

seminarios y conferencias

E

ncuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad

Seminario técnico



NACIONES UNIDAS



División de Población

**Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía,
CELADE**

Santiago de Chile, agosto de 2000

Esta publicación contiene las ponencias presentadas al “Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad”, realizado en Santiago de Chile, del 8 al 10 de septiembre de 1999. El Director del CELADE-División de Población de la CEPAL, agradece al Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la cooperación brindada a esta actividad.

Las opiniones expresadas en esta publicación, que no ha sido sometida a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de quienes las emitieron y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1399-P

ISBN: 92-1-321621-1

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2000. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.00.II.G.88

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Presentación	7
Discursos inaugurales	11
<i>José Antonio Ocampo</i> , Secretario Ejecutivo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).....	13
<i>Kerstin Trone</i> , Directora Ejecutiva Adjunta, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)	17
<i>Daniel Blanchard</i> , Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)–División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)	20
<i>Marta Larraechea de Frei</i> , Primera Dama de la República de Chile.....	22
Sesión I: El proceso de envejecimiento de la población ...	23
El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica, <i>Miguel Villa y Luis Rivadeneira</i> , CEPAL/CELADE	25
Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en la Argentina, <i>Zulma Recchini de Lattes</i> , consultora del FNUAP y de CEPAL/CELADE	59
Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos, <i>José Alberto Magno de Carvalho y Flávia Dumond Andrade</i> , CEDEPLAR, Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil	81

Características y perspectivas del envejecimiento de la población en un país con una transición demográfica avanzada: el caso de Italia, <i>Antonio Golini</i> , Universidad de Roma, Italia.....	103
Comentarios: <i>Juan Carlos Alfonso Fraga</i>	123
Sesión II. Salud del adulto mayor	133
Prolongación de la vida de los seres humanos: longevidad y calidad de vida, <i>Jean-Marie Robine</i> , INSERM, Francia.....	135
Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe, <i>Martha Peláez</i> , OPS, <i>Alberto Palloni</i> , Universidad de Wisconsin, Estados Unidos y <i>Marcela Ferrer</i> , OPS.....	171
La salud del anciano en México, <i>Luis Miguel Gutiérrez</i> , Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, México.....	195
La salud de las personas de edad en Brasil, <i>Luiz R. Ramos</i> , Escuela Paulista de Medicina, Brasil.....	215
Atención de salud de las personas de edad en un país del Caribe, <i>Anselm J.M. Hennis</i> , Universidad de las Indias Occidentales, Barbados.....	223
Comentarios:	
<i>Daniel Titelman</i> , CEPAL.....	237
<i>Dra. Juana Silva Opazo</i> , Instituto Nacional de Geriatria, Chile.....	241
Sesión III. La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable	245
Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro, <i>Gary R. Andrews</i> , Naciones Unidas.....	247
Desigualdades basadas en el género: la adulta mayor y su mayor vulnerabilidad, <i>Joëlle Barbot-Coldevin</i> , Equipo Técnico de Apoyo, FNUAP.....	257
La incidencia económica de las personas de edad en la sociedad, <i>Wendell A. Samuel</i> , ECCB, Saint Kitts.....	271
El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, <i>Juan Chackiel</i> , CEPAL/CELADE.....	291
Envejecimiento y condiciones educativas y laborales del adulto mayor en Uruguay, <i>Juan Carlos Veronelli</i> , Consultor, Naciones Unidas.....	313
Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México, <i>Raúl Benítez Zenteno</i> , UNAM, México.....	333
Comentarios:	
<i>Jacques Véron</i> , INED, Francia.....	371
<i>Stan Bernstein</i> , FNUAP.....	375
Sesión IV. Envejecimiento y sistemas de pensiones	381
Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina, <i>Jorge Bravo</i> , CEPAL/CELADE.....	383
La reforma de los sistemas jubilatorios en los países industrializados, <i>Lawrence H. Thompson</i> , National Academy of Social Insurance, Estados Unidos.....	395
El sistema pensional colombiano, <i>Ulpiano Ayala</i> , FEDESARROLLO, Colombia.....	419
Reformas de los sistemas de seguridad social: la opción Uruguay, <i>Tabaré Vera</i> , Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Uruguay.....	445
El sistema de pensiones en Chile: principales resultados y desafíos pendientes, <i>Alberto Arenas</i> , Ministerio de Hacienda, Chile.....	465

Comentarios:	
<i>Carmelo Mesa-Lago</i> , Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos.....	503
<i>Mario Marcel</i> , BID	507
<i>Andras Uthoff</i> , CEPAL	513
<i>Alejandro Bonilla</i> , OIT	517
Sesión V. Panel sobre el desarrollo del seminario y planteo de políticas y programas	521
Panelistas:	
• <i>Dr. A. David Brandling-Bennett</i> , Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	523
• <i>Carmen A. Miró</i> , Centro de Estudios Latinoamericanos (CELA), Panamá.....	527
• <i>Joseph Chamie</i> , División de Población de las Naciones Unidas.....	531
• <i>Shigemi Kono</i> , Universidad de Reitaku, Japón	535
• <i>Raúl Benítez Zenteno</i> , Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).....	537
• <i>Antonio Golini</i> , Universidad de Roma, Italia	541
• <i>Rogelio Fernández-Castilla</i> , Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)	547
• <i>Reynaldo F. Bajraj</i> , Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)	551
Anexo: Lista de participantes	555
Serie seminarios y conferencias: Números publicados	581

Presentación

A partir de la mitad de la década de 1960 en América Latina y el Caribe se produjeron cambios demográficos notables, particularmente un descenso de los niveles de fecundidad y una profundización de la tendencia al aumento de la esperanza de vida de la población. En 30 años, el número medio de hijos por mujer descendió de 6 a 3 y entre 1950 y la actualidad la duración media de la vida aumentó más de 20 años, para aproximarse a los 70. Estos hechos contribuyen a un cambio de la estructura por edades de la población, una de cuyas expresiones es el aumento gradual del porcentaje de personas en la tercera edad. Sin embargo, lo más sobresaliente es la diferencia en el crecimiento medio anual de los distintos grupos de edad que se observa actualmente, ya que mientras los menores de 15 años registran una tasa del 0.2%, en la población de 65 años y más dicha tasa es del 3%. Más notorio es lo que ocurrirá en las próximas décadas, pues la tasa de crecimiento de este último grupo de edad se acercará al 4% y la población de niños no crecerá.

Este envejecimiento de la población, que resulta de la transición demográfica de los países en desarrollo, es mucho más acelerado que el ocurrido en los países desarrollados. En el *Estado de la población mundial de 1998*, publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se indica que, mientras que en Suecia el peso de la población de 65 años y más pasó del 7% al 14%, en un lapso de 84 años, en los países en desarrollo con transición rápida éste podría ser de menos de 20 años. Cabe destacar, sin embargo, que este proceso es heterogéneo en la región, debido a que los países se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica aunque, en mayor o menor medida, todos ya la han iniciado.

Esta realidad y sus consecuencias económicas y sociales se han reconocido en distintos foros mundiales. Así, existe el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, elaborado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena y posteriormente refrendado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 (resolución 37/51). La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1991 los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (resolución 46/91). Luego, en el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), se reafirmó la importancia de este proceso de envejecimiento y se plantearon objetivos y medidas destinadas a mejorar la calidad de vida y la atención en materia de salud y seguridad social, y a establecer sistemas de apoyo social para la población de adultos mayores. Como corolario de todo lo anterior y sobre la base de estos antecedentes, se declaró a 1999 como Año Internacional de las Personas de Edad.

En el marco antes descrito, y como acontecimiento regional central del Año Internacional de las Personas de Edad, la CEPAL con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud ha planteado la realización de un Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Esta actividad combinó un seminario técnico de dos días de duración, una reunión simultánea de la sociedad civil y una jornada final, donde estuvieron presentes representantes gubernamentales, de la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales (ONG) y comunitarias), organismos internacionales y expertos en temas afines, con el propósito de describir el proceso de envejecimiento así como de analizar sus consecuencias sociales y económicas.

Este evento tuvo la preocupación por ampliar el conocimiento sobre las condiciones de vida de los adultos mayores y contribuir así, en alguna medida, a su mejoramiento dado que, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, en América Latina el proceso de envejecimiento se está dando sin un desarrollo económico capaz de asegurar los recursos necesarios. En este grupo son más agudos los problemas referidos a nivel de ingresos, nivel educativo, participación laboral, vivienda y desigualdades de género. En consecuencia, resulta urgente tener en cuenta políticas relacionadas con seguridad social, arreglos residenciales, redes de apoyo inter e intrageneracional y participación social y comunitaria.

Los objetivos específicos de este Encuentro fueron:

- Incrementar el conocimiento del proceso de envejecimiento y de los factores demográficos que lo explican, así como de las perspectivas y desafíos para las próximas décadas.
- Analizar las condiciones de vida de estas poblaciones y difundir su situación de vulnerabilidad social y económica y las desigualdades de género, así como sus potenciales de contribución socioeconómica.
- Sensibilizar sobre estos aspectos a los encargados de tomar decisiones.
- Plantear un enfoque multidisciplinario y multisectorial que involucre a los distintos actores sociales que tienen responsabilidades e intereses en el tema (gobiernos, organizaciones comunitarias, ONGs, organismos internacionales y expertos).
- Promover soluciones acordes con las necesidades de los adultos mayores y el grado de desarrollo de los países de la región, considerando las formas de apoyo social y de financiamiento para el logro de una vejez en condiciones dignas.

Este libro contiene todas las contribuciones presentadas al Seminario técnico según la estructura y el orden mantenidos durante el evento. Se presentan, en primer término, los discursos inaugurales del Sr. José Antonio Ocampo, Secretario Ejecutivo de la CEPAL, de la Sra. Kerstin

Trone, Directora Ejecutiva Adjunta del FNUAP, del Sr. Daniel Blanchard, Director del CELADE-División de Población de CEPAL y de la Sra. Marta Larraechea de Frei, Primera Dama de Chile.

En la sesión I las contribuciones presentadas ofrecieron una visión de conjunto del proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe, con énfasis en la problemática de género y en los desafíos que presentan dos experiencias contrastantes: Brasil, como ejemplo de una transición demográfica relativamente reciente e Italia, como un caso de transición temprana en una etapa de acentuado envejecimiento de su población.

La sesión II se concentró en el tema de la salud del adulto mayor, con presentaciones relacionadas con la prolongación de la vida y las perspectivas para un envejecimiento saludable, haciéndose referencia a los casos específicos de México, Brasil y Barbados.

Sobre la situación socioeconómica de las personas de edad y su mayor vulnerabilidad, se reflexionó en la sesión III, con base en una variedad de contribuciones en las que se analizaron los problemas de género, aspectos ligados al impacto económico del envejecimiento y los cambios en las relaciones de dependencia, los aspectos educativos y laborales y, finalmente, las perspectivas y desafíos del envejecimiento en estos ámbitos. La sesión IV se centró en la relación entre envejecimiento de la población y sistema de pensiones, exponiéndose los diferentes aspectos, problemas y opciones que se presentan actualmente en el tema de la seguridad social. Para tener una amplia visión de este tema se buscó comparar la experiencia latinoamericana con la de los países industrializados, presentándose los casos de Chile y Uruguay. Finalmente, el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad concluyó sus sesiones con la presentación de un panel integrado por algunos destacados participantes del mismo. Este tuvo como objetivo discutir los principales planteamientos que surgieron durante la reunión y plantear propuestas de políticas y programas orientados a la población adulta mayor.

Los organizadores y patrocinadores de este Encuentro agradecen la colaboración de todos aquellos que han contribuido a su realización y esperan haber aportado al esclarecimiento de un tema de importantes connotaciones sociales, económicas, políticas y éticas.

Discursos inaugurales

Discurso inaugural del Sr. José Antonio Ocampo, Secretario Ejecutivo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

El envejecimiento de la población constituirá uno de los temas centrales del desarrollo social en las primeras décadas del próximo siglo, pero es, en buena medida, el fruto de los acontecimientos del siglo XX. Si bien en el pasado muchos individuos lograban vivir hasta una edad avanzada, en términos de números absolutos y relativos eran más bien reducidos. En la actualidad, en cambio, y como resultado de la disminución de los niveles de la mortalidad, que ha permitido que una proporción creciente de la población viva hasta una edad avanzada, y del descenso de la fecundidad, que ha implicado una reducción en el peso relativo, dentro de la población total, de los niños y los jóvenes. Por ello, no debe extrañar que en los últimos decenios, el envejecimiento —en virtud de los cambios sociales, económicos, culturales y políticos que conlleva— despierte una atención creciente por parte de las sociedades nacionales y de la comunidad internacional.

Ya en los años cincuenta y sesenta los estudios de las Naciones Unidas advertían sobre las repercusiones que, a escala mundial, provocarían las tendencias sociodemográficas y ponían el acento en el progresivo envejecimiento de las poblaciones. Estos estudios contribuyeron a que en 1982 se realizara una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que concluyó con la aprobación del primer instrumento intergubernamental para enfrentar sus posibles efectos, el Plan de Acción Internacional de Viena. En este Plan se proponía garantizar que, a medida que fuese envejeciendo la población mundial, las personas de edad tuviesen oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios.

En consonancia con los propósitos del Plan de Acción Internacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su período de sesiones de 1992, declaró el año 1999 como Año Internacional de las Personas de Edad, bajo el lema “una sociedad para todas las edades”. Se entiende que una sociedad con esta característica es una sociedad que, guiada por los principios de reciprocidad y equidad, ajusta sus estructuras y funcionamiento, sus políticas y programas a las necesidades y capacidades de todos, de modo que las distintas generaciones puedan efectuar inversiones de efectos recíprocos y compartir sus frutos. Esta concepción es plenamente coherente con los principios centrales de la estrategia de transformación productiva con equidad que ha propuesto la CEPAL.

Obedeciendo al mandato de los países de la región y, acorde con esta estrategia, la CEPAL está empeñada en el diseño de un marco operativo para ayudar a los gobiernos en la formulación de políticas que incorporen de manera explícita la noción de equidad en sus acepciones social, étnica, de género, territorial y de edad. Para el logro de este propósito, la Secretaría ha emprendido un conjunto de actividades entre las que destaca este Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad.

Si bien la población de América Latina y el Caribe todavía se caracteriza por sus rasgos juveniles, la velocidad de la transición demográfica llevará a un envejecimiento acentuado en las primeras décadas del siglo XXI. De acuerdo con las proyecciones elaboradas por el CELADE, entre los años 2000 y 2025 la proporción de personas de 60 años y más años virtualmente se duplicará, llegando a representar el 14% del total. Para el año 2050 se espera que uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños se concentre en este grupo etario. Desde luego, estos promedios no dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones que coexisten en la región. Por ejemplo, en el año 2025, la proporción de adultos mayores superará a la de menores de 15 años

sólo en seis países; en el año 2050, en cambio, el envejecimiento se habrá generalizado, pues 24 de los 31 países sobre los cuales se dispone de información tendrán esta característica.

Los cambios en la composición por edades que conlleva el envejecimiento, que serán objeto de análisis en la primera reunión de este Encuentro, plantearán importantes desafíos para las economías de los países. La estructura de la demanda de bienes y servicios tenderá a modificarse paulatinamente, lo que exigirá la adopción de cambios graduales en su oferta y la readecuación de las instituciones para atender apropiadamente las necesidades que irán surgiendo. Dado que, a raíz del intenso crecimiento demográfico registrado en decenios recientes, la magnitud de la población infantil y juvenil seguirá aumentando en la mayoría de los países, las necesidades derivadas del envejecimiento coexistirán con las inherentes a la población de menor edad.

No obstante, la modificación de la estructura etaria se producirá de modo tal que la proporción de personas en edad de trabajar irá aumentando durante los primeros decenios del siglo XXI, por lo que las relaciones de dependencia tenderán a disminuir. Por tanto, la mayoría de los países de la región tendrá ante sí la posibilidad de aprovechar las oportunidades que ofrece este “bono demográfico” para ampliar el potencial productivo y prepararse para la fase final de la transición demográfica, caracterizada por el incremento relativo de la población de mayor edad. Sin embargo, para que se puedan cosechar los frutos de este “bono demográfico” transitorio será necesario aplicar medidas encaminadas a elevar la calificación de los recursos humanos, mediante el mejoramiento sistemático de la calidad de la educación y la capacitación laboral. Paralelamente, deberá ampliarse la capacidad de los sectores productivos para asegurar la utilización plena de estos recursos.

Un segundo tema de este Encuentro es la salud del adulto mayor. Los cambios en la estructura por edades de la población guardan íntima relación con los perfiles epidemiológicos, ya que los patrones de morbilidad pasan de una situación de predominio de enfermedades infecciosas y agudas a la mayor incidencia de enfermedades de tipo crónico y degenerativo. Si bien a medida que avanza la transición demográfica la incidencia de la mortalidad se traslada de los grupos más jóvenes a los de mayor edad, las diferencias en las causas de muerte entre los países, y dentro de éstos, ponen de manifiesto la persistencia de enfermedades ligadas al subdesarrollo y la pobreza. Esto exige impulsar estrategias de salud que contemplen la atención prioritaria de los grupos sociales vulnerables.

Es bien sabido que el costo de atención de la salud de los adultos mayores supera el costo de atención de personas de otras edades; asimismo, la capacidad instalada de las instituciones es actualmente insuficiente para atender las demandas de las personas de edad. De allí que sea conveniente explorar diversas posibilidades de modificación de los sistemas de salud, de tal manera que permitan superar estas deficiencias, incluidos esquemas de atención primaria descentralizada y participativa, que estimulen tanto el autocuidado y la atención informal como la participación de la familia y la comunidad. Además, la mortalidad de las personas de edad imputable a algunas enfermedades no contagiosas puede atenuarse mediante intervenciones complementarias en los ámbitos de la salud y la educación, que propicien el cambio de hábitos y pautas de conducta a lo largo de la vida. En suma, para que sea posible fomentar una esperanza de vida con buena salud se requiere prevenir, retardar y reducir los problemas que puedan afectar la autonomía de los individuos.

Un tercer tema que será analizado en este Encuentro es el de los desafíos que el envejecimiento impone a las sociedades de la región y que atañen a la situación socioeconómica de la población adulta mayor. Indudablemente, el envejecimiento es un proceso que afecta a todas las dimensiones de una sociedad. Sus efectos se hacen sentir sobre el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, la composición de la mano de obra, la estructura y las funciones de la familia, los mecanismos de gestión y, en general, sobre el funcionamiento de las instituciones. La

evaluación de estos efectos dependerá, en gran medida, de la capacidad de dar respuestas sociales a los problemas que surjan y del ingenio para diseñar proyectos novedosos destinados a promover un envejecimiento activo, de modo que las personas de edad continúen entregando su aporte a la sociedad. Así, por ejemplo, cabe estudiar la posibilidad de ampliar las opciones laborales de estas personas mediante modalidades de trabajo a jornada parcial, la prestación de apoyo a las actividades comunitarias, los servicios de consejería y el desarrollo de empresas propias.

La evidente heterogeneidad de las condiciones socioeconómicas de la población adulta mayor de la región refleja las inequidades que afectan a las personas a lo largo de su vida. Un alto porcentaje de ellas se encuentran en situación vulnerable, tanto porque todavía se ven obligadas a trabajar para subsistir como por no tener acceso a los servicios básicos. Estas restricciones las hacen depender de un entorno familiar que tampoco dispone de suficientes recursos para atender todas las necesidades de sus miembros. Por ello, la pobreza encuentra en las edades avanzadas una de sus expresiones más dramáticas.

Actualmente, como reflejo de su mayor esperanza de vida, cerca del 60% de los adultos mayores de América Latina y el Caribe son mujeres. El hecho de que las mujeres sean más longevas que los hombres puede interpretarse como una ventaja; pero, en condiciones inadecuadas, también puede ser lo contrario. Las inequidades de género se acumulan en las edades avanzadas y hacen extremadamente difícil esta etapa de la vida. Pese a ser esencial para el mantenimiento de la familia, el trabajo de la mujer no siempre recibe reconocimiento formal y el ingreso que aporta suele ser inferior al percibido por los hombres que realizan actividades similares. Esta condición de la mujer limita las posibilidades de generar ahorro para la edad adulta mayor y tiende a marginarla de las transferencias de recursos de los sistemas de previsión social. Todas estas circunstancias se suman a la soledad de muchas mujeres de edad.

Históricamente, la familia ha sido concebida como la unidad social y biológica que, además de sustentar y contribuir a la socialización primaria de las nuevas generaciones, debe brindar apoyo emocional, económico, social y de salud a sus miembros de edad. En América Latina y el Caribe la falta de una tradición institucional y comunitaria de cuidado de las personas de edad ha conducido a que la familia sea la entidad responsable de su integración social y su cuidado. Las diversas modificaciones estructurales registradas en la región y los cambios sociodemográficos han afectado el significado y el funcionamiento de la familia, repercutiendo en las relaciones entre sus integrantes, particularmente en las que se establecen con los miembros adultos mayores. En este contexto, el rápido envejecimiento de la población puede convertirse en una fuente de tensiones para la familia: cuanto mayor sea el número de personas de edad que siga formando parte de ésta por un período más prolongado, las responsabilidades de su cuidado se distribuirán entre un número cada vez menor de hijos. Ello impone el desafío de encontrar mecanismos que, junto con reforzar el papel de la familia, armonicen la equidad en las relaciones multigeneracionales con la equidad intrageneracional.

El cuarto tema del Encuentro concierne a las pensiones. Es indudable que el envejecimiento de la población provocará problemas de financiamiento de los sistemas de previsión social, independientemente de su modalidad de funcionamiento. Las tendencias sociodemográficas implican que, para mantener el equilibrio financiero de esos sistemas y garantizar pensiones de un monto que asegure un nivel de vida digno, habrá que incrementar la disponibilidad de recursos. Para lograrlo se podrá recurrir a la elevación de las cotizaciones de la población económicamente activa o a la postergación de la edad de jubilación. Sin embargo, es claro que las mayores posibilidades de aumento de los recursos de los sistemas previsionales surgirán de la ampliación de su cobertura, que se logrará con medidas dirigidas a disminuir los niveles de desempleo, mitigar la informalidad laboral y elevar las remuneraciones. Complementariamente, habrá que mejorar la

administración de los recursos, asegurando que su adecuada inversión vaya acompañada de servicios de bajo costo y de una relación apropiada entre las prestaciones y las contribuciones.

Los aspectos del envejecimiento que se examinarán en este Encuentro son de gran importancia para las labores de la CEPAL, sobre todo los relativos a la equidad. Es por ello que las deliberaciones que realicen en estos tres días constituirán un aporte decisivo a la labor que lleva a cabo esta institución en cumplimiento de los mandatos que nos entregan los países de la región.

Deseo expresar nuestra gratitud al Fondo de Población de las Naciones Unidas y a la Organización Panamericana de la Salud por haber sumado sus esfuerzos a la organización de este Encuentro, que constituye un ejemplo de complementación de recursos humanos e institucionales de los organismos de las Naciones Unidas para enfrentar una misión común. Asimismo, quiero señalar el especial reconocimiento de la CEPAL a nuestro país sede, tan apropiadamente representado por su Primera Dama, que realiza una fecunda labor en favor de los adultos mayores de Chile.

A todos nos une el común afán de avanzar en el logro de una sociedad para todas las edades, el lema de este Año Internacional de las Personas de Edad. Dado que tal propósito exige la participación de todos, este Encuentro se ha concebido como una actividad conjunta de diversos sectores de la comunidad: académicos, expertos gubernamentales, especialistas de organizaciones no gubernamentales y funcionarios de organismos internacionales. Les deseo a todos ustedes un exitoso desarrollo de las reuniones.

Discurso inaugural de la Sra. Kerstin Trone, Directora Ejecutiva Adjunta, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

En nombre del Dr. Nafis Sadik, Director Ejecutivo del FNUAP, me complace enormemente la oportunidad que se me ha brindado de dirigirme a esta asamblea tan notable como importante. Felicito al Sr. José Antonio Ocampo, Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y a su personal, especialmente los integrantes del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población (CELADE), por su iniciativa, que nos complace copatrocinar. Esta reunión constituye el primer simposio regional celebrado para examinar el abanico de desafíos que tienen ante sí los encargados de formular políticas dirigidas a satisfacer las necesidades sectoriales de la sociedad latinoamericana y trabajar para hacer frente a los cambios acelerados que se avecinan en la estructura de edades de la población.

El Año Internacional de las Personas de Edad nos ha convocado a todos para que examinemos las políticas y estrategias dirigidas a asegurar la creación de sociedades que se movilicen a fin de crear oportunidades para las personas de todas las edades y atender a sus necesidades.

El envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno mundial. América Latina y el Caribe exhiben un conjunto diverso heterogéneo de situaciones nacionales y locales y constituye, en muchos aspectos, una suerte de microcosmos y de la situación mundial.

- En algunos países, como la Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, el perfil demográfico es similar al de los países europeos. Desde hace bastante tiempo se viene observando una declinación de las tasas de mortalidad y de fecundidad y se ha producido un envejecimiento gradual de la población. En estos países, el número de personas de edad ha ido creciendo y los jóvenes constituyen un grupo relativamente más reducido.
- En un segundo grupo, más parecido a muchas sociedades en desarrollo de Asia, la caída de las tasas de fecundidad y de mortalidad se ha producido en un período de tiempo más reducido. Este grupo está integrado por algunos de los países más grandes de la región, como Brasil, Colombia y México, y por otros como Costa Rica, Ecuador, Perú, la República Dominicana y Venezuela. El número de personas de edad está aumentando aceleradamente. También existe un grupo numeroso de gente relativamente joven en edad laboral y el grupo de jóvenes de menos de 15 años de edad, que constituye una proporción relativamente más baja de la población.
- En otro grupo, constituido por países como Bolivia y Haití, la prestación de servicios básicos de salud, entre ellos los servicios de salud reproductiva, se ha deteriorado. Si bien la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez han disminuido ligeramente y la esperanza de vida ha aumentado, la tasa de fecundidad sigue siendo muy elevada o ha ido declinando más lentamente. En estos países, y en determinadas regiones de muchos otros países, las sociedades y sus integrantes enfrentan una dicotomía importante —satisfacer las necesidades de un gran número de jóvenes y al mismo tiempo hacer frente a los requerimientos de poblaciones de edad creciente.

En muchos sentidos, el segundo grupo de países se encuentra en la situación más favorable: si bien la población de más edad está creciendo rápidamente, cuentan con una población numerosa en edad de trabajar que sustenta al primer grupo y las necesidades de los grupos de edad más bajos son relativamente menos importantes.

Sin embargo, dentro de 20 o 30 años su situación será menos favorable, ya que la proporción de la población en edad laboral comenzará a disminuir en razón de la caída de las tasas de fecundidad registrada en el último decenio. Al mismo tiempo, aumentará la proporción de la población de más edad.

El desafío para los encargados de la formulación de políticas y los proveedores de servicios en los tres grupos de países es el mismo —satisfacer en forma equilibrada las necesidades de los distintos grupos de edad creando, al mismo tiempo, instituciones más sostenibles y estrategias de mayor alcance dirigidas a acelerar el desarrollo y erradicar la pobreza y las desigualdades sociales. Por otra parte, como la transición demográfica se produce con mayor rapidez, el tiempo disponible para prever los ajustes necesarios se hace cada vez más breve.

En muchos países de la región ya se han puesto en marcha reformas a las políticas y programas de seguridad social y de atención a las personas de edad en previsión del aumento de la población de este grupo de edad. Serán necesarias otras reformas para mejorar la atención de la salud de las personas de edad y extender la cobertura de los programas existentes a los que se han visto históricamente excluidos. Sabemos que los cambios de políticas pueden afectar rápidamente el comportamiento de las personas en las esferas del empleo y de las relaciones familiares. Es preciso efectuar un análisis exhaustivo de estas repercusiones y obtener una información más precisa sobre las condiciones de vida de los hombres y mujeres de todas las edades. Necesitamos datos, no sólo sobre las tendencias demográficas, sino sobre las condiciones de vida, las necesidades en materia de servicios y las respuestas comunitarias y familiares a las políticas y programas.

En los últimos decenios hemos logrado reducir la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez y aumentar la supervivencia de los adultos. El incremento registrado en la proporción de las personas de edad también es un reflejo de la disminución del tamaño de las familias y del éxito logrado en el suministro de información sobre la planificación familiar y los medios utilizados para este fin a un número creciente de personas que desean obtenerla.

Hoy día, el desafío universal es consolidar estos logros —mejorando los datos, fortaleciendo los programas nacionales y movilizándolo a la sociedad civil y al sector privado— a fin de mejorar la capacidad de la sociedad para responder a las necesidades actuales y las que puedan surgir en los próximos decenios.

Se trata de una tarea enorme, pero la experiencia nos puede servir de orientación. Las capacidades y recursos con que cuentan las personas de edad se conforman a lo largo de toda su vida. Una educación y una atención de salud adecuadas durante la niñez y las primeras etapas de la edad adulta contribuyen a la creatividad y la productividad de las personas y a su capacidad de aprovechar al máximo las oportunidades disponibles, y por ende al desarrollo nacional.

Si además de aplicar políticas económicas y sociales apropiadas, los países mejoran la salud y la educación, podrán aprovechar la oportunidad transitoria que ofrece lo que ha dado en llamarse "la prima demográfica" —es decir, la ventaja potencial que proporciona un incremento de la población en edad de trabajar con respecto a los demás grupos de edad. Esta "prima" puede contribuir a mejorar su competitividad en una economía cada vez más globalizada y asegurar que los frutos del desarrollo se distribuyan a toda la sociedad. Los esfuerzos realizados en esta esfera pueden asegurar que el país gane el tiempo y obtenga los recursos necesarios para prepararse para el envejecimiento inevitable de la población.

Como hemos señalado, se ha comprobado que la protección de la salud en las primeras etapas de la vida genera una reducción de costos en materia de atención de salud en las etapas posteriores. La salud también tiene un efecto profundo en la calidad de vida de las personas de edad.

Este hecho reviste especial importancia para la mujer. Los riesgos para la salud de la mujer son mayores como consecuencia de los embarazos, los partos y las enfermedades de transmisión sexual, entre ellos la infección por el VIH y de SIDA.

La posibilidad de que una mujer alcance una vejez saludable depende desproporcionadamente de su capacidad para superar los años de procreación y ésta depende, a su vez, no sólo de la atención que reciba durante ese período sino de su estado de salud y de su nivel de educación en la etapa anterior.

Los desafíos en materia de salud y las necesidades con respecto a la salud reproductiva de las próximas generaciones se irán modificando a medida que la población vaya envejeciendo. Proporcionar servicios de salud reproductiva que permitan a las mujeres adoptar decisiones fundamentadas y voluntarias sobre la procreación y los embarazos sin riesgo, respetando plenamente los derechos humanos y los valores individuales deberá ser, siempre, una preocupación central de cualquier estrategia de desarrollo ponderada.

Contener el avance de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA, no sólo permitirá proteger la salud de millones de personas sino que evitará que se desperdicien los avances económicos y sociales logrados en los últimos decenios. La infección por el VIH/SIDA afecta a los adultos en su edad más productiva, cuando constituyen su familia, crían a sus hijos y prestan asistencia a sus padres y a sus familiares más ancianos. En los países más afectados por esta enfermedad, las personas de edad además de mantenerse a sí mismas deben hacer lo propio con sus nietos.

En el futuro, habrá que prestar mayor atención a los problemas de la salud reproductiva de las personas de edad. Varias dolencias que afectan a las personas más jóvenes tienen repercusiones comprobadas en el estado de salud reproductiva de las mujeres de más edad. Por ejemplo, algunas enfermedades de transmisión sexual, como la causada por el virus del papiloma humano puede producir cáncer cervicouterino en edades más avanzadas.

También es preciso prestar especial atención a la eliminación de las desigualdades en materia de género en todas las etapas de la vida. Entre las personas de edad, el número de mujeres supera grandemente al de los hombres, especialmente entre los más ancianos. Estas mujeres arrastran las consecuencias de las deficiencias de alimentación y salud, los embarazos frecuentes, inoportunos o riesgosos, la violencia basada en el género y la discriminación —así como la falta de acceso a los recursos y de participación en la adopción de decisiones— que han sufrido en las etapas anteriores de su vida. Las mejoras logradas en estos aspectos permitirán asegurar un futuro mejor para las nuevas generaciones, pero es preciso dar mayor prioridad a estos problemas hasta ahora tan descuidados.

El sistema de las Naciones Unidas está listo y dispuesto a trabajar con los países que apoyen los programas permanentes que se ocupan de este tema y los que hayan de surgir en el futuro. La creación de asociaciones que tengan por objeto el empoderamiento de las mujeres para satisfacer sus necesidades en materia de salud, educación y participación en los problemas sociales y económicos es una tarea prioritaria si se desea crear una sociedad que sirva realmente a las personas de todas las edades. El FNUAP tomará debida nota de las deliberaciones de los próximos días en el momento de formular sus propias políticas para ayudar a los países a enfrentar los problemas relativos al envejecimiento de la población.

Discurso inaugural del Sr. Daniel Blanchard, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Comienzo agradeciendo al Fondo de Población de las Naciones Unidas y a la Oficina Panamericana de la Salud su valiosa colaboración como coauspiciadores de esta reunión. Este agradecimiento se hace extensivo al Gobierno de Chile, en especial a su Primera Dama, cuya labor en pro de los adultos mayores ha merecido un justo reconocimiento internacional.

Para el CELADE-División de Población de la CEPAL, punto focal de las actividades de las Naciones Unidas sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, este Encuentro con el que la región conmemora el Año Internacional de las Personas de Edad constituye un motivo de especial satisfacción. La participación de un selecto grupo de representantes del mundo académico, de organismos internacionales, de instituciones gubernamentales y de un conjunto amplio de organizaciones de la sociedad civil brinda una oportunidad excepcional para el intercambio de conocimientos y experiencias sobre la población adulta mayor. Es, asimismo, una ocasión propicia para reflexionar sobre los desafíos que supone el envejecimiento de la población, ya que en los países de la región este proceso se encuentra en sus etapas iniciales y próximo a acelerarse con un ritmo mayor que el conocido hasta ahora por los países desarrollados.

Estamos seguros de que las visiones complementarias de los participantes en este Encuentro contribuirán decisivamente a la mejor comprensión de las múltiples dimensiones del envejecimiento y a la identificación de campos de política orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Este propósito central del Encuentro concuerda con las recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y con los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad. También concuerda con los objetivos del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en los que se contempla fortalecer la autonomía de las personas de edad, creando condiciones que aseguren su aporte a la sociedad; esos objetivos incluyen, además, el establecimiento de sistemas de atención de salud y de seguridad económica y social, en los que se reconozcan las necesidades especiales de las mujeres, y el desarrollo de sistemas de apoyo social —formal y no formal— destinados a reforzar la capacidad de las familias para prestar a las personas de edad la atención que requieran.

Las consideraciones precedentes sirvieron de base para la preparación del programa de trabajo del Encuentro. Los temas incluidos en la agenda serán examinados tanto en la reunión técnica como en la de las organizaciones no gubernamentales. Las conclusiones de los debates de ambas reuniones confluirán en la sesión final, en la que se pondrá de manifiesto que para enfrentar el envejecimiento y sus repercusiones se requiere de la estrecha colaboración de los diferentes actores sociales, por tratarse de tareas que exigen un esfuerzo compartido de los gobiernos, los agentes privados y la sociedad civil organizada.

La importancia y urgencia de este esfuerzo compartido resulta esencial para responder algunas preguntas fundamentales que atañen al conocimiento y la acción. Entre estas preguntas me permito mencionar las siguientes:

Dado que el proceso de envejecimiento depende de la evolución de las variables demográficas: ¿qué rasgos específicos de este proceso se acentúan a medida que avanza la transición demográfica?

Si bien los cambios previstos en la estructura por edades de la población traerán aparejada una disminución de las relaciones de dependencia: ¿están en condiciones los países de la región de aprovechar las posibilidades que brindará esta reducción y qué medidas deberían tomar para conseguirlo?

Como se sabe, las sociedades de la región se distinguen por la condición desmedrada de la mujer: ¿qué significado social, económico y cultural tienen los sesgos de género propios del envejecimiento?

La región también se caracteriza por una persistente desigualdad económica y social: ¿en qué grado las inequidades experimentadas a lo largo de la vida afectan las posibilidades de un envejecimiento saludable?

Dado que las necesidades de las personas varían a lo largo de su ciclo de vida: ¿qué medidas deben adoptarse para lograr que la oferta de servicios sociales, en especial los de salud, pueda adecuarse al gradual proceso de envejecimiento y a los cambios en la demanda según la edad?

Durante gran parte de los últimos cincuenta años los progresos en la reducción de la mortalidad se han conseguido mediante intervenciones que se concentran en los primeros años de vida. Sólo recientemente los organismos nacionales de salud han comenzado a diseñar programas de atención para las personas de edad: ¿qué lecciones se derivan de la experiencia adquirida por países de la región en la formulación de tales programas?

Se reconoce que las personas de edad tienen derecho a disfrutar de seguridad económica y que la sociedad puede beneficiarse de sus experiencias y potenciales: ¿cómo se puede, al mismo tiempo, retribuir a los adultos mayores por su contribución a lo largo de la vida y garantizar la continuación y el cabal aprovechamiento de su aporte?

Dado que cada generación recibe transferencias de la que la precede y que también espera transferencias de la generación que la sigue: ¿la equidad intergeneracional debería constituir una meta de toda la sociedad y, como tal, ser objeto de atención prioritaria en las políticas públicas?

Teniendo en cuenta los cambios experimentados por la familia: ¿puede ésta seguir cumpliendo su papel de primero y último recurso para todos sus miembros, en especial los de edad avanzada?

Si el envejecimiento implica un menor ritmo de crecimiento de la población cotizante de los sistemas de pensiones y un ritmo mayor de incremento de la población que llega a la edad de jubilación: ¿cómo lograr el equilibrio financiero de esos sistemas sin menoscabar la equidad intrageneracional ni alterar las reglas inicialmente establecidas, entre otras sobre la edad de jubilación?

Es evidente que las repercusiones del envejecimiento afectan a toda la sociedad y que su enfrentamiento requiere de la participación de todos: ¿qué estrategias deben ponerse en práctica para lograr una efectiva complementación de los diferentes agentes sociales en esta tarea común?

Si bien estas preguntas no agotan, en modo alguno, el espectro de inquietudes que suscita el envejecimiento de la población, son un ejemplo de los interrogantes que seguramente se plantearán durante el Encuentro. Más que llegar a respuestas definitivas, si las hubiere, lo que se espera de este Encuentro es una reflexión profunda que permita sensibilizar a los diferentes agentes sociales sobre una materia de primordial importancia para el futuro de la región.

Reitero a todos ustedes nuestro agradecimiento por hacer posible este Encuentro.

Discurso de la Sra. Marta Larraechea de Frei, Primera Dama de la República de Chile

Este Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, que organiza la CEPAL a través del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía es especialmente significativo, pues constituye uno de los marcos que nos motivan a trabajar en un área que requiere atención impostergable.

Este simposio habla de una preocupación latente en nuestras sociedades. Los participantes y autoridades que acá se han reunido reflejan el sentir que involucra a todos aquellos que en nuestros países piensan y trabajan por un futuro de posibilidades de desarrollo y libertad, con integración de todos los sectores sociales, sin exclusión de ninguno.

Nuestras naciones están viviendo una transición demográfica de grandes proporciones. Esta realidad es parte de un fenómeno general que se manifiesta en señales precisas. Se trata de los números que dan cuenta de la esperanza de vida y la productividad, y que nos hablan de una población que prolonga su vejez y que disminuye su natalidad.

Como Presidenta del Comité para el Adulto Mayor, quiero invitarlos a compartir los avances que hemos logrado en esta área. Tal vez el que tenga una mayor proyección a largo plazo sea el haber conseguido poner en la agenda pública el tema del adulto mayor, sensibilizando a instituciones y autoridades. Esto es de suma importancia, ya que apunta a conseguir el cambio cultural que nuestras sociedades requieren para que el adulto mayor sea tratado con dignidad y respeto.

Nuestro afán por lograr estas metas a través del Comité que presido nos ha llevado a tomar diversos rumbos. La proclamación del mes de octubre como “Mes del adulto mayor”, la realización de megaeventos, la programación de actividades académicas y la realización de campañas de promoción son parte de nuestra política.

Asimismo, el mejoramiento y aumento de las prestaciones en favor de los adultos mayores han dado frutos en varios ámbitos. En el sector de la vivienda se han observado avances importantes. La entrega de viviendas sociales especialmente diseñadas para responder a sus necesidades y la creación de centros comunales son ejemplos de los espacios que se van gestando día a día.

Por otra parte, hemos fortalecido enormemente el área de la salud con la ejecución del programa “Control del adulto mayor sano” en 37 comunas. Este programa incluye, entre otras cosas, vacunaciones masivas y un aumento de las intervenciones quirúrgicas.

También hemos conseguido pasajes rebajados para el “Metro” y el mejoramiento de las pensiones. Los bonos de invierno y la multiplicación de organizaciones de adultos mayores también son adelantos que hemos ido logrando progresivamente.

Pero no quiero cansarlos con más datos y antecedentes. Sólo mencionaré que muchos servicios públicos y otras organizaciones están ofreciendo prestaciones y atención especial para este sector en nuestro país.

Quiero destacar, asimismo, la organización de esta reunión, que representa un avance en sí misma, pues es un claro ejemplo de la seriedad con la que se está abordando este tema. Confío en el pleno éxito de este Encuentro hoy y en los días sucesivos. Estoy convencida de que instancias como ésta son las que nos permiten avanzar a diario, encontrando caminos de unión y solidaridad.

Sesión I:
**El proceso de envejecimiento
de la población**

El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica

Miguel Villa¹ y Luis Rivadeneira²

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

¹ Jefe Área de Población y Desarrollo, División de Población (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (mvilla@eclac.cl).

² Consultor, División de Población (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (lrvadeneira@eclac.cl). Se agradece la colaboración de Rodrigo Espina en la elaboración de los gráficos (respina@eclac.cl).

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, autopercibida 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 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 etaria³ (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).

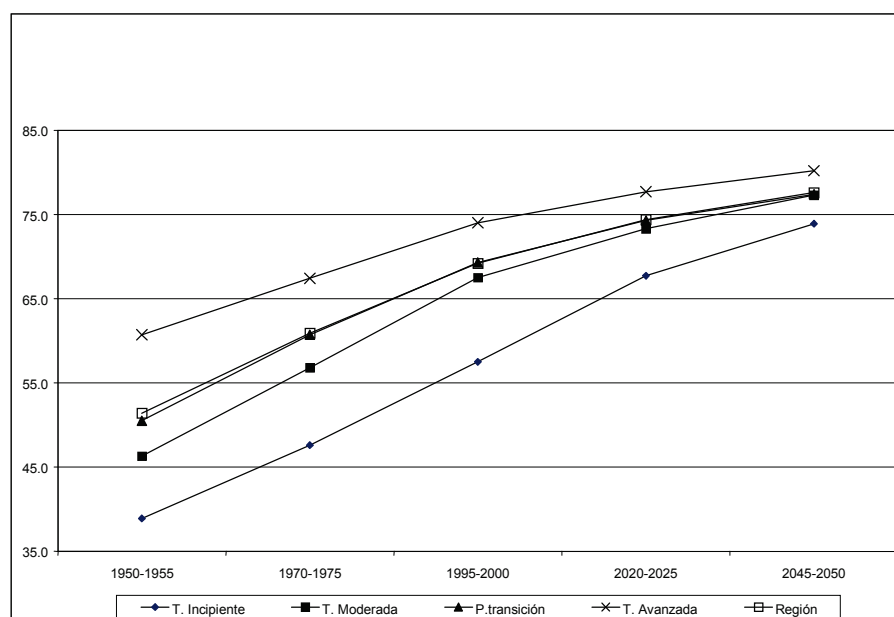
La disminución de la mortalidad —y el concomitante aumento de la esperanza de vida— contribuye a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas; si bien esto implica la ampliación del tamaño de las cohortes que irán avanzando por los sucesivos peldaños de la pirámide de edades, el descenso de la 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

³ 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).

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 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.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EN AÑOS), SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. PERÍODOS SELECCIONADOS



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.⁴ 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).

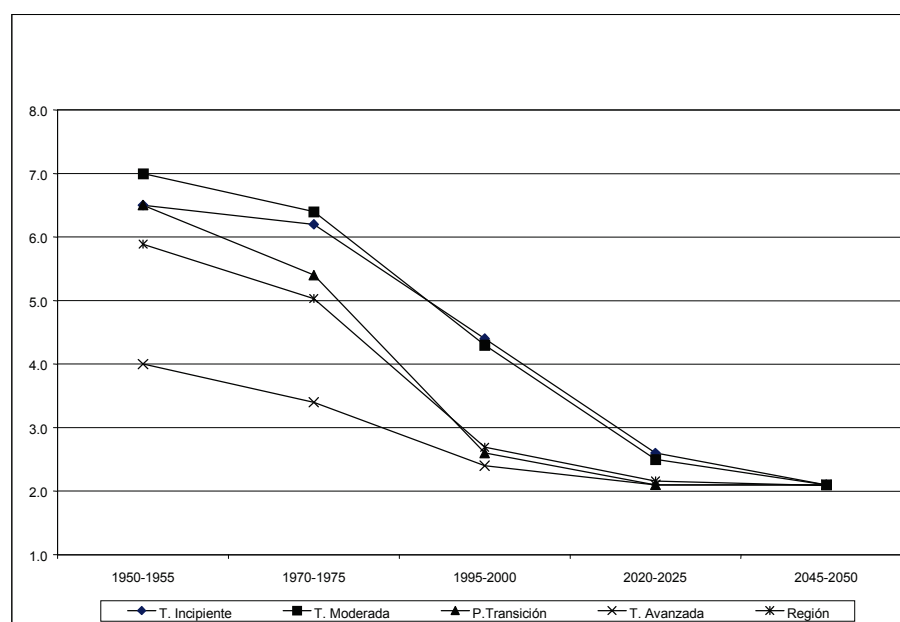
Si bien la disminución de la mortalidad fue, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en América Latina y el Caribe durante el último medio siglo, existe consenso en la mayor trascendencia del segundo cambio: la drástica reducción de la fecundidad acaecida en la mayoría de los 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.

⁴ 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%.

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 reeditaron 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 pasado.⁵

Gráfico 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. PERÍODOS SELECCIONADOS



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

⁵ 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 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.”

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.

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 —algunas 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).⁶ 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 adultos mayores, principalmente personas retiradas de la actividad laboral, muchos 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).

⁶ 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 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):⁷ (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).⁸ 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 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.

⁷ Los países que integran cada una de las categorías identificadas por este esquema se individualizan en los cuadros anexos.

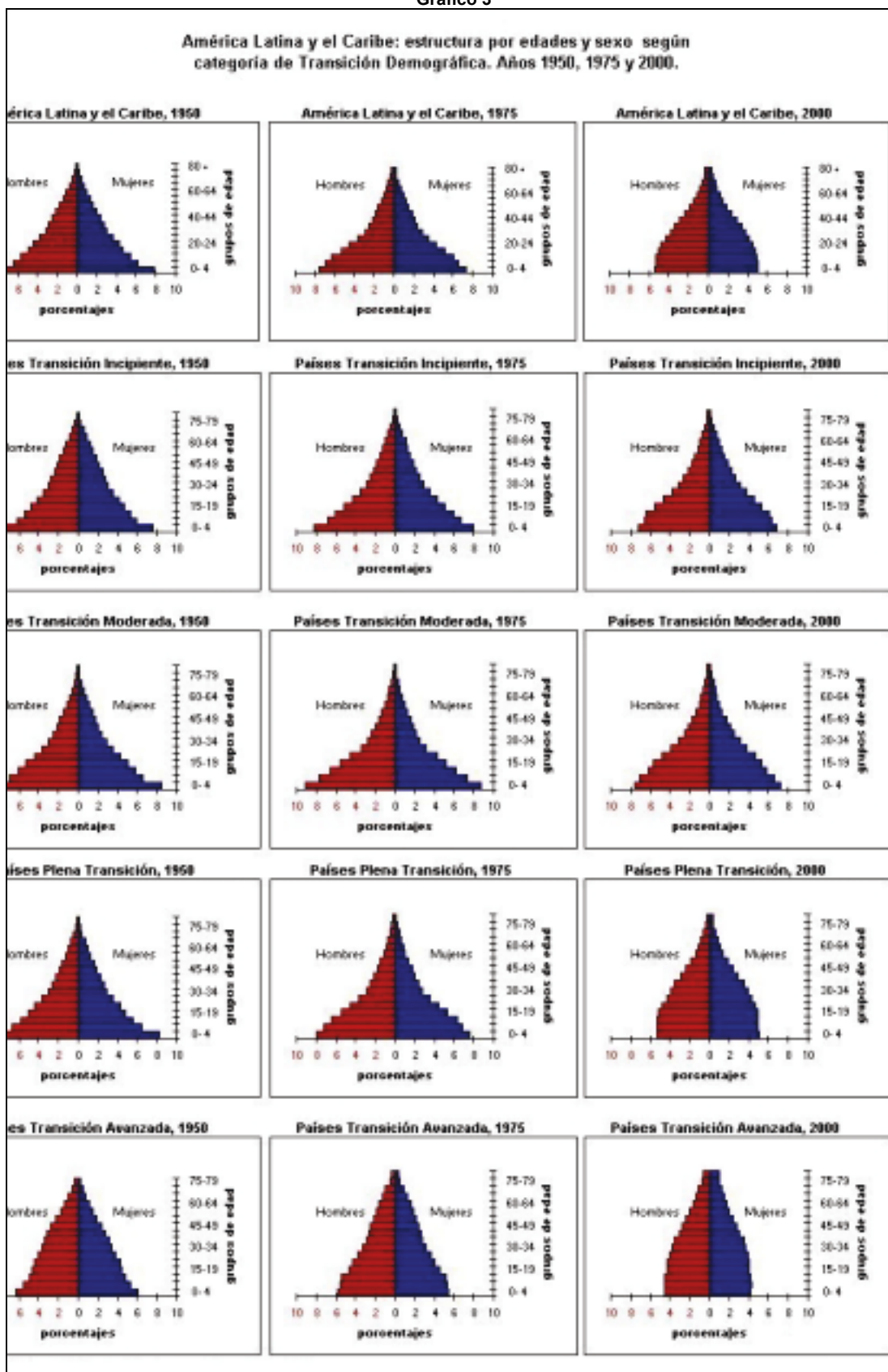
⁸ La excepción es sólo parcial, pues se observó en sólo tres de los países de TA: Argentina y Uruguay, donde la transición demográfica comenzó a fines del siglo pasado, y Puerto Rico, cuya fecundidad bajó intensamente a contar de los últimos años del decenio de 1950.

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%.

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.

Gráfico 3



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 activos;⁹ dentro de esta relación se destaca el porcentaje de la dependencia corresponde a los adultos mayores.

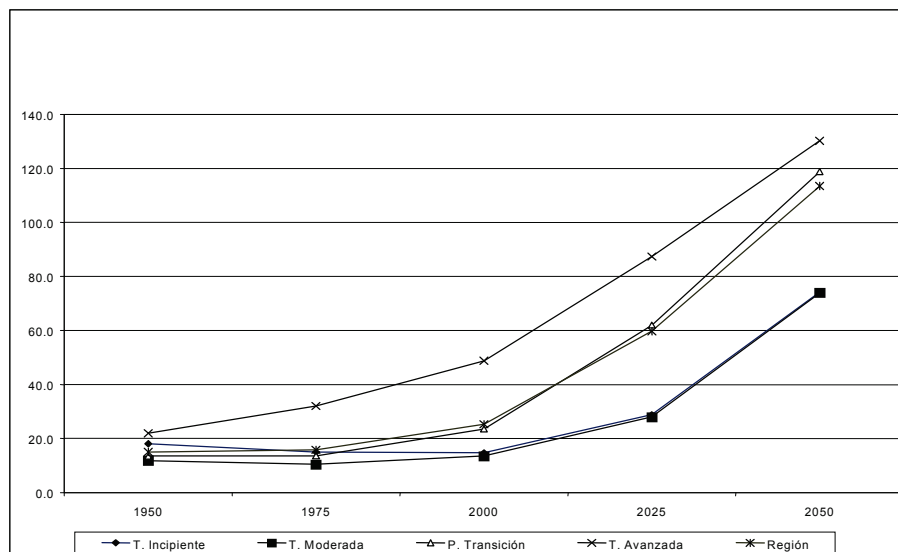
El índice de envejecimiento presentó, a escala regional, una evolución ascendente durante la segunda mitad del siglo XX; su aumento, que fue mínimo hasta 1975 —en virtud del efecto de rejuvenecimiento derivado del descenso de la mortalidad—, se aceleró en los siguientes veinticinco años —a raíz de la 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).¹⁰ 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 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 descende y después aumenta. Tal vez la tendencia más clara es la de la proporción de personas de edad, que asciende durante todo el período.

⁹ 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.

¹⁰ Cabe sí anotar que el índice de envejecimiento aumentó, entre 1975 y 2000, en todos los países, salvo en Haití y Paraguay.

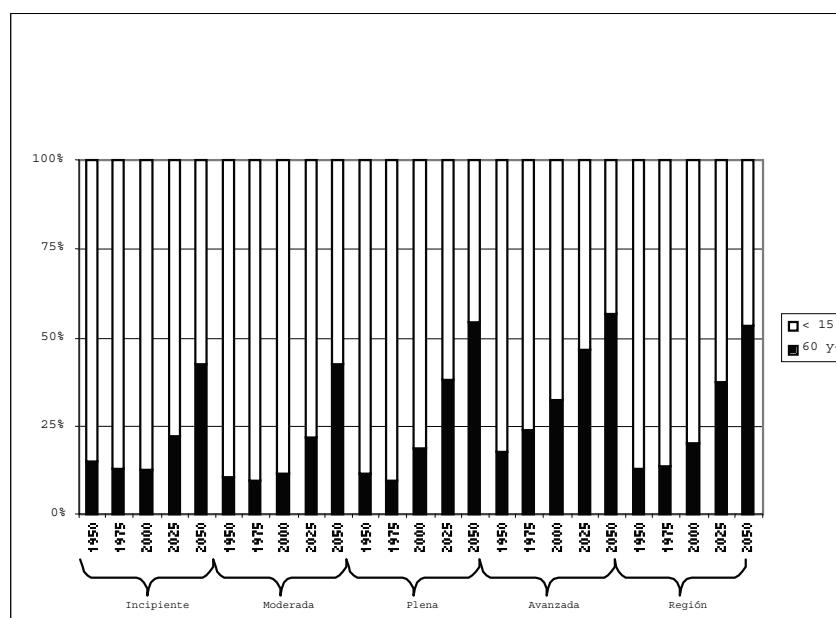
Gráfico 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN,
SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. AÑOS SELECCIONADOS



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).¹¹

¹¹ 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).

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN MENOR DE 15 Y DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN EL ÍNDICE DE DEPENDENCIA, SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSICIÓN. AÑOS SELECCIONADOS



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.”¹² 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

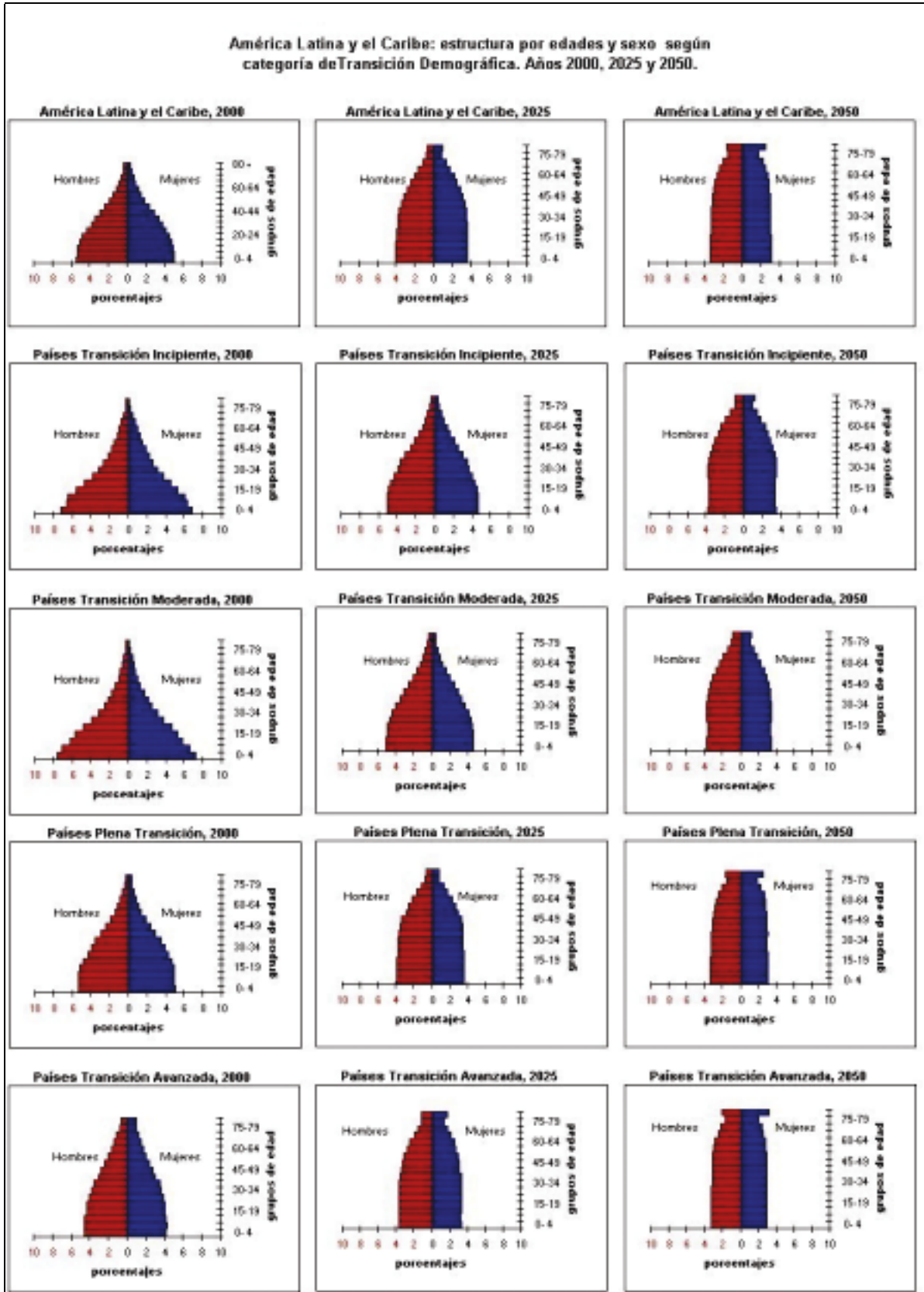
¹² Vallin agrega que, amén del razonamiento empírico —consistente en el examen de las tendencias pasadas y su extrapolación—, las hipótesis que sustentan las proyecciones suelen formularse con “el esquema de la transición demográfica en mente”, por lo que su fuente de inspiración puede ser “la evolución reciente de una población más avanzada en la senda de la transición”.

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 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.

Gráfico 6



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 2050.¹³

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 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

¹³ 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%.

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 región.¹⁴

¹⁴ Una 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

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 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

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.

que desciende 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 consolidarían 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 elevadas.¹⁵ 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.

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

¹⁵ 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.

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 Chackiel (1995), “La población en América Latina y el Caribe: tendencias y percepciones”, *Notas de Población*, N° 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*, N° 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.
- (1998) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1998), *Boletín Demográfico*, N° 62 (LC/DEM/G.180), Santiago de Chile.
- (1999), *Boletín Demográfico*, N° 63 (LC/G.2052), Santiago de Chile.
- (1999), *Boletín Demográfico*, N° 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*, N° 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).
- Guegnant, 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*, Ottawa, 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*, N° 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).
- Naciones Unidas (1982), *Report of the world Assembly on Aging* (No. de venta: E.82.I.16), Viena.
- (1999), *World Population Prospects, the 1998 Revision* (ST/ESA/SER.A/177), Nueva York.
- 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 utuguaya, treinta años después”, *Cuadernos del CLAEH, Revista Uruguaya de Ciencias Sociales*, 2a. Serie, Año 12, N° 43, Montevideo, Centro Latinoamericano de Economía Humana.
- Vallin, Jacques (1994), *La Demografía* (LC/DEM/G.147), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Anexos

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

Fuente: 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

Fuente: 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. Incipiente	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	3,689	1,124	25.8	9,033	3,468	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	56,348	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	92	17.9	666	210	22.9	1,700	535	31.4	3,168	1,475	37.9
Guyana	23	6	19.8	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	6,929	2,748	28.9	11,971	5,192	35.4	16,214	9,738	39.7
Anitllas 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	73,696	24,629	32.2	122,027	62,377	37.8

Fuente: 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	5.8	1.2	42.1	51.7	5.2	1.1	39.9	54.2	4.8	1.1	29.7	61.8	6.6	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	39.6	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	6.8	1.4	41.1	51.9	5.7	1.4	40.2	54.2	4.5	1.2	30.2	61.6	6.3	1.8	22.1	61.7	12.2	4.0
T. Moderada	43.2	51.7	4.2	0.9	46.0	49.2	3.9	0.9	41.0	53.5	4.3	1.2	29.8	61.9	6.4	1.9	22.0	61.8	11.7	4.5
Belice	38.6	55.5	5.0	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	6.3
El Salvador	43.1	52.2	3.8	0.9	45.6	49.7	4.0	0.8	35.6	57.2	5.5	1.7	25.7	63.8	7.7	2.9	20.8	59.2	13.8	6.2
Guatemala	44.1	51.6	3.6	0.7	45.7	49.9	3.6	0.9	43.6	51.1	4.2	1.1	32.0	61.1	5.3	1.6	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	48.1	3.3	0.7	42.7	52.6	3.6	1.0	29.9	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	1.9	39.5	55.1	4.1	1.2	30.6	60.1	7.5	1.8	22.2	61.9	11.5	4.5
T. Plena	41.9	52.5	4.6	1.0	42.8	51.4	4.5	1.2	31.2	61.4	5.7	1.7	23.0	62.7	10.8	3.4	19.7	56.9	15.5	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	10.5	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	11.9	2.6	19.5	57.3	15.1	8.0
México	42.0	50.9	5.8	1.2	46.5	47.9	4.2	1.5	33.1	59.9	5.2	1.7	23.2	63.3	10.0	3.5	19.3	56.4	15.7	8.6
Panamá	40.2	53.3	5.3	1.1	42.9	50.6	5.0	1.5	31.3	60.6	6.0	2.1	22.3	62.3	11.6	3.8	19.5	56.8	15.4	8.3
Perú	41.6	52.8	4.8	0.9	43.2	51.2	4.6	0.9	33.4	59.4	5.7	1.6	23.6	63.8	9.5	3.2	19.8	57.8	15.3	7.1
Rep. Dominicana	44.5	50.3	4.4	0.8	45.3	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	7.9
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	65.6	10.0	2.5	17.7	56.7	17.7	7.9
Venezuela	43.5	53.1	3.0	0.4	43.3	51.8	4.0	0.9	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	33.5	59.2	5.9	1.3	33.1	56.6	8.1	2.2	26.6	60.7	9.1	3.6	21.2	60.5	12.8	5.6	19.0	56.0	15.6	9.4
Anillas N.	35.2	56.0	6.5	2.2	32.9	58.6	6.9	1.6	24.9	63.7	8.5	2.8	19.3	57.5	16.8	6.4	17.1	55.9	16.4	10.6
Argentina	30.5	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	56.9	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	9.1
Barbados	33.2	58.3	6.3	2.2	31.6	55.1	10.5	2.8	21.0	65.3	8.3	5.3	16.2	59.5	18.3	6.0	15.5	50.8	18.7	15.0
Chile	36.7	56.4	5.7	1.2	36.8	55.3	6.1	1.8	28.5	61.4	7.5	2.6	22.2	59.6	13.3	4.9	19.8	56.7	14.5	9.0
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	16.0	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	49.3	6.6	2.1	23.9	64.1	8.2	3.8	18.7	60.4	14.6	6.2	16.5	52.9	16.9	13.8
Jamaica	36.0	58.2	4.9	0.9	45.2	46.3	6.7	1.8	31.0	59.6	6.2	3.1	22.1	63.0	11.3	3.6	19.0	56.3	15.6	9.1
Martinica	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	58.5	16.1	7.6	16.1	52.1	16.8	15.0
Puerto Rico	43.2	50.7	4.7	1.4	33.6	57.1	7.2	2.1	24.3	61.6	9.6	4.5	19.6	60.2	13.3	6.9	17.3	55.9	16.2	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	14.6	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	11.9	5.2	21.2	59.2	12.9	6.7	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	10.6	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	1.5	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	3.6	2.6	0.7	2.6	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	4.5	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	2.8	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	1.6	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	4.9	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	1.6	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	1.2	2.5	0.4
Anillas 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	0.6
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	3.6	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	2.8	2.5	2.8	3.8	2.6	0.8	2.5	2.6	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	18.1	13.0	85.0	15.0	12.2	93.6	14.8	10.9	84.5	28.8	13.8	61.9	74.2	26.3	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	26.4	61.7
Haití	22.3	14.9	81.9	17.1	13.5	92.7	14.1	10.4	84.6	26.9	13.2	62.3	73.4	26.3	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	61.5	73.9	26.3	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	56.7	96.4	33.8	68.8
Guatemala	9.7	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	30.6	15.6	66.5	72.1	25.8	61.6
Plena transición	13.4	10.7	90.1	13.6	11.3	94.5	23.6	12.0	62.8	62.0	22.7	59.4	118.8	41.2	75.9
Brasil	11.7	9.1	86.7	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	59.9	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	56.8	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	66.1	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	12.3	68.4	32.1	18.3	75.3	48.8	21.3	65.0	87.3	30.6	65.7	130.3	44.3	78.3
Anitllas N.	24.9	15.6	78.4	26.0	14.6	70.7	45.4	17.8	56.9	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	26.7	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	97.0
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	16.1	10.0	71.9	18.8	18.4	116.1	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	38.6	14.8	53.0	105.6	31.4	61.2	190.7	60.0	91.5
Uruguay	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	15.8	12.5	91.5	25.3	13.1	65.2	59.8	22.6	60.4	113.5	39.4	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 < 15)/(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	71.7	28.3	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	79.5	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	83.6	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	95.8	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	83.6	90.9	78.1	88.0	86.3	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	105.2	80.8	100.3	91.3	77.3	88.2	83.2	63.9	77.3	85.4	62.7	77.9	90.5	66.0	80.5
Anitllas 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	69.1	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	90.4	77.2	87.9	90.8	77.9	87.9	85.8	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	61.6	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	68.4
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	81.8	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

Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en la 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 existe consenso acerca del umbral a usar, siendo los más comunes los 60 o 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 y otros eufemismos. 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 al de la edad cronológica que simplemente se refiere a la edad en años.

¹ Consultora, Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP)/División de Población (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (lattes@satlink.com). Se agradecen las sugerencias y comentarios de Alfredo E. Lattes a este documento. Asimismo se agradece a Pablo Comelatto, del Centro de Estudios de Población (CENEP), Argentina, la elaboración de cuadros y gráficos.

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 los 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 con ropas oscuras, 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, bien a lo largo del tiempo, bien 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. Sin embargo mantendremos constante la edad en 65 años no sólo por seguir la tradición de la investigación demográfica, sino también porque el cambio de definición requeriría una base de conocimientos histórico-sociales que no existe. Pero es importante guardar en mente que si consiguiéramos construir indicadores sensibles al cambio del significado social de la edad a lo largo del tiempo —incluyendo el efecto del aumento en la esperanza de vida— el proceso de envejecimiento así descrito resultaría no sólo menos rápido sino más acorde con la realidad social que lo que surgirá de este informe.

El análisis por separado de las poblaciones femenina y masculina es, en cambio, posible y deseable aunque mantengamos los mismos umbrales para definir la vejez. El mismo confirma que ambas han tenido procesos de envejecimiento similares pero no iguales, dado que las variables demográficas intervinientes son diferenciales por sexo. Esto tiene consecuencias para cada una de las sub-poblaciones así como para las historias individuales de cada uno de sus integrantes mujeres y varones.

Por último, recordemos que 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 12,9 por ciento es, de lejos, el país más envejecido de la región (Naciones Unidas, 1999). El proceso de envejecimiento en Argentina no ha sido lineal. Por el contrario, sus distintas y marcadas etapas 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 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 del total del país y analizar el rol que cumplieron los distintos

² Si la jubilación marca la entrada a la “mayoridad”, 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.

factores demográficos en una y otra. 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 recomposición por sexos y edades 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). Como se sabe, 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 mayoría.³

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, muestra un leve aumento con oscilaciones alrededor de los 20/21 años durante este período (cuadro 2). En otras palabras, no hubo envejecimiento durante esta etapa, a pesar de que la transición demográfica que comenzara hacia fines del siglo XIX (Lattes, 1993 y cuadro 1) podría haber hecho esperar su comienzo durante el primer cuarto de siglo. Pero, como mostraremos más adelante, el efecto de ésta fué modificado por la llegada masiva de inmigrantes⁵ que ensancharon las pirámides de esa época en edades adultas jóvenes (gráfico 3).

Durante la segunda etapa, entre 1925 y 1970, se produjo el 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, que llega al 7 por ciento en 1970. Para observar mejor la aceleración de ese proceso se calculó la tasa de envejecimiento⁶, que salta del 5 al 23 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 mucho 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 quinquenio 2005-10, después de lo cual comenzaría una cuarta etapa en la que el proceso se aceleraría nuevamente.

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 y 1970-80 presentan índices de femineidad que oscilan entre 79 y 98, mientras que el índice de la estimación para 1980-90 es 126.

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

⁵ 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 extranjeras en edades adultas jóvenes generaron muchos nacimientos, o sea, empujaron la natalidad hacia arriba.

⁶ 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.

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 dibujo⁷. Hacia el final del período de proyección, en el año 2050, se espera que la pirámide pase a tener forma de pilar. En esa fecha la población de 0-14 años seguirá pesando más que la de 65 y más años: 19,7 y 17,8 por ciento, respectivamente. Esta última proporción es algo menor que la observada para Italia en el 2000, actualmente uno de los países más envejecidos del mundo (Naciones Unidas, 1999), pero en el que la proporción de viejos sobrepasa ampliamente la de niños de 0-14 (véase el artículo de Golini en este volumen).

Poblaciones masculina y femenina

El proceso de envejecimiento 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). En efecto, como es común en otros países, la población femenina ha sido históricamente más envejecida que la masculina si el indicador usado es la proporción de 65 y más, aunque hasta 1960 la diferencia entre ambas fuese pequeña. Por el contrario, la edad mediana es mayor para los hombres hasta esa fecha y el diferencial se revierte recién a partir de 1965, fecha en que la proporción de mujeres mayores comienza a distanciarse de la de los hombres (6,5 versus 5,9), y la diferencia 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 2)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 presenta tasas femeninas mucho mayores que las masculinas, pero la tendencia se revertiría nuevamente a partir del 2015, cuando la población masculina comenzaría a envejecerse algo más rápidamente que la femenina.

Cambios en la composición por sexos y edades de la población mayor

Como consecuencia de los procesos y dinámicas descriptos también fué cambiando el balance entre uno y otro sexo de la población de 65 y más años, 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 comienza a aumentar aunque con oscilaciones hasta 1960. Luego de esa fecha, coincidiendo con las altas tasas de envejecimiento femenino, el índice asciende rápida e ininterrumpidamente hasta alcanzar un valor

⁷ Las proyecciones (INDEC-CELADE, 1995), que no distinguen a la población nativa de la no nativa, tienen la hipótesis de migración internacional nula a partir del año 2020.

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

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.

Con el proceso de envejecimiento también cambia la composición por edades dentro del grupo de 65 y más años. Durante el período 1915-1945, en los que se dispone de información menos detallada de las edades, no se observan grandes transformaciones sino más bien oscilaciones: 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 (cuadro 3). En cambio a partir de 1950 la tendencia es muy clara: el grupo 65-69 disminuye mientras que el de 80 y más años aumenta sensiblemente y sin interrupciones entre 1955 y el año 2000. Por otra parte, la predominancia femenina aumenta al pasar de los 65-69 años a edades más avanzadas y sin interrupciones hasta el año 2000, en que hay 200 mujeres de 80 y más años por cada 100 hombres de esas edades. Incluso en el grupo 65-69 las mujeres comienzan a predominar a partir de 1965.

Resumiendo, la población de 65 y más años no sólo crece más rápidamente que la población total dando lugar a un marcado proceso de envejecimiento, sino que también sufre sus propios procesos de envejecimiento y feminización como es común en otras poblaciones. Se espera que este 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 la población de 65 y más. Los índices de femineidad de los distintos tramos de edades, que habrían alcanzado sus máximos, al igual que para el total de 65 y más, alrededor del año 2000, descendería en cada uno de los tramos de edades.

Los factores demográficos del envejecimiento

En este apartado estimamos el peso de los factores demográficos que han contribuido al proceso de envejecimiento durante el siglo XX que acabamos de describir. Para observar las diversas y cambiantes acciones de los factores demográficos en la recomposición de la población en dos grandes grupos de edades (0-64 y 65 y más) necesariamente hemos tenido que delimitar períodos más cortos. Adoptamos períodos de 25 años que, si bien algo arbitrarios, se corresponden casi perfectamente a las etapas descritas.

Una manera diferente de mirar la composición por edad de la población

Dado que lo que se quiere explicar es el proceso por el cual la población de menos de 65 años fue perdiendo peso en favor de la de 65 y más, se analiza la población de cada sexo en cuatro fechas a partir de 1925 teniendo en cuenta la dinámica demográfica vivida por los integrantes de cada uno de esos dos grupos etáreos en los 25 años anteriores a cada momento. Así, a través de cuatro ecuaciones compensadoras⁹ cuyo punto de arranque fué el año 1900 se obtuvieron, tanto para la población de 0-64 como para la de 65 y más, su composición al final de cada período de 25 años en términos de los factores que la generaron: a) stocks de población nativa del país al comienzo del período de 25 años; b) stocks de población no nativa presentes en el país al comienzo del período de 25 años; c) migración neta de extranjera de los 25 años estimada al final del período. Se calcularon, además, las poblaciones nativas provenientes de los nacimientos de los 25 años. Asimismo se calcularon las defunciones correspondientes a cada uno de los grupos (nativos, no

⁹ Para Argentina se cuenta con estimaciones de población cada cinco años por sexo, edad 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), de ajustes de los primeros censos nacionales de población (Lattes, 1968 y Recchini de Lattes y Lattes, 1969) así como 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.

nativos y nacimientos). Se supuso, para simplificar, que la emigración de población nativa fue nula.¹⁰

El cuadro 4 presenta los resultados de las estimaciones antes indicadas para cada una de las cuatro fechas. De esta manera, podemos ver la composición por grandes grupos de edad según los factores demográficos intervinientes. Por ejemplo, la población masculina de 0-64 años en 1925 resulta de: los nacimientos de varones del período 1900-1925 (65,3 por ciento de la población masculina total); el stock de hombres nativos con edades 0-39 en el año 1900 (28,2 por ciento de la población masculina total); el stock de hombres no nativos con edades 0-39 en el año 1900 (9,8 por ciento de la población masculina total); de la migración neta de extranjeros de edades 0-64 del período 1900-1925 sobrevivientes al final del período (19,8 por ciento de la población masculina total). Las defunciones correspondientes a los nacimientos y los stocks de nativos y no nativos restaron un total equivalente a un 25,3 por ciento de la población masculina total. Mediante la suma algebraica de las contribuciones de los factores anteriores se obtiene la proporción de la población masculina de 0-64 años (97,8 por ciento).

Similarmente, la población masculina de 65 y más años en el mismo año (1925) puede mirarse como la resultante del stock de hombres nativos y no nativos de 40 y más años en el año 1900 (3,9 y 4,8 por ciento de la población masculina total, respectivamente) y de la migración neta de extranjeros del período 1900-1925 sobreviviente al final del período con edades 65 y más años (0,1 por ciento de la población masculina total). En este caso la suma algebraica de las contribuciones de estos factores brinda la proporción de la población masculina de 65 y más años (2,2 por ciento). Para resumir, el cuadro 4 permite observar la composición de las poblaciones masculina y femenina en dos grandes grupos de edades según la composición de la población 25 años antes y la dinámica demográfica que ocurre en cada uno de los cuatro períodos. A su vez, la tendencia de cada uno de los factores puede apreciarse más fácilmente en el gráfico 4.

Así, como puede verse en la parte superior del gráfico, los nacimientos constituyen el factor más importante en la conformación del grupo 0-64 (y también de la población total), tanto para varones como para mujeres. Los mismos tienen tendencia decreciente, dado que la natalidad disminuyó, aunque con algunas oscilaciones, desde fines del siglo XIX (cuadro 1). Los stocks de población nativa constituyen el segundo componente más importante, pero éstos aumentan su importancia relativa hasta el 2000, casi igualando el peso de los nacimientos en ese momento. La migración neta del período 1900-1925 fue un factor constitutivo muy importante de la población en 1925, sobre todo de la masculina, pero disminuye notablemente en 1950, como consecuencia de la reducción de la migración internacional; su importancia se hace mínima después de esa fecha. Los stocks de población masculina no nativa aumentan entre las dos primeras fechas y luego reducen notablemente su importancia, también como consecuencia de la reducción de la migración internacional de décadas anteriores. Las defunciones, componente de signo negativo, claramente disminuyen su importancia a lo largo de todo el período, como consecuencia de la disminución de la mortalidad. Esto quiere decir que la población generada por los factores positivos (nacimientos, stocks y migración neta) pierden menos efectivos porque el número relativo de defunciones está disminuyendo, generando más población en la “base” de la pirámide¹¹, o sea, rejuveneciendo la población total. A su vez la disminución en el número relativo de las muertes de estas edades tiene un segundo efecto, ya que es lo que permite que más efectivos de la población sobrevivan y pasen a la cúspide de la pirámide, o sea, envejeciendo la población total.

¹⁰ El supuesto es realista hasta los años 1950s. Luego comenzó la emigración de población argentina (Lattes y Oteiza, 1986), cuyo número aquí estaría aumentando el de las defunciones.

¹¹ Aquí estamos llamando “base” a todo lo que no es la cúspide de la pirámide, o sea, a los menores de 65 años. Se la seguirá nombrando entre comillas para resaltar el significado poco ortodoxo del término.

En la conformación del grupo de 65 y más años (parte inferior del gráfico 4) las proporciones provenientes de los stocks de población nativa crecen a lo largo de todo el período observado mientras que los de la no nativa lo hacen sólo hasta 1975. La migración neta juega un rol prácticamente nulo en estas edades, mientras que las defunciones aumentan su importancia relativa de manera muy notable, contrarrestando parcialmente a los componentes positivos. El rol creciente de las defunciones en un contexto de mortalidad decreciente¹² se explica por dos motivos. En primer lugar, la población de estas edades aumenta notablemente, como ya se dijo, tanto en números absolutos como relativos, y se envejece internamente. En segundo lugar, al reducirse el nivel de la mortalidad las defunciones se concentran en estas edades avanzadas. La cambiante estructura por edades de las muertes tiene también dos efectos sobre el proceso de envejecimiento. Por una parte, al aumentar el número de muertes en la cúspide quita más efectivos a la población de estas edades, lo que contribuiría a un rejuvenecimiento de la población por la cúspide. Por otra parte, la baja de la mortalidad que ocasiona esta concentración de muertes en edades avanzadas también alarga la sobrevivencia de la población vieja, contribuyendo de esta manera al envejecimiento de la población. Este doble efecto de la baja de la mortalidad es difícil de observar a través de las medidas del cuadro 4.

Como se dijo anteriormente, los porcentajes de población femenina de 65 y más años comienzan a diferenciarse de los de la masculina a partir de 1965 (cuadro 2), y a partir de ese momento continúan sostenidamente el proceso de diferenciación. Cabe preguntarse entonces, cuáles son los factores que explican principalmente el mayor envejecimiento de la población femenina. Pero, dado que las dinámicas demográficas de la población masculina y femenina difieren durante todo el período estudiado¹³, los factores de la composición de una y otra en los términos que acabamos de describir también presentan algunas diferencias importantes desde más temprano. Así en 1925 y 1950 los diferenciales por sexo del porcentaje de población vieja son pequeños (0,3 y 0,4 respectivamente) porque actúan fuerzas de sentido contrario, compensándose unas a otras, como puede verse en el cuadro 5.

En 1925, por ejemplo, cuando tanto la natalidad como la migración neta eran muy altos en el país, los dos diferenciales positivos¹⁴ más altos del grupo 0-64 (nacimientos y stocks de población nativa) prácticamente se compensan con los negativos (migración neta y stocks de población no nativa). En 1975 y 2000, cuando la migración internacional había dejado de ser tan importante como en el primer cuarto de siglo, también por el lado de la “base” de la pirámide los altos diferenciales negativos de los nacimientos explican en gran medida que las mujeres se hayan envejecido más que los hombres. Este diferencial es seguido de lejos por los stocks de población nativa (producto de nacimientos de períodos anteriores). Debe notarse que el diferencial de las defunciones contrarrestan en gran medida los valores anteriores, debido principalmente al diferencial de mortalidad por sexo, favorable a las mujeres. En la cúspide de la pirámide a partir de 1950 el factor que más contribuye al diferencial es sin duda el menor número relativo de defunciones que se resta a la población femenina, debido exclusivamente a su menor mortalidad (cuadro 1).

¹² El número relativo de defunciones de todas las edades (suma de los renglones F y O del cuadro 4) declina entre 1925 y 1975 debido a la fuerte declinación de las muertes de 0-64, como ya se dijo. Entre esta última fecha y el año 2000 aumenta levemente dado que la leve disminución de las defunciones de 0-64 años no consigue contrarrestar el aumento de las de 65 y más. Sin embargo, como ya se vió, el nivel de la mortalidad medido por la esperanza de vida al nacer declinó durante todo el período estudiado.

¹³ En el caso argentino la dinámica demográfica femenina y masculina difieren sobre todo en cuanto a la migración internacional pero, como en la inmensa mayoría de las poblaciones, también en la mortalidad y en menor medida en la natalidad.

¹⁴ Diferenciales positivos significan que el peso relativo de los componentes son más altos para la población femenina y los negativos lo contrario.

Los factores de la recomposición por edad o del envejecimiento

Para ver el efecto neto de cada factor en relación al aumento y la disminución relativa de la cúspide y la “base” de la pirámide entre dos fechas, o recomposición por edades, se sustrajeron las cifras de dos fechas sucesivas del cuadro 4, las que se presentan como números absolutos del cuadro 6. La otra parte del cuadro 6 y el gráfico 5 presentan su distribución relativa. Debe recordarse que, dado que las cifras del cuadro 4 ya incluían la dinámica de 25 años, cada columna del cuadro 6 tiene implícita, por construcción, la de 50 años.

El peso de los factores de la recomposición de la población por edades fue cambiando mucho en el tiempo, tanto en la “base” como en la cúspide de la pirámide, como muestra el gráfico 5. En 1925-50, cuando tanto la natalidad como la migración neta y la mortalidad tenían valores muy altos, la disminución relativa del grupo 0-64¹⁵ se dió como resultado de fuerzas contrapuestas muy fuertes en casi todos los componentes: varios de ellos varían entre un 500 y 800 por ciento en más o en menos. En el período 1950-75 la dinámica se “tranquiliza” y los componentes varían entre más y menos 300 por ciento, aún cuando el grupo 0-64 pierde mucho más peso relativo que en el período anterior. Por el contrario, los componentes de la recomposición adquieren nuevamente valores muy altos en el período 1975-2000, pero solamente en la cúspide de la pirámide.

Como era de esperar dado que la natalidad estaba descendiendo¹⁶, las reducciones en el número de nacimientos contribuyeron grandemente al envejecimiento de la población, sobre todo en el período 1925-50. El otro factor importantísimo del envejecimiento de este período —y más importante que los nacimientos para la población masculina— es la migración neta que, como se recordará, se había reducido enormemente entre el primer y el segundo cuarto de siglo. Su importancia disminuye en los períodos siguientes pero también contribuye positivamente al envejecimiento. En los períodos 1950-75 y 1975-2000 los stocks de población no nativa constituyen el componente positivo más importante del cambio de la población masculina, que se reduce en el período siguiente como consecuencia de la reducción de la migración internacional de períodos anteriores y porque sus integrantes, al envejecer, pasan a engrosar el grupo de 65 y más. En la población femenina el componente más importante de la recomposición por la “base” continúa siendo el número de nacimientos. Finalmente, hay dos componentes que contrarrestan esta tendencia: los stocks de población nativa y las defunciones, ambas con tendencias decrecientes.

En la cúspide de la pirámide (parte inferior del gráfico 5) también hay tendencias marcadas. Si bien los stocks de no nativos/as constituyen el componente principal del período 1925-50, los stocks de población nativa aumentan de un período a otro y adquieren el carácter de factor principal en los dos períodos siguientes: 1950-75 y 1975-2000. Por el contrario, el rol de la población no nativa disminuye en el tiempo y se hace negativo en el período 1975-2000, contrarrestando el envejecimiento. La migración neta tiene un rol de signo cambiante y pequeño y las defunciones un rol contrarrestante creciente. En la medida en que la mortalidad continúe su tendencia decreciente -haciendo que las muertes aumenten su concentración en edades más avanzadas y las personas aumenten su sobrevivencia- seguirá jugando el doble rol, como ya se explicó: (i) envejeciendo la población al permitir que más efectivos de la “base” sobrevivan para pasar a la cúspide; y (ii) contrarrestando de alguna manera este efecto al necesariamente reducir el número de personas que llegan a estas edades, ya que finalmente tienen que morir.

¹⁵ Dado que el cambio total observado en este grupo es siempre negativo, los valores de la distribución relativa cambian de signo en relación a los absolutos. Así, en la distribución relativa de la recomposición por edades los porcentajes de signo positivo contribuyen al envejecimiento, mientras que los negativos lo hacen al rejuvenecimiento, tanto en el grupo 0-64 como en el 65 y más.

¹⁶ Las inmigrantes europeas habían contribuido a reducir la fecundidad (tuvieron menos hijos que las argentinas), pero a su vez contrarrestaron en alguna medida el efecto sobre la natalidad porque, al estar en buena medida concentradas en edades fértiles contribuyeron a aumentar la natalidad.

En cuanto a los diferenciales por sexo de la recomposición por edades, dado que durante el período 1925-50 las poblaciones femenina y masculina envejecen las dos en la misma medida (las dos aumentan su proporción de 65 y más en 1,8 puntos), podría decirse que no existe diferencial. Sin embargo, esa igualdad es el fruto de compensaciones muy grandes, y muy diferentes para uno y otro sexo como puede verse en el cuadro 7. Los diferenciales mayores para la población de 0-64 se presentan en la migración neta —que se reduce mucho en la población masculina porque había alcanzado un valor muy alto en 1925— y en los nacimientos, cuyo peso es mayor en el envejecimiento femenino. Asimismo, en la cúspide de la pirámide los diferenciales de los stocks de población nativa y de defunciones casi se compensan totalmente en este período.

En el período 1950-75, en que la población femenina se envejece significativamente más que la masculina, los diferenciales por sexo cambian con la cambiante dinámica demográfica que vive el país. Los diferenciales del mismo signo que el de envejecimiento que más se destacan en la “base” es el mayor rol que siguen jugando los nacimientos para la población femenina al igual que los stocks de población nativa. En cuanto al envejecimiento por la cúspide se destacan las defunciones cuyo diferencial favorece ampliamente al envejecimiento femenino, compensando más que sobradamente los diferenciales negativos.

Por último, el período 1975-2000 es en el que más se diferencian las poblaciones masculina y femenina en cuanto a su envejecimiento. La pregunta que cabe hacer es por qué esta última envejece tanto más que la masculina, y si es probable que continúe haciéndolo en el futuro. En la “base” de la pirámide, los diferenciales negativos que más se destacan son los nacimientos y, en medida aún mayor, los stocks de población nativa. En el envejecimiento por la cúspide se destaca el rol de los stocks de población no nativa: al disminuir su importancia en mayor medida en la población masculina que en la femenina¹⁷ el diferencial favorece un mayor envejecimiento de esta última. Por el contrario, el diferencial de defunciones tiene signo contrario a los períodos anteriores: en éste las defunciones femeninas contrarrestan más el envejecimiento que las masculinas, porque de alguna manera el aumento en el número de defunciones del período 1975 al 2000 fué menor entre los varones que entre las mujeres, porque hay mucho mayor concentración de mujeres en edades muy avanzadas (cuadro 3), que finalmente tienen que morir¹⁸. Si bien este último efecto puede esperarse que continúe en las próximas décadas, en cambio el efecto de los stocks de población no nativa necesariamente reducirá su importancia y en este sentido contribuirán a un ritmo de envejecimiento más similar para varones y mujeres, tal como muestran las tasas del período proyectado en el gráfico 2.

Conclusiones

Este documento mostró que existen tres etapas claramente diferenciadas 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 1970 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). Los procesos de las poblaciones femenina y masculina tuvieron velocidades diferentes, resultando en un mayor envejecimiento de la primera. A su vez la población vieja sufrió 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.).

¹⁷ Probablemente como consecuencia de una menor mortalidad en períodos anteriores a 1975 o porque la migración internacional de las mujeres fué menor, como ya se dijo. Desde el punto de vista de la población masculina ésta pierde más efectivos porque tenía más efectivos o, en otras palabras, porque sigue arrastrando el efecto de la mayor migración de extranjeros del pasado.

¹⁸ Véase la tendencia a la rectangularización en las curvas de sobrevivencia en Robine (1999) en esta misma publicación.

Las migraciones internacionales fueron 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 del envejecimiento por la “base” 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 el segundo período (1950-1975), sobre todo para la población masculina. 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 relativo 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 por la “base”. Este factor también actuó en la población masculina 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 mayor¹⁹.

Durante todo el período analizado las defunciones siempre jugaron un doble rol. En primer lugar, rejuvenecieron la población al permitir que se resten cantidades decrecientes de la población de la “base”, compensando el decrecimiento relativo del grupo 0-64 ocasionado por otros factores, y también contrarrestando el crecimiento relativo del grupo 65 y más. En segundo lugar el descenso de la mortalidad cumplió con el rol de envejecer la población a través de la mayor sobrevivencia de sus efectivos que en proporciones crecientes pasan de la “base” a la cúspide de la pirámide y que, una vez ahí, viven más años. El diferencial por sexo de este factor jugó siempre a favor de un mayor envejecimiento de la población femenina.

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 natalidad y mortalidad se agrega, de manera determinante en el siglo XX, la migración internacional, principalmente la recibida entre 1875 y 1925. Si ésta sigue disminuyendo 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 natalidad y la mortalidad, tal como ocurre en otras poblaciones con migraciones internacionales nulas o desdeñables. Al disminuir las migraciones también es probable que las dinámicas de la población femenina y masculina se tornen más similares, aunque sin duda conservarán ciertas diferencias a las que habrá que prestarles atención. Si, por el contrario, en este mundo cada vez más globalizado y desequilibrado las migraciones internacionales continúan jugando un rol en éste y otros países (para no hablar de las poblaciones sub-nacionales en las que la migración suele jugar un rol fundamental de los cambios de población), las tendencias de la natalidad y la mortalidad no bastarán para explicar los factores del envejecimiento. El análisis tendrá que indefectiblemente

¹⁹ 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.

incorporar las migraciones y los stocks al punto de partida como factores importantísimos para explicar el proceso de envejecimiento.

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.
- Golini, Antonio (1999). “Situation and outlook of ageing in an advanced demographic transition country: the case of Italy”, en CEPAL (1999), *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, Seminario Técnico, Santiago de Chile, 8 al 10 de setiembre de 1999.
- 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.
- (1993), “Desarrollo, migración y transición demográfica en Argentina”. En: ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE, IV Conferencia Latinoamericana de Población. *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. II, Ciudad de México, INEGI – IISUNAM.
- (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”, manuscrito.
- 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).
- (1999), *World Population Prospects. The 1998 Revision*, Nueva York (ST/ESA/SER.A/180).
- 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.
- Robine, Jean-Marie, “Extending human life: longevity and quality of life” en CEPAL (1999), *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, Seminario Técnico, Santiago de Chile, 8 al 10 de setiembre de 1999.
- 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 medias anuales			Esperanza de vida			
	(por 1 000)			a los 65 años		al nacer	
	Natalidad	Mortalidad	Migración	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

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

^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.

Cuadro 2

PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS, EDAD MEDIANA Y TASAS DE ENVEJECIMIENTO, 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

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

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

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

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

Cuadro 4

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA POR GRANDES GRUPOS DE EDADES SEGÚN LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS QUE ACTUARON EN LOS 25 AÑOS ANTERIORES A LAS FECHAS SEÑALADAS (T), 1925, 1950, 1975 Y 2000

Factores		Edad en		Varones				Mujeres			
		t-25	t	1925	1950	1975	2000	1925	1950	1975	2000
A	Nacimientos	-	0-24	65,3	54,6	50,0	48,8	70,8	55,2	47,7	45,0
B	Defunciones nacimientos	-	0-24	-15,1	-8,3	-3,7	-2,1	-14,7	-7,1	-2,9	-1,3
C	Stock población nativa	0-39	25-64	28,2	40,5	45,2	46,9	31,8	42,3	44,2	44,0
D	Defunciones	0-39	25-64	-7,6	-6,2	-4,2	-4,6	-8,3	-5,9	-2,7	-2,0
E	Stock población no nativa	0-39	25-64	9,8	11,4	3,4	1,8	6,5	6,4	2,5	1,6
F	Defunciones	0-39	25-64	-2,6	-1,7	-0,3	-0,2	-1,7	-0,9	-0,2	-0,1
G	Migración neta	0-64	0-64	19,8	5,7	2,8	1,3	13,2	5,6	3,0	1,5
H	Total def. (B+D+F)	0-39	25-64	-25,3	-16,2	-8,2	-6,9	-24,8	-13,9	-5,7	-3,4
I	Sub-total (A+C+E+G+H)	0-39	0-64	97,8	96,0	93,1	91,9	97,5	95,6	91,7	88,8
J	Stock población nativa	40+	65+	3,9	5,2	10,8	18,8	5,1	5,6	11,0	19,7
K	Defunciones	40+	65+	-3,0	-3,5	-6,2	-11,6	-3,8	-3,5	-5,2	-9,7
L	Stock población no nativa	40+	65+	4,8	6,6	8,5	4,1	3,0	5,0	6,1	3,8
M	Defunciones	40+	65+	-3,6	-4,4	-5,0	-2,5	-2,3	-3,1	-2,8	-1,9
N	Migración neta	40+	65+	0,1	0,0	-1,2	-0,6	0,4	0,4	-0,8	-0,7
O	Total defunciones (K+M)	40+	65+	-6,6	-7,9	-11,2	-14,2	-6,0	-6,7	-8,0	-11,6
P	Sub-total (J+L+N+O)	40+	65+	2,2	4,0	6,9	8,1	2,5	4,4	8,3	11,2
Q	TOTAL (I+P)	0+	0+	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Cuadro 5

**DIFERENCIALES POR SEXO^a DE LA COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN
POR GRANDES GRUPOS DE EDADES SEGÚN FACTORES DE LA
DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1925, 1950, 1975 Y 2000**

Factores	1925	1950	1975	2000
Población 0-64				
Nacimientos	5,5	0,6	-2,3	-3,8
Stock población nativa	3,6	1,8	-1,0	-2,9
Stock población no nativa	-3,3	-5,0	-0,9	-0,2
Migración neta	-6,7	-0,1	0,3	0,2
Defunciones	0,5	2,3	2,6	3,5
Total	-0,3	-0,4	-1,4	-3,1
Población 65+				
Stock población nativa	1,2	0,4	0,3	0,9
Stock población no nativa	-1,7	-1,6	-2,5	-0,3
Migración neta	0,3	0,4	0,4	-0,1
Defunciones	0,6	1,2	3,2	2,6
Total	0,3	0,4	1,4	3,1

Fuente: Cuadro 4.

^a Componente mujeres menos componente varones

Cuadro 6

**RECOMPOSICIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDADES DE LA POBLACIÓN
MASCULINA Y FEMENINA SEGÚN FACTORES DE LA DINÁMICA
DEMOGRÁFICA, 1925-1950, 1950-1975 Y 1975-2000**

Factores	Varones			Mujeres			Varones			Mujeres		
	1925-1950	1950-1975	1975-2000	1925-1950	1950-1975	1975-2000	1925-1950	1950-1975	1975-2000	1925-1950	1950-1975	1975-2000
	Valores absolutos						Valores relativos					
Población 0-64												
Nacimientos	-10,7	-4,6	-1,2	-15,6	-7,5	-2,7	603,0	161,1	94,8	818,3	195,2	89,9
Stock población nativa	12,3	4,7	1,7	10,5	1,9	-0,2	-696,3	-163,3	-140,0	-550,9	-49,3	6,3
Stock población no nativa	1,6	-8,0	-1,6	-0,1	-3,9	-0,9	-91,6	276,7	129,6	7,4	100,1	28,9
Migración neta	-14,1	-2,9	-1,5	-7,5	-2,6	-1,5	799,9	101,9	122,8	395,6	67,6	51,8
Defunciones	9,1	8,0	1,3	10,9	8,2	2,3	-515,0	-276,3	-107,3	-570,5	-213,6	-76,9
Total	-1,8	-2,9	-1,2	-1,9	-3,9	-3,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Población 65+												
Stock población nativa	1,3	5,5	8,0	0,5	5,4	8,7	74,6	191,5	652,4	28,5	139,9	293,7
Stock población no nativa	1,9	1,9	-4,4	2,0	1,0	-2,3	105,0	65,7	-361,4	104,8	26,8	-77,9
Migración neta	-0,1	-1,2	0,6	0,0	-1,2	0,1	-6,6	-43,0	50,6	-0,3	-31,3	4,6
Defunciones	-1,3	-3,3	-3,0	-0,6	-1,4	-3,6	-73,0	-114,2	-241,7	-33,1	-35,4	-120,5
Total	1,8	2,9	1,2	1,9	3,9	3,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 7

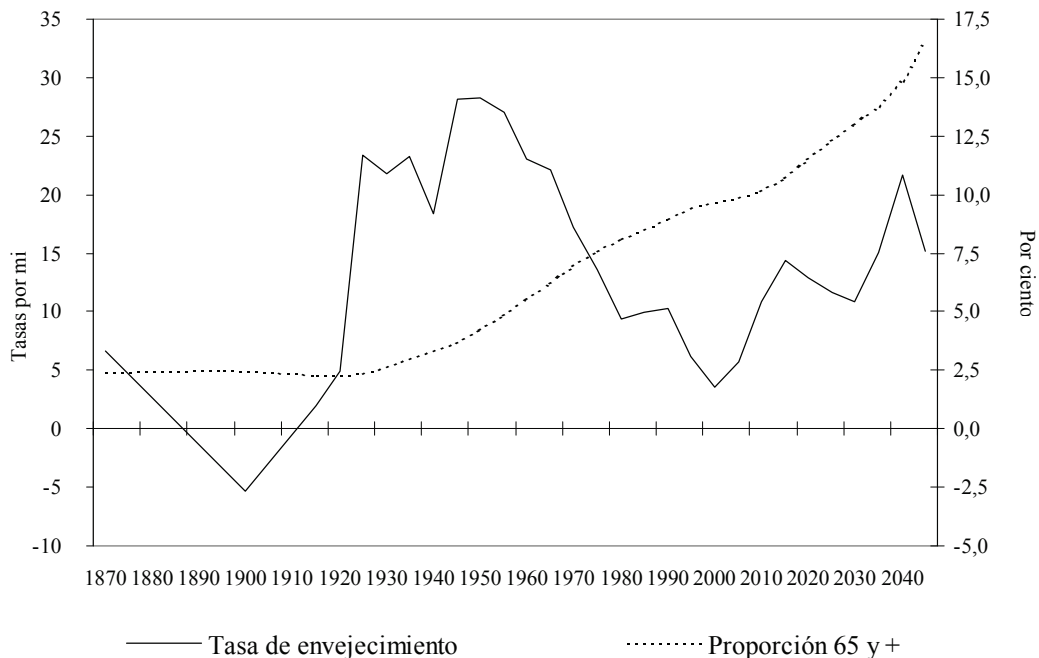
**DIFERENCIALES POR SEXO^a DE LA RECOMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN POR
GRANDES GRUPOS DE EDADES SEGÚN FACTORES DE LA DINÁMICA
DEMOGRÁFICA, 1925-50, 1950-75 Y 1975-2000**

Factores	1925-50	1950-75	1975-2000
Población 0-64			
Nacimientos	-4,9	-2,9	-1,5
Stock población nativa	-1,8	-2,8	-1,9
Stock población no nativa	-1,8	4,1	0,7
Migración neta	6,6	0,3	0,0
Defunciones	1,8	0,3	1,0
Total	-0,1	-1,0	-1,7
Población 65+			
Stock población nativa	-0,8	-0,1	0,6
Stock población no nativa	0,1	-0,9	2,1
Migración neta	0,1	0,0	-0,5
Defunciones	0,7	1,9	-0,6
Total	0,1	1,0	1,7

Fuente: Cuadro 6 (valores absolutos).

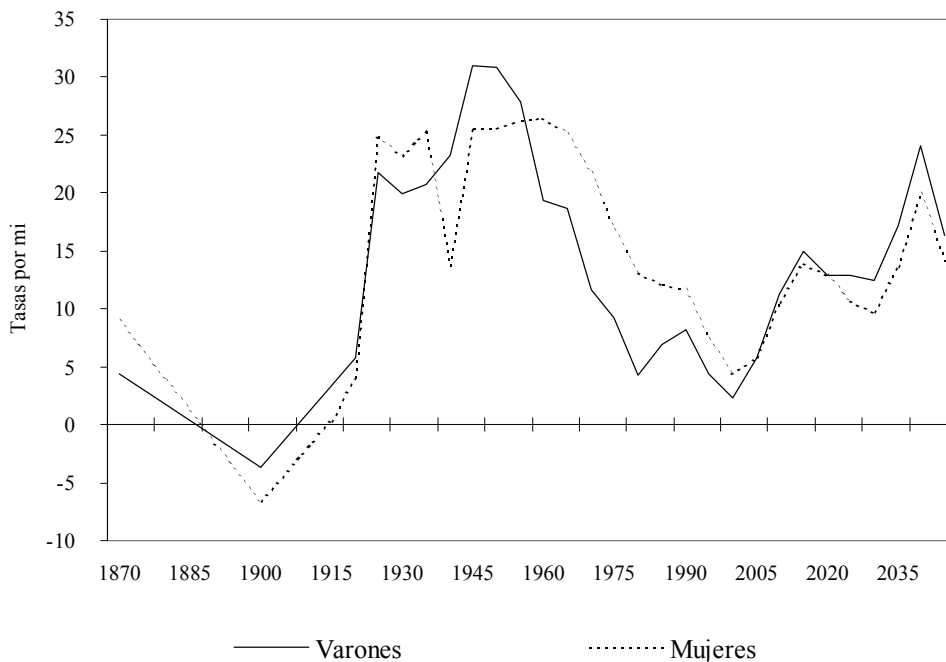
^a Componente mujeres menos componente varones.

Gráfico 1
PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS Y TASA DE ENVEJECIMIENTO
DE LA POBLACIÓN TOTAL, 1870-75 A 2045-50



Fuente: Cuadro 2.

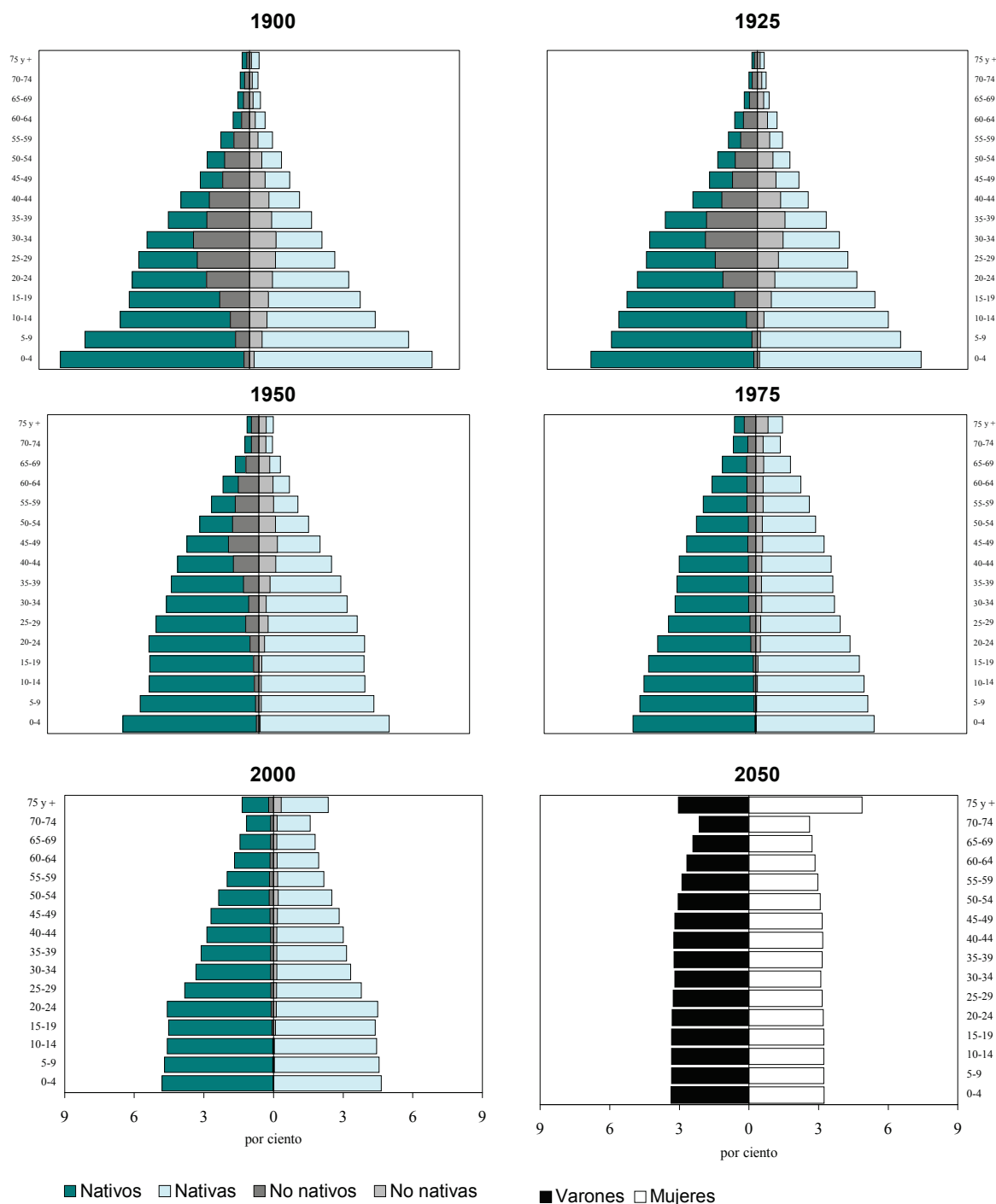
Gráfico 2
TASAS DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN POR SEXO,
1870-1875 A 2045-2050



Fuente: Cuadro 2.

Gráfico 3

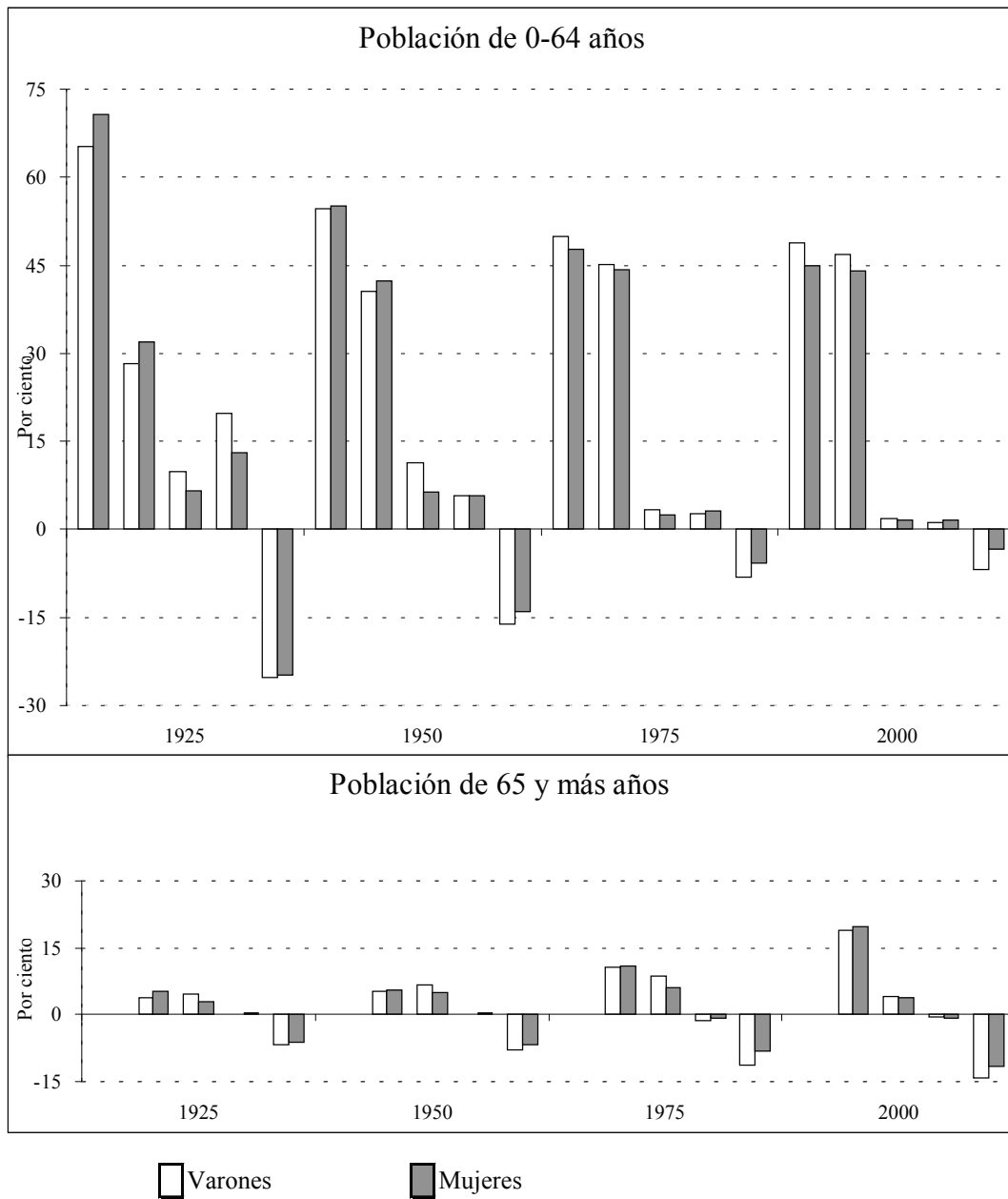
ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, SEGÚN ORIGEN, 1900-2050



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

Gráfico 4

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA POR GRANDES GRUPOS DE EDADES SEGÚN LOS FACTORES DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA DE LOS 25 AÑOS ANTERIORES, 1925, 1950, 1975 Y 2000



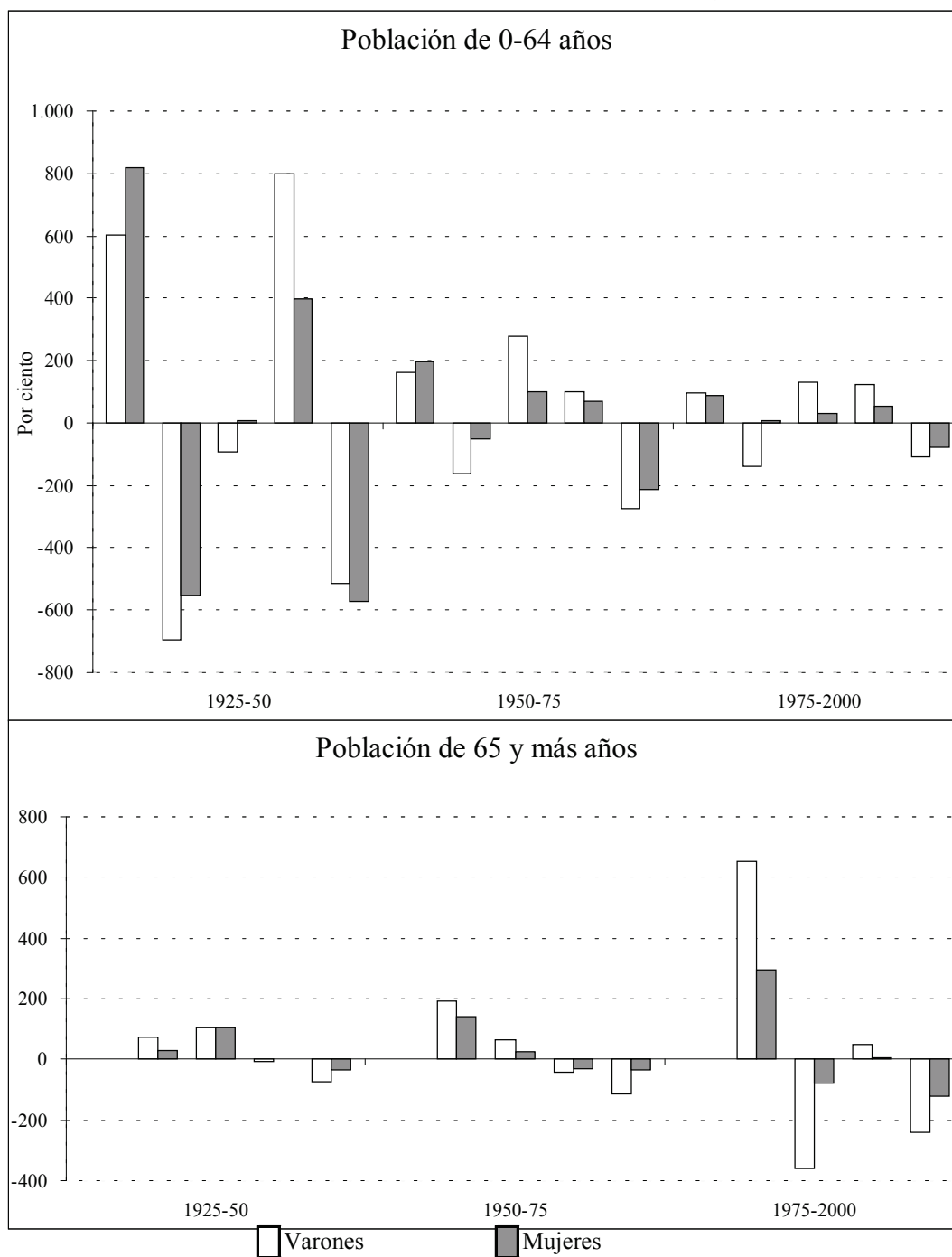
B: Nacimientos
 N: Stock nativos/as
 NN: Stock no nativos/as

MN: Migración neta
 D: Defunciones

Fuente: Cuadro 4.

Gráfico 5

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA RECOMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA POR EDAD, SEGÚN FACTORES DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1925-1950, 1950-1975 Y 1975-2000



B: Nacimientos
 N: Stock nativos/as
 NN: Stock no nativos/as
 MN: Migración neta
 D: Defunciones

Fuente: Cuadro 6.

Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos¹

*José Alberto Magno de Carvalho²
Flávia Cristina Drumond Andrade³*

Introducción

Entre los años cuarenta y sesenta se registraron en Brasil descensos importantes de la mortalidad y una relativa estabilidad de la fecundidad, de lo que resultó un aumento del ritmo de crecimiento demográfico, sin cambios de monta en la composición por edad. Durante ese período, la población se caracterizó por ser sumamente joven: alrededor de 52% del total tenía menos de 20 años de edad y menos de 3% era mayor de 65 años. Al iniciarse la década de 1970, sin embargo, el país empezó a mostrar niveles de fecundidad en acentuado y continuo descenso, iniciándose así un rápido proceso de envejecimiento de la población. Esta reciente mudanza de la dinámica demográfica brasileña ha suscitado amplios debates en relación con las transformaciones que las demandas sociales deben experimentar a raíz

¹ Trabajo desarrollado en el marco 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.

² Profesor titular del Departamento de Demografía/UFMG e investigador del CEDEPLAR/UFMG (e-mail: carvalho@cedeplar.ufmg.br).

³ Investigadora asistente del CEDEPLAR/UFMG (e-mail: chica@cedeplar.ufmg.br).

del descenso del ritmo de crecimiento de la población y de los profundos cambios en su distribución por edad. Según las proyecciones más recientes, hasta la segunda década del próximo siglo, en Brasil se registrarán reducciones significativas de las tasas de dependencia, hecho que se constituye en una oportunidad *sui generis* de resolver, o por lo menos reducir, algunos de los enormes problemas sociales del país y de prepararse para los nuevos desafíos, siendo el más importante el del envejecimiento de la población. Este último proceso que, en suma, consiste en el aumento relativo de las personas más viejas, como consecuencia del descenso de la participación de los jóvenes en la población total, impondrá grandes transformaciones en la composición de las demandas sociales.

En el presente trabajo se analiza brevemente el concepto de envejecimiento; luego se presentan las tendencias de la evolución demográfica brasileña según sus cinco grandes regiones geográficas (véase el mapa 1), con particular énfasis en su proceso de envejecimiento; se examina, asimismo, el proceso brasileño en el contexto internacional; y, finalmente, se procura evaluar los posibles cambios en el volumen y composición de las demandas sociales, teniendo presente que el envejecimiento de la población exigirá una reorientación en diversas esferas de la sociedad —la familia, el sector privado y el gubernamental— en consonancia con las crecientes necesidades del segmento de la población mayor.

1. El concepto de envejecimiento

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

En las sociedades occidentales es común asociar el envejecimiento con la salida de la vida productiva por la vía de la jubilación; así, se considera viejos a quienes 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, en todo caso, es difícil caracterizar a una persona como vieja sobre la base de la edad como único criterio. Además este segmento, conocido como de la tercera edad, lo integran 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 y otros factores suelen ser expresivos (Parahyba, 1997). En los estratos de clase alta es común encontrar ancianos que aprovechan su jubilación para viajar, disfrutar de la convivencia familiar o, incluso, iniciarse en actividades profesionales a título de “hobby” o afición. Entre las clases menos favorecidas, frecuentemente el anciano se mantiene por más tiempo en el mercado de trabajo —y muchas veces de manera material y físicamente precaria— por razones de sobrevivencia.

La vejez, por otra parte, puede ser vista como un conjunto de limitaciones desde los puntos de vista biológico (fragilidad e invalidez), psicológico (reducción de las habilidades mentales) y de comportamiento (asociado al aislamiento) (Moreira, 1997). El uso de estos criterios para definir a un individuo como anciano resulta operacionalmente inviable, lo que deja como alternativa la variable edad. Ésta, a pesar de mostrarse como un indicador burdo e impreciso, es de gran utilidad para marcar las fases de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de una definición operacional simple para entender el fenómeno del envejecimiento de manera agregada.

En la población como un todo, el envejecimiento se da cuando la edad promedio del conjunto aumenta; al mismo tiempo, el proceso de envejecimiento de la estructura por edad puede verse desde dos perspectivas: por la base, al evaluar la disminución de la proporción de jóvenes, y por la cumbre, estimando la variación de la proporción de personas de mayor edad.

Entre las medidas de envejecimiento más usadas, están: la proporción de ancianos (mayores de 65 años), la razón de dependencia de ancianos⁴ y el índice de ancianos.⁵ Cada una de ellas presenta ventajas y limitaciones. En general, en este trabajo se utiliza la razón de dependencia, en primer lugar, porque interesa analizar aspectos ligados al gasto social; y en segundo lugar, porque facilita su asociación con la actividad económica y, de esta manera, permite efectuar comparaciones e inferencias más allá de las simplemente demográficas. Se usa, además, la proporción de ancianos y jóvenes, así como el índice de ancianos para ilustrar el proceso de envejecimiento.

2. Las transformaciones recientes: 1950-1996

Brasil, como ya se dijo en la introducción, durante las décadas de 1940, 1950 y 1960 registró un descenso importante de la mortalidad y una relativa estabilidad de la fecundidad, hecho que produjo una rápida elevación de la tasa de crecimiento demográfico. La estructura etaria experimentó transformaciones menores en comparación con los períodos posteriores (véase el cuadro 1).

A partir de la década de 1960, este panorama empezó a cambiar de manera significativa debido al descenso de los niveles de fecundidad. Esta transición, que se inició en las áreas desarrolladas y entre las clases de mayores ingresos, poco después se extendió hacia las otras áreas y clases. Las regiones sudeste y sur fueron las pioneras de este proceso y en los años setenta la transición alcanzó el centro-oeste. Con cierto atraso -en los años ochenta- pero con rapidez relativamente mayor, las regiones norte y nordeste también se integraron a esta transición de la fecundidad, por entonces ya generalizada (Wong, 1998).

En 1970, las mujeres brasileñas tenían, en promedio, 5.8 hijos; 10 años después, este valor había bajado a 4.3, vale decir, una reducción de 26%. A pesar de que Brasil en su conjunto ha mostrado en las últimas décadas una generalizada caída de los niveles de fecundidad, todavía existen diferenciales interregionales. Las regiones sudeste y sur alcanzaron durante los años noventa una situación próxima a la de reemplazo, mientras que el norte y el nordeste están todavía en niveles medios de fecundidad (véase el cuadro 2). Como estas últimas regiones iniciaron el proceso de transición de la fecundidad más tardíamente, es allí donde se dieron los mayores descensos de la tasa global de fecundidad (TGF) en los períodos 1980-1991 y 1991-1996.

Aunque este descenso no fue precedido de mejoras económicas entre los grupos sociales envueltos en el proceso, sus elementos determinantes, según varios estudios, estarían asociados a factores tales como: el aumento de la escolaridad, la creciente participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, la mayor conciencia respecto de los derechos de la mujer y el más amplio acceso a medios de comunicación de masa. Este último, entendido como sustituto (*proxy*) de exposición a los mensajes de modernidad y, por consiguiente, a la adopción de valores que propiciarían actitudes favorables a un tener un número reducido de hijos (Merrick, 1983; Faria, 1990; Wong, 1994). Entre los llamados elementos determinantes próximos, sin duda debe atribuirse un papel importante a la anticoncepción, particularmente por la vía denominada “esterilización precoz” (Silva y otros, 1990; Camarano, 1994; Perpétuo, 1995). Entre los países latinoamericanos, Brasil aparece entre los con más alto uso de anticonceptivos, caracterizándose por un patrón basado esencialmente en la anticoncepción hormonal y la esterilización femenina, esta última en más alta proporción (BEMFAM/DHS, 1997).

⁴ La razón de dependencia de ancianos (RDA) es la relación entre los mayores de 65 años de edad y los de 15-64 años; la razón de dependencia de jóvenes (RDJ) es la relación entre los menores de 15 años de edad y los de 15-64 años. La razón de dependencia total (RDT) es la suma de las dos anteriores.

⁵ El índice de ancianos se refiere al grupo de edad de 65 años y más con respecto al grupo menor de 15 años.

El descenso de la fecundidad ocasionó la reducción de la tasa de incremento de la población. En Brasil, ésta había crecido anualmente a razón de 2.9% entre 1960 y 1970, valor que bajó a 1.3% entre 1991 y 1996. Es importante notar, sin embargo, que la población aumenta a ritmos bastante diferentes según la edad. Los menores de 15 años, desde la década de 1960, vienen registrando las tasas más bajas, y en el período 1991-1996 su ritmo disminuyó a 0.6% al año. A su vez, el segmento de la tercera edad, continua presentando tasas positivas y, al mismo tiempo, valores significativamente altos (véase el cuadro 3). Es lógico que variaciones de tal magnitud en el ritmo de crecimiento de los distintos grupos de edad modifiquen profundamente la composición etaria de una población. Volviendo al cuadro 1, puede verse que, en 1960, 43% de los habitantes de Brasil era menor de 15 años y apenas 2.7% superaba los 65 años. En 1996, el grupo de los jóvenes se redujo a 32%, mientras que el de la tercera edad pasó a 5.4%. Aunque este último represente todavía una porción pequeña de la población, debe subrayarse su alto ritmo de crecimiento y las implicaciones sociales y económicas que su creciente participación conlleva. Sólo recientemente la sociedad ha empezado a percibir con mayor claridad sus impactos, preocupación surgida en especial a raíz de la necesidad de debatir las reformas del sistema de seguridad social.

Finalmente, cabe observar que si la reducción del ritmo de crecimiento de los grupos jóvenes se ha debido —sin duda— al descenso de la fecundidad, su aceleración entre las personas mayores de 65 años y su aumento proporcional han sido productos, también, de la prolongación de la sobrevida.

3. La evolución probable de la población brasileña según grandes regiones geográficas

Las consideraciones siguientes se basan en las proyecciones de Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR), que presuponen la continuación del proceso de descenso de la fecundidad ya citado.⁶ Para elaborar estimaciones hasta 2050, con vistas a configurar un probable panorama a largo plazo, en este ejercicio se adoptaron como constantes para el período 2020-2050 las funciones de mortalidad y fecundidad previstas para el período 2015-2020 y se asumió la ausencia de saldos migratorios regionales después de este quinquenio.

El resultado de esta simulación puede verse en el cuadro 4. Para Brasil en su conjunto se obtiene un aumento del segmento de la tercera edad, de 5% en 1995 a más de 8% en 2020, y una reducción de los jóvenes de 33% a 26% en el mismo período. Si se mantuvieran las tasas de fecundidad y mortalidad del período 2015-2020, el envejecimiento se consolidaría definitivamente: los jóvenes disminuirían a 20% de la población total y la participación de los adultos mayores se ampliaría a 16% en 2050. En el gráfico 1 puede observarse este proceso de envejecimiento a partir de las alteraciones de la estructura etaria que se vislumbran para las próximas décadas. Así, mientras en 1970 la forma de ésta era bastante piramidal, en 2025 la distribución por edades deberá volverse mucho más rectangular. Todas las regiones brasileñas, con pocas diferencias, tendrían perfiles similares. El sudeste y el sur registrarían las mayores proporciones de ancianos; el nordeste y el centro-oeste se encontrarían en posiciones intermedias, mientras que en el norte el proceso de envejecimiento no sería tan manifiesto.

En la población brasileña se producirá necesariamente una disminución de la razón entre sexos debido a los siguientes factores: i) el envejecimiento de la población causado por el descenso de la fecundidad; y ii) el aumento de la esperanza de vida al nacer, que será mayor en las edades más avanzadas y favorecería proporcionalmente más a las mujeres, de acuerdo con las previsiones.

⁶ Esta proyección, que abarca el período 1995-2020, supone: i) descenso irreversible de la fecundidad hasta llegar a niveles de reemplazo en torno de 2010; ii) continuación del descenso de la mortalidad en todas las regiones; y iii) migraciones internas diferenciadas por regiones, considerando las tendencias observadas hasta 1996. Para mayores detalles, véase CEDEPLAR, 1999.

El incremento mucho más significativo de la proporción de mujeres se dará, obviamente, entre las personas ancianas. Considerando el país como un todo, en 1995 había en el segmento de la tercera edad 82 hombres por cada 100 mujeres. En 2050, la relación probablemente será de 72 hombres por cada 100 mujeres (véase el cuadro 5).

El proceso será igual en todas las regiones: entre los ancianos, las mujeres superarían en número a los hombres; esto significa que el proceso de envejecimiento es principalmente femenino, hecho que no debe dejarse de lado al considerar las demandas de la población de la tercera edad.

Los cambios en la composición por edades repercuten, lógicamente, en las tasas de dependencia (véase el cuadro 6). Entre 1995 y 2020, la razón de dependencia total (RDT) se reduciría de 60% a 47% y, lo que es más, se alteraría su composición que, como se sabe, incluye a ancianos y jóvenes: en 1995, 87% de los dependientes eran jóvenes y 13%, ancianos; en 2020, estas participaciones llegarían a ser de 74% y 26%, respectivamente. Esta tendencia se daría en todas las regiones, con excepción del sur, donde a partir de 2015 se invertiría, mostrando un ligero aumento entre 2015 y 2020. Cabe notar que las más acentuadas disminuciones de la RDT corresponden al norte y nordeste. Esto se explica por el hecho de que tales regiones fueron las últimas en que se inició el proceso de transición de la fecundidad, como ya se ha dicho. Atendiendo a la composición de la RDT, en todas las regiones habría aumentos considerables de la razón de dependencia de ancianos (RDA) y reducciones de la razón de dependencia de jóvenes (RDJ).

Durante el período 2020-2050, Brasil registraría incrementos de la RDT, que alcanzaría a 55% en 2050. Si bien es cierto que estos valores se parecen a los anotados entre 1995 y 2000, su composición diferiría sustancialmente: esta vez jóvenes y ancianos tendrían pesos similares (véanse el gráfico 2 y el cuadro 6). En las regiones, con diferencias temporales, también aumentarían las razones de dependencia: la primera sería la región sur, seguida, en el mismo orden, por el sudeste y el centro-oeste (2020-2025), el nordeste (2025-2030), y el norte (2030-2035).

La reducción de la RDT en 2020 saca a luz la problemática de la reorientación de las inversiones 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 podrá resolver —ni aun minimizar— los problemas sociales que enfrenta la población brasileña. Pero sí constituye una gran oportunidad para intentar el rescate de parte de su "deuda social", antes de que las tasas de dependencia se eleven nuevamente. Por lo tanto, se deben definir prioridades, ejecutar acciones y emprender programas para promover ese bienestar.

4. El envejecimiento de la población brasileña en el contexto internacional⁷

A pesar de que Brasil ha experimentado una transición demográfica en apariencia similar a la de los países europeos, la velocidad del proceso ha sido sorprendentemente mayor, tanto en el caso de la mortalidad como de la fecundidad (Carvalho, 1998). Por este motivo, los impactos de la transición se están haciendo sentir mucho más rápidamente, sea que se considere la reducción del crecimiento de la población o su envejecimiento.

En 1990 había aproximadamente 5 300 millones de personas en el mundo, y 6.2% de ellas eran mayores de 65 años. Alrededor de 22% de la población mundial residía en los países más desarrollados (1 200 millones) y de ésta 13.5% correspondía a mayores de 65 años. El grueso de la población del globo (78%) vivía en países menos desarrollados, y los mayores de 65 años constituían un 4.4%. Debido a esta composición, el número de ancianos era bastante similar en los

⁷ En esta sección, con fines comparativos, se emplean datos de las proyecciones de las Naciones Unidas (variante media) (Naciones Unidas, 1998).

países más y menos desarrollados (154 millones y 181 millones, respectivamente). En 1995, Brasil tenía un número aproximado de 6.4 millones de adultos mayores (0.2% del total mundial).

Para las próximas décadas se prevé una alteración significativa de esta situación. En 2050 habrá en el mundo más de 9 000 millones de habitantes, de los cuales 15.1% serán mayores de 65 años; gran parte de éstos (80%) residirá en países menos desarrollados. Sólo en Brasil su número sería de más de 43 millones (3.1% del total mundial). En términos relativos, los países más desarrollados continuarán albergando a más ancianos: 24.7% de su población será mayor de 65 años, comparado con 13.8% en los países menos desarrollados; sin embargo, en números absolutos, estos últimos tendrían 1 100 millones de adultos mayores y los países más desarrollados sólo 287 millones. Así, en su caso se trataría de una cuestión de números relativos, pues sus poblaciones continuarán siendo las más envejecidas, pero en el de los menos desarrollados será, al mismo tiempo, una cuestión de números absolutos y relativos, ya que la proporción de ancianos crecerá muy rápidamente (véase el cuadro 7).

Como ya se mencionó, estos cambios en la estructura por edades incidirán en la razón de dependencia de Brasil. En 1990, la RDT era superior a la del promedio europeo (64.2% y 49.5%, respectivamente) y, además, difería en 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 se acercara al promedio mundial (62.6%), en el país el peso económico de los ancianos era mucho menor que en el resto del mundo. Debido a su rápida transición demográfica, la RDT de Brasil continuará disminuyendo a una velocidad incluso superior a la del promedio latinoamericano, pero también experimentará una elevación más acelerada en un momento posterior. De esa manera, al final del período (2050), es probable que el país presente una RDT más alta que el promedio de América Latina, debido a que su RDA será mayor (véanse los gráficos 3, 4 y 5). La situación de Brasil, sea que se considere la dependencia total o la correspondiente a los ancianos, en términos demográficos sería más ventajosa que, por ejemplo, la de Europa, ya que la población dependiente es relativamente mucho menor. Es importante recordar, sin embargo, que el país es considerablemente más pobre que los del continente europeo y que, por otra parte, a diferencia de éstos, en un breve período de tiempo su población pasará de joven a relativamente vieja.

Al comparar Brasil con los demás países de América Latina (véase el cuadro 8), se percibe la magnitud de su proceso de envejecimiento. En 1990, la razón de dependencia era relativamente baja (64.2) con respecto, por ejemplo, a las de Bolivia (81.2), Guatemala (94.6), Honduras (92.9), Nicaragua (95.3), y Paraguay (84.1). Cabe señalar que en estos países los jóvenes constituían la inmensa mayoría de los dependientes. La RDA, por otra parte, permite afirmar que Brasil se encontraba en una situación demográficamente favorable en comparación con países como Argentina (14.8), Chile (9.6), Cuba (12.2) y Uruguay (18.5). No obstante, al observar el último período de la proyección vemos que sólo Cuba presentaría RDT y RDA más altas que las de Brasil.

En relación con otros países, es evidente que la situación de Brasil se muestra demográficamente favorable si se considera la importancia de la RDA en el total de dependientes. En España, Francia y el Reino Unido esta representaba, en 1990, más de 40% de la RDT, y en Alemania e Italia, casi 50%. Hacia 2050, la gravitación de los ancianos continuará aumentando y corresponderá a la RDA más de 56% de la RDT europea. En los casos extremos, Italia y España, los adultos mayores constituirán 75% del total de dependientes. En Brasil, sin embargo, esta proporción sería inferior a 50%. Por otra parte, el desafío es más complejo si se considera la velocidad del proceso de envejecimiento, conjugada con las grandes magnitudes envueltas y la todavía relativamente alta RDJ.

El rápido ritmo de envejecimiento de la población brasileña puede visualizarse en el gráfico 6, que presenta la probable evolución del índice de ancianos⁸ (1950=100), que durante el período en cuestión (1950-2050), crecería 16 veces en Brasil; 14 en Japón; 8 en Italia y 4 en Estados Unidos.

En suma, estos datos muestran las dimensiones del proceso de envejecimiento en Brasil, su velocidad y sus manifestaciones durante el próximo siglo; resaltan esencialmente la urgencia de tomar medidas para enfrentar este desafío demográfico. Teniendo presente la magnitud de este fenómeno, la sociedad brasileña necesita redefinir las políticas dirigidas a los ancianos, principalmente en las áreas de la salud y la seguridad social. Finalmente, vale recordar que la visión no puede limitarse al segmento de los ancianos, pues el bienestar de éstos será mañana responsabilidad de los jóvenes de hoy.

5. Cambios en la dinámica demográfica brasileña y sus efectos en la demanda de algunos servicios sociales por parte de la población joven y de la tercera edad

La certeza de que en Brasil se producirá un descenso de la 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 los servicios sociales que atienden a niños y jóvenes, y de prepararse para el gran desafío planteado por el rápido e irreversible proceso de envejecimiento demográfico.

En su primera fase, con una RDT en progresivo descenso, la sociedad debería prestar mayor atención a las necesidades nutricionales, educacionales y de salud —entre otras— de la infancia y la juventud. Además, dado el cambio en la composición de la RDT, es importante destacar que surgirán nuevos retos debido al rápido proceso de envejecimiento de la población, lo que traerá consigo grandes transformaciones de las demandas sociales. En la segunda fase, el envejecimiento tenderá a presionar cada vez más los sistemas de salud y de seguridad social. Evidentemente, dada la velocidad de este fenómeno, se hace necesario reformular estos sistemas a fin de garantizar su adecuado funcionamiento en calidad y cantidad.

Si bien este proceso se inició en el pasado reciente, básicamente al caer la fecundidad, su intensidad se agudizará durante las próximas décadas debido al rápido crecimiento de la proporción de personas mayores de 65 años de edad, cuyas posibilidades de sobrevivida, como se sabe, han venido aumentando. Estos cambios en la estructura de edad inciden en las relaciones intergeneracionales, si se considera, al mismo tiempo, el creciente peso de la tercera edad con respecto a la población activa y la sociedad en su conjunto, y la participación cada vez menor de los niños y jóvenes de hasta 15 años de edad.

A nivel familiar, el continuo descenso de la fecundidad, como ya señalaba Caldwell (1982) al replantear la transición demográfica, facilita la asignación, en promedio, de un mayor monto de recursos y cuidados a los niños. Desde el punto de vista público-gubernamental, la reducción de la RDJ abre una buena oportunidad para implantar una política que impulse la universalización de la enseñanza básica y secundaria. No obstante, hay que recordar dos consideraciones: primero, aun cuando en Brasil como un todo se produzcan reducciones del contingente de niños y jóvenes, habrá regiones, como el norte y el centro-oeste, en las que este segmento aumentará en números absolutos (véase el cuadro 9). Segundo, la cobertura de los servicios educativos o de salud aún está lejos de ser satisfactoria.

Así, además de constituir un período propicio para ampliar cuantitativamente los servicios destinados a la infancia y la juventud, no se puede perder de vista que también es un momento

⁸ Relación entre la población de 65 años de edad y más y la población menor de 15 años.

excelente para mejorar la calidad de esos servicios. Este avance cualitativo, principalmente en el área de la educación, constituye una inversión fundamental para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población, teniendo presente que, como ya se mencionó, los que ahora son niños y jóvenes se convertirán en la población en edad activa de las próximas décadas, la que generará el ingreso necesario para sustentar el bienestar de un número cada vez mayor de ancianos.

Los cambios en el comportamiento que han conducido a una fecundidad más baja son, al mismo tiempo, responsables de las transformaciones de la demanda de servicios conexos. Por ejemplo, si la baja de la fecundidad está asociada al aumento de la participación femenina en la fuerza de trabajo, incluso con un menor número de hijos por mujer, la demanda de servicios para la infancia, como guarderías y educación preescolar, tenderá a incrementarse en algunos sectores. Por otra parte, la acentuada disminución de la fecundidad también contribuye a ampliar la oportunidad de mejorar notablemente la calidad de vida de la infancia. Esto se debe, en primero lugar, a que es posible prever aumentos de la edad de matrimonio y de inicio de la procreación (Perpétuo y Wong, 1999), así como una conjunción más favorable entre los gastos escolares y el ciclo de vida e ingresos de los padres, dado que al nacer los hijos, las parejas se encuentran ya en una fase más estable de su carrera profesional y la fecundidad puede ser mejor planeada. En segundo lugar, debido a esa misma disminución de la fecundidad, el intervalo entre nacimientos se amplía, lo que facilita la distribución de los recursos entre los hijos (Carvalho y Wong, 1995).

Los ancianos, a su vez, probablemente representarán alrededor de 16% de la población brasileña en 2050 (véase el cuadro 4). En términos absolutos, los mayores de 65 años, que en la actualidad bordean 8 millones, serán 38.5 millones en 2050 (CEDEPLAR, 1999). Ese significativo aumento en números absolutos probablemente transformará a este segmento en la mayor fuente de crecientes demandas sociales. Además, es importante destacar que, a partir de la segunda década de próximo siglo, la razón de dependencia volvería a elevarse, lo que traerá preocupaciones adicionales respecto de las necesidades de los adultos mayores. Quienes serán ancianos en las primeras décadas de próximo siglo fueron los responsables de la disminución de la fecundidad, de modo que el papel de la familia en cuanto a proporcionarles bienestar material y psicológico recaerá en un número muy reducido de hijos. Una forma de minimizar esta presión sería incentivar la creación de instituciones de apoyo al anciano, sea mediante actividades de recreación y descanso, o la ampliación del número de casas de retiro o asilos. Desde el punto de vista social, los gastos tenderán a aumentar, pues habrá que destinar más recursos a la seguridad social y también porque los servicios de salud para personas de la tercera edad suelen ser mucho más caros que aquellos que atienden a los demás grupos.

Teniendo en vista los cambios en la estructura etaria de Brasil, en las próximas décadas también debería transformarse su perfil de morbi-mortalidad, independientemente de la transición epidemiológica ahora en curso. De modo general, el envejecimiento de la población hace aumentar la importancia relativa de las enfermedades crónico-degenerativas, por lo que el proceso tenderá a tener un fuerte impacto sobre los gastos en el área de la salud. Esto ocurre porque el gasto per cápita en salud para los ancianos es mucho más elevado debido a que el tratamiento de las enfermedades que más los aquejan tiene un alto costo en equipamiento, medicina y personal especializado. Además, a diferencia de las enfermedades típicas de la infancia, gran parte de las afecciones más frecuentes en la tercera edad requieren períodos de internación relativamente más largos y costosos. Aun en contextos de subdesarrollo, con servicios de salud precarios, esto se comprueba a través del costo unitario del manejo de servicios hospitalarios o ambulatorios. El gasto relacionado con la diabetes o la hipertensión, enfermedades típicas de la tercera edad, puede triplicar con creces el que demandan afecciones como la diarrea o la neumonía, típicas de la niñez (Arredondo, 1999). De esta manera, la sociedad debe invertir en la ampliación de programas de control arterial, de alcoholismo y tabaquismo, al igual que en servicios para el diagnóstico precoz de enfermedades, como una forma de reducir los gastos en el sector de la salud, sin perjuicio de adoptar también medidas de

prevención y saneamiento con vistas a disminuir la morbilidad-mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Respecto de los gastos en seguridad social, se puede prever una gran expansión del volumen de beneficios demandados, dado el incremento del número de personas de la tercera edad. Sin embargo, la cuestión no se limita a las magnitudes absolutas, pues también su proporción con respecto a la fuerza de trabajo es de extrema relevancia. Recientemente la sociedad ha tomado mayor conciencia de la necesidad de alternativas para garantizar a las generaciones futuras un sistema sólido de jubilación y pensiones, pues el ahora vigente, sistema, tal como está estructurado, es poco viable en un futuro cercano. En otras palabras, urge reflexionar acerca del imperativo de reformular completamente estos esquemas para asegurar los beneficios de las futuras generaciones de ancianos.

Además de proveer una mejor seguridad social a la población, es muy importante buscar un ajuste de las cuentas de este sistema, pues así habrá más recursos para invertir en educación, salud, asistencia social, infraestructura y otros servicios que benefician a toda la población. Para esto, hay que considerar que el actual sistema de jubilación brasileño se basa en el principio de repartición simple; en este régimen, la estructura de edades es más importante que la esperanza de vida. De lo que se deriva que las transformaciones por las cuales dicha estructura está pasando plantean grandes desafíos al actual sistema de seguridad social. Éste, por ser extremadamente liberal en lo formal, no está en condiciones de atender a las necesidades futuras de las crecientes generaciones de ancianos, a menos que se le introduzcan reformas profundas.

Otro aspecto que hoy adquiere importancia se relaciona con el crecimiento del mercado informal, que correlativamente disminuye el número de contribuyentes con respecto al de beneficiarios, agravando aún más la situación. De acuerdo con Ornélas (1998), esta relación, que fue de 10 a 1, se acerca peligrosamente, en Brasil en su conjunto, a la inestable relación de 1 a 1. Además, cabe recordar que la mayor longevidad de la población, producto de la mejoría de las condiciones de vida, presionará aún más el sistema.

6. Consideraciones finales

Como se mostró 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, en particular aquellos que afectan a la población joven. En una segunda fase, el significativo envejecimiento de la población requerirá nuevos arreglos sociales, especialmente en el caso de la seguridad social.

El peligro derivado de la circunstancia, demográficamente positiva, que crea la disminución de las razones de dependencia, es que se use como argumento para reducir el gasto en el área social, principalmente aquel destinado a la infancia y la juventud. En realidad, la cuestión es diametralmente opuesta. La sociedad debe aprovechar esta circunstancia para ampliar sus gastos, en especial en educación, con vistas a calificar a las generaciones futuras para un mercado de trabajo en transformación y cada vez más exigente, porque serán precisamente ellos los responsables de generar el ingreso necesario para sustentar el bienestar de una creciente proporción 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 el corto plazo.

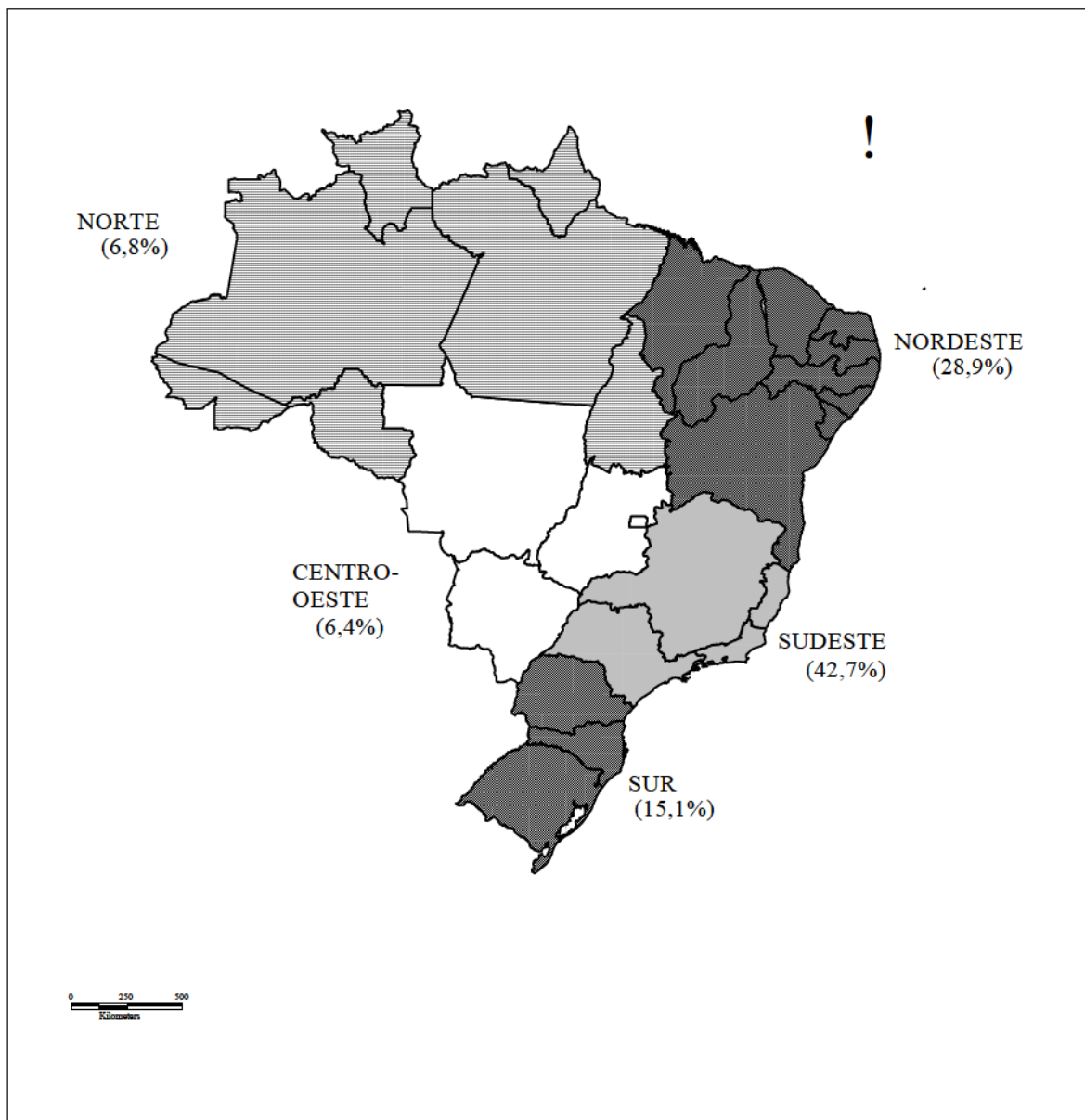
Con respecto a la tercera edad, sus demandas aumentan progresivamente, en especial porque contingentes cada vez más amplios están exigiendo servicios de salud. Esto presiona el sistema de seguridad social y se necesitarán más instituciones de apoyo. La creciente longevidad de los adultos mayores también debe analizarse cuidadosamente, porque se perfila un gran desafío: la posibilidad de que la esperanza de vida experimente importantes prolongaciones sin que a la vez mejore la

calidad de vida o que ésta incluso se deteriore. Finalmente, los cambios en el perfil etario de la población exigen una reorientación de las políticas públicas a fin de adaptar la distribución de los recursos a la nueva realidad de las demandas sociales.

Bibliografía

- Arredondo, A. (1999), Costos y consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico en México. En: *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*. El Colegio de México, pp. 147-162.
- BEMFAM, Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) (1997), *Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM; Macro International, p. 180.
- Caldwell, J. C. (1982), *Theory of fertility decline*. London: Academic Press Inc.
- Camarano, A. A. (1994), “Os determinantes próximos da fecundidade nordestina: uma análise agregada”. En : BEMFAM, DHS: Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no nordeste. Rio de Janeiro : BEMFAM; DHS, pp. 37-567-553.
- Carvalho, J.A.M. (1978), *Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1960/1970*. Cedeplar, Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Carvalho, J.A.M., S.M.G. Pinheiro (1986), *Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1970/1980*. Cedeplar, Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Carvalho, J.A.M. (1998), “The demographics of poverty and welfare in Latin America: challenges and opportunities”. En: Tokman, V.E., G. O'Donnell, (ed.), *Poverty and Inequality in Latin America: Issues and New Challenges*, University of Notre Dame Press.
- Carvalho, J.A.M., L. R. Wong (1995), *A window of opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid decline in Brazil*, Cedeplar, Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.
- CEDEPLAR (1999), *Projeção Populacional por sexo e grupos de idades quinquenais, das Unidades da Federação, Brasil, 1990-2020*. Belo Horizonte (mimeo). Trabajo realizado en el marco del proyecto “Dinâmica Demográfica, Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas” (PRONEX/CEDEPLAR/UFMG, 41/96/0892).
- Faria, V. y J.E. Potter (1990), *Development, Government, Policy, and Fertility Regulation in Brazil*. Texas Population Research Paper N° 12.02. Austin: University of Texas.
- Merrick, T. y E. Berquó (1983), *The determinants of Brazil's rapid decline in fertility*. Washington, D.C., National Academy of Science Press, p. 241.
- Moreira, M.M. (1997), *Envelhecimento da população brasileira*. CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte. Tesis de doctorado.
- Naciones Unidas (1998), *World Population Prospects. The 1996 Revision*. New York, United Nations.
- Ornélas, W. Previdência (1998), Reforma Essencial, Página web del Ministerio de Previsión y Asistencia Social. Artículo publicado en el diario El Globo.
- Parahyba, M. I.C.A. (1998), “Evolução da mortalidade dos idosos”. En: *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu. Brasil.
- Perpétuo, I.O. (1995), *Esterilização Feminina: a experiência da Região Nordeste, 1980-91*. Tesis de doctorado, CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte, Brasil.
- Perpétuo, I.O., L. R. Wong, (1999), Long-term perspectives on Brazilian fertility levels, CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte (mimeo).
- Silva, N. do V., M. A., Henriques, A. Souza (1990), *An Analysis of the Reproductive Behaviour in Brazil*. DHS Further Analysis Series N. 6.
- Wong, L. R. (1998), A fecundidade das regiones Norte e Nordeste. Tendências recentes e perspectivas com base nas preferências reprodutivas. Documento presentado al “Encontro Nordeste – Norte de Estudos Populacionais”, Recife, Brasil.

Mapa 1
BRASIL: REGIONES Y PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL, 1991



Fuente: IBGE, Censo Demográfico, 1991 y Red Digital de Brasil, 1995.

Nota: Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por Naciones Unidas.

Cuadro 1

**BRASIL: POBLACIÓN, PARTICIPACIÓN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD
Y TASAS MEDIAS ANUALES DE CRECIMIENTO, 1940-1996**
(En miles de personas y porcentajes)

Años	0-14	%	15-64	%	65 y más	%	Total	Tasas de crecimiento (%)
1940	17 500	42.6	22 619	55.0	980	2.4	41 099	—
1950	21 658	41.8	28 857	55.7	1 268	2.4	51 783	2.3
1960	29 903	43.2	35 966	54.1	1 918	2.7	70 070	3.0
1970	39 206	42.1	51 001	54.8	2 931	3.1	93 138	2.9
1980	45 511	38.2	68 715	57.7	4 776	4.0	119 001	2.5
1991	50 988	34.7	88 751	60.4	7 086	4.8	146 826	1.9
1996	49 539	31.6	98 723	63.0	8 406	5.4	156 669	1.3

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

Cuadro 2

**BRASIL: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD Y VARIACIÓN
RELATIVA, 1980-1996**

Regiones	Año			Variación relativa (%)	
	1980	1991	1996	1980-1991	1991-1996
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 y Pinheiro (1986), CEDEPLAR (1999).

Cuadro 3
BRASIL: TASAS DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL
SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 1940-1996
(En porcentajes)

Períodos	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
BRASIL: DISTRIBUCIÓN RELATIVA POR EDADES, SEGÚN 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

**BRASIL: RAZONES ENTRE SEXOS SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD
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).

Cuadro 6

**BRASIL: RAZONES DE DEPENDENCIA DE JÓVENES (RDJ), ANCIANOS (RDA)
Y TOTAL (RDT), POR 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 Y RELATIVA Y RAZONES DE
DEPENDENCIA, ÁREAS SELECCIONADAS, 1990-2050**

(En miles de personas y porcentajes)

Período	0-14		65 y más		Total	RDJ	RDA	RDT
	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)				
Mundo								
1990	1 706 185	32.3	327 503	6.2	5 282 306	52.6	10.0	62.6
2000	1 827 405	30.0	414 212	6.8	6 091 351	47.5	10.8	58.2
2050	1 920 178	20.5	1 414 375	15.1	9 366 724	31.8	23.4	55.3
Regiones más desarrolladas								
1990	236 513	20.6	154 996	13.5	1 148 119	31.3	20.5	51.7
2000	217 219	18.3	168 553	14.2	1 186 990	27.1	21.0	48.1
2050	197 496	17.0	286 950	24.7	1 161 741	29.2	42.4	71.5
Regiones menos desarrolladas								
1990	1 471 771	35.6	181 904	4.4	4 134 187	59.3	7.3	66.7
2000	1 608 630	32.8	245 218	5.0	4 904 360	52.7	8.0	60.8
2050	1 723 046	21.0	1 132 288	13.8	8 204 983	32.2	21.2	53.4
Europa								
1990	148 074	20.5	91 012	12.6	722 314	30.7	18.9	49.6
2000	128 362	17.6	106 482	14.6	729 328	25.8	21.5	47.3
2050	103 289	16.2	164 497	25.8	637 585	27.9	44.6	72.5
América Latina y el Caribe								
1990	157 177	35.9	20 578	4.7	437 820	60.5	8.0	68.5
2000	161 097	31.3	27 793	5.4	514 688	49.5	8.6	58.1
2050	162 897	20.1	135 342	16.7	810 433	31.9	26.5	58.4
Brasil								
1990	51 505	34.8	6 364	4.3	148 002	57.1	7.1	64.2
2000	47 546	28.1	8 799	5.2	169 202	42.1	7.8	49.9
2050	48 165	19.8	43 543	17.9	243 259	32.0	28.9	60.9

Fuente: Naciones Unidas (1998).

RAZONES DE DEPENDENCIA TOTAL DE JÓVENES Y DE ANCIANOS POR REGIONES Y PAÍSES SELECCION

	1990			2000			2010			2020			2030			2040		
	RDU	RDA	RDT	RDU	RDA	RDT	RDU	RDA	RDT	RDU	RDA	RDT	RDU	RDA	RDT	RDU	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	54.4
África	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	51.1
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	52.2
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	66.6
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	54.4
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	65.5
Oceanía	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	59.9
Brasil	57.1	7.1	64.2	42.1	7.8	49.9	36.3	9.3	45.6	34.2	12.8	47.0	32.0	18.2	50.2	31.6	23.1	54.4
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	55.5
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	48.8
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	59.9
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	54.4
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	54.4
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	74.4
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	54.4
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	51.1
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	50.5
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	47.7
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	54.4
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	47.7
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	55.5
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	48.8
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	56.6
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	50.5
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	51.1
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	56.6
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	52.2
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
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	65.5
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	72.2
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	86.6
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	78.8
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	74.4
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	70.0

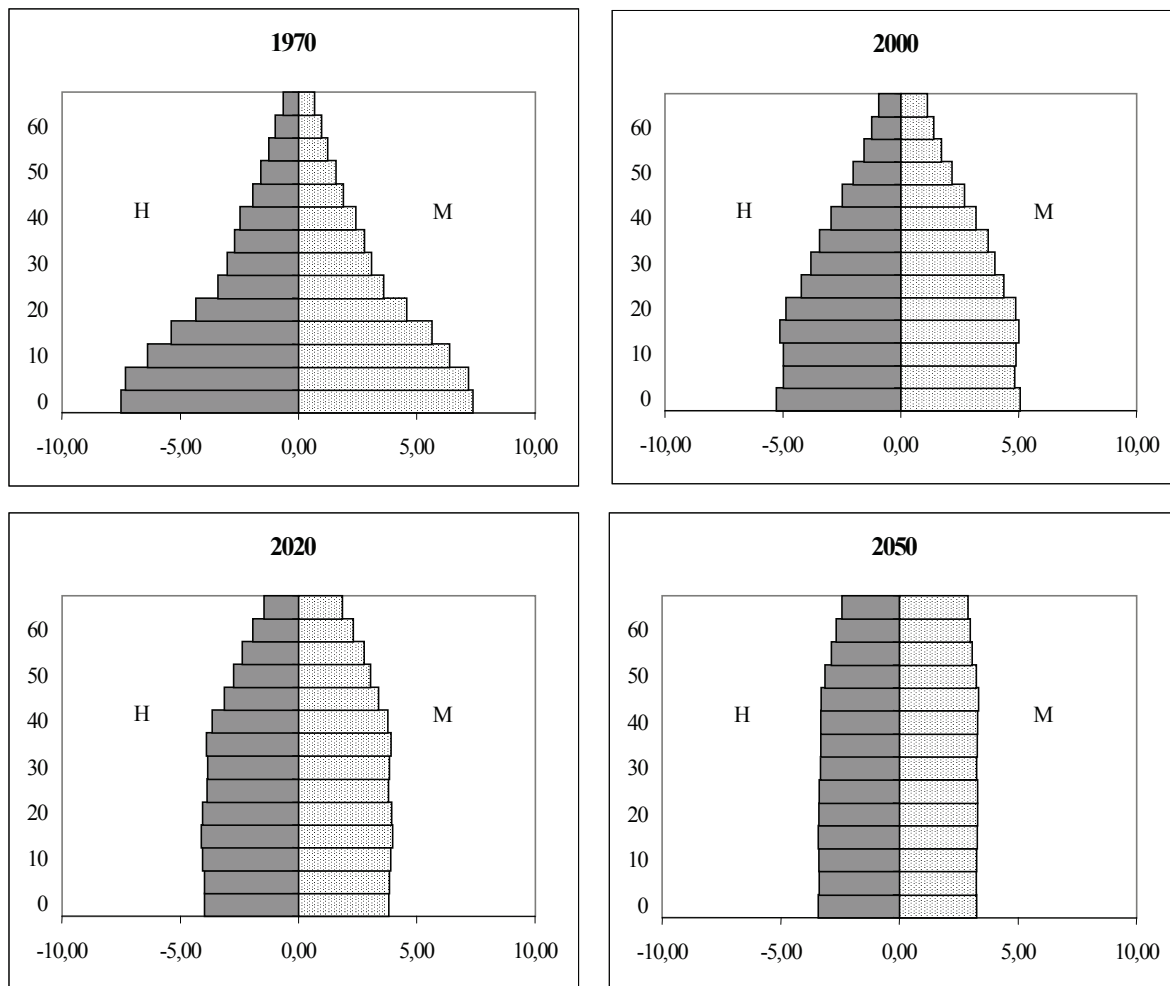
Fuente: INE

Cuadro 9
BRASIL: POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD
Y REGIONES, 1995-2050
(En miles de personas)

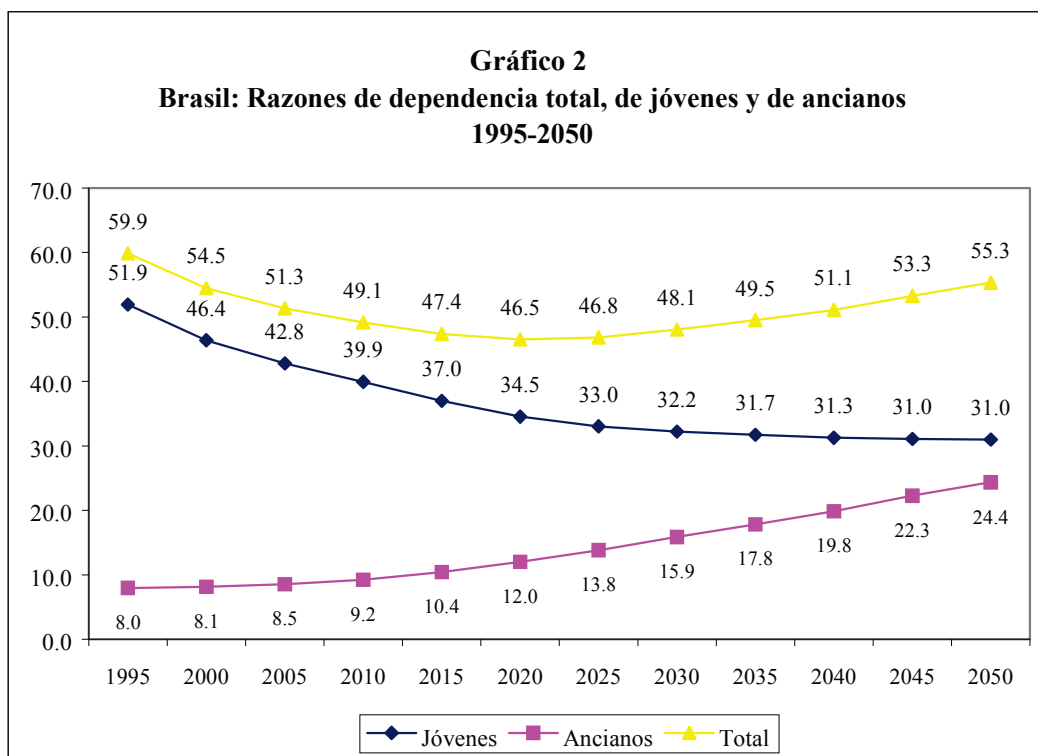
	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Brasil												
0-14	50 755	50 548	50 956	51 220	50 624	49 795	49 455	49 467	49 582	49 454	49 203	48 979
15-64	97 755	109 024	119 135	128 329	136 846	144 205	149 751	153 680	156 444	158 189	158 466	158 214
65 y más	7 787	8 849	10 178	11 831	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).

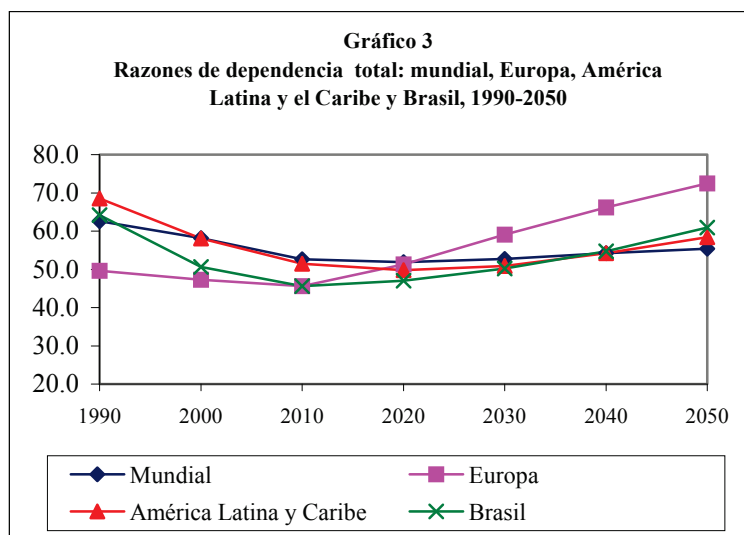
Gráfico 1
Brasil: Distribución relativa de la población por sexo y edad, 1970-2050



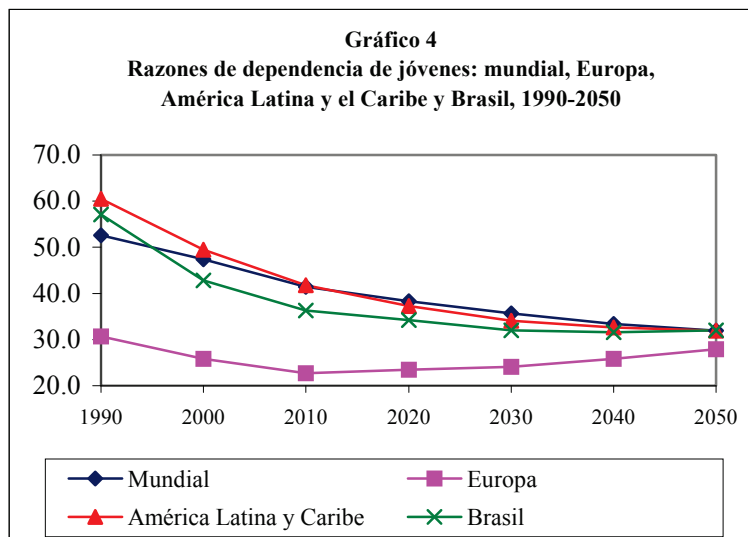
Fuente: IBGE, Censo Demográfico (1970). CEDEPLAR (1999).



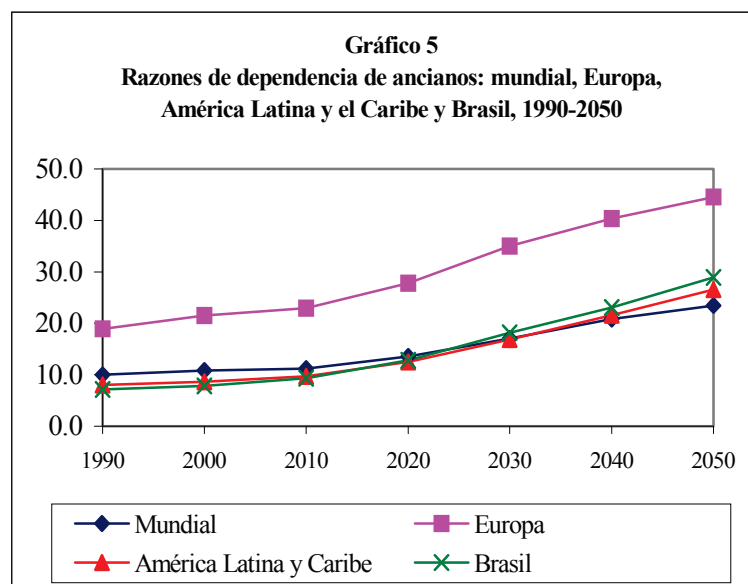
Fuente: CEDEPLAR (1999).



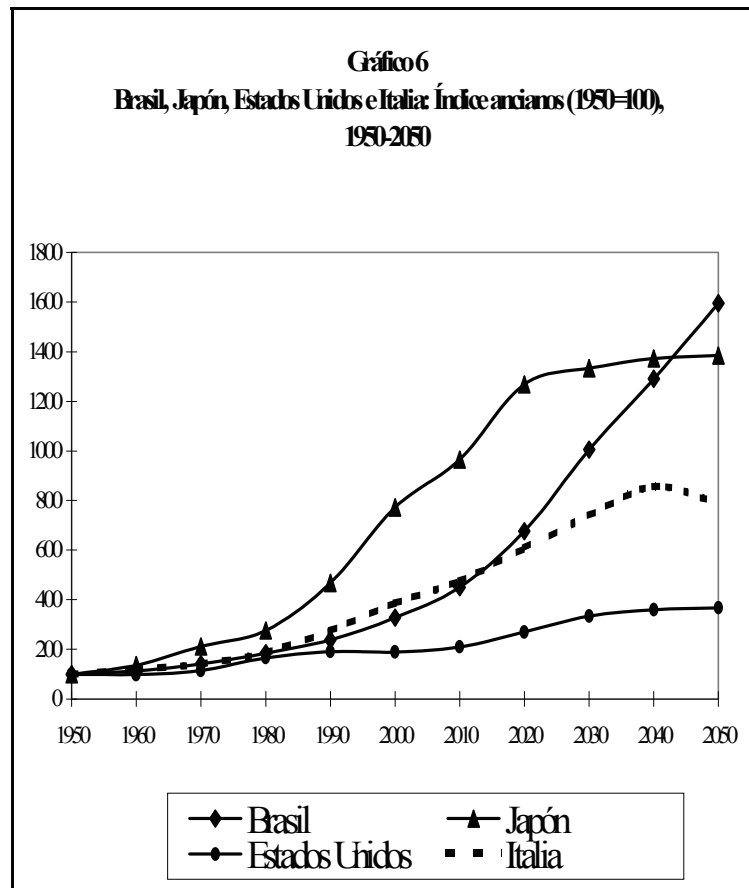
Fuente: Naciones Unidas (1998).



Fuente: Naciones Unidas (1998).



Fuente: Naciones Unidas (1998).



Fuente: Naciones Unidas (1994); Moreira (1997).

Características y perspectivas del envejecimiento de la población en un país con una transición demográfica avanzada: el caso de Italia

Antonio Golini¹

1. La situación demográfica de Italia

Italia es uno de los países del mundo cuyas estructuras demográficas se están modificando más aceleradamente. Pueden observarse dos fenómenos simultáneos: un aumento notable de la longevidad y una disminución de la tasa de fecundidad sin precedentes en la historia de la humanidad. Así, además de elevarse, la cúspide de la pirámide de edades está cada vez más poblada por personas que llegan a una edad avanzada y la base se está estrechando a raíz de la caída acelerada de las tasas de fecundidad. Esto trae aparejado un proceso de envejecimiento de la población muy rápido e intenso. Además, la necesidad de realizar ajustes dinámicos y profundos de las estructuras sociales, económicas, culturales y psicológicas está produciendo enormes tensiones en la sociedad. Una de las principales dificultades radica en que este proceso de envejecimiento global

¹ Profesor de demografía y Director, Universidad de Roma La Sapienza, Departamento de Ciencias Demográficas (golini@dsd.sta.uniroma1.it).

—de las personas, las familias, la población en general y las subpoblaciones— no tiene precedentes en la historia de la humanidad. Como Italia constituye la vanguardia en esta tendencia no puede recurrir a ninguna experiencia anterior, salvo en lo que se refiere a algunos aspectos menores.

El efecto combinado de la prolongación de la esperanza de vida y de la disminución de la tasa de fecundidad han convertido a Italia, conforme a las fuentes estadísticas más recientes y confiables, en el país más viejo del mundo, no sólo porque posee la mayor proporción de personas de 60 años o más (véase el cuadro 1), sino porque la proporción de personas de menos de 15 años de edad es la más baja (véase el cuadro 2). En lo que respecta al envejecimiento de la población, la situación de varios países se asemeja a la de Italia, de modo que hoy día este problema ha sido reconocido por primera vez, no sólo por los diversos gobiernos sino también por los foros internacionales. Este tema se incluyó en el programa de una de las últimas reuniones cumbre del Grupo de los Siete (G7) —los siete países más industrializados del mundo, ahora denominado G8, tras la incorporación de Rusia— celebrada en Denver en junio de 1997. También se incorporó en las "medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo", aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en julio de 1999.

Como se ha señalado, Italia es un país en el que el proceso de envejecimiento de la población es *extremadamente rápido*. Este factor, más que cualquier otro, dificulta la ordenación del proceso de envejecimiento pues significa que el país debe ser capaz de adaptar sus estructuras con igual rapidez. Cabe señalar como ejemplo el hecho de que en 1994 el número de personas de más de 65 años de edad superó al de las personas menores de 15 años (véase el cuadro 2). En cambio, se estima que en el Reino Unido, por ejemplo, esto ocurrirá aproximadamente en el año 2009 y en los Estados Unidos cerca del año 2024. Por lo tanto, en estos dos países la evolución de los grupos de población de más y menos edad será mucho más gradual y, por ende, dispondrán de más tiempo para tomar conciencia de la nueva situación demográfica y adaptarse a ella.

Esta transformación demográfica puede atribuirse a dos triunfos notables que se han consolidado desde hace varios años: El uso generalizado y adecuadamente regulado de los métodos anticonceptivos para evitar los nacimientos no deseados² y el éxito en la lucha contra las muertes prematuras³ han permitido que Italia logre una tasa de fecundidad extremadamente reducida y un aumento en gran escala de la longevidad, como lo demuestra claramente el cuadro 3, en el que se indican los datos de los países de mayor población de la Unión Europea.

² Según la última encuesta sobre fecundidad realizada en Italia (1995-1996), más del 90% de las mujeres en edad de concebir utilizan algún tipo de método anticonceptivo.

³ Según la última tabla de vida (1995), el 80% de los fallecimientos de mujeres se producen después de los 74 años de edad mientras que en la población femenina real este porcentaje se alcanza después de los 70 años de edad (las mujeres de más de 70 años constituyen el 25% de la población).

Cuadro 1
PROYECCIONES DEL PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 60 Y MÁS
AÑOS DE EDAD Y DE LA EDAD MEDIANA, 2000

	Porcentaje de la población de 60 o más años de edad	Edad mediana (en años)
Italia	24.2	40.6
Grecia	23.9	39.4
Alemania	23.2	40.0
Japón	23.1	41.2
Reino Unido	21.0	38.2
Rusia	18.5	36.7
Estados Unidos	16.4	35.8
Argentina	13.3	27.8
Chile	10.2	28.3
China	10.1	30.0

Fuente: División de Población, 1999a (variante media).

Cuadro 2
PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN TOTAL, PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN MENOR
DE 15 AÑOS Y DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD Y TASA DE ENVEJECIMIENTO, 2000

(En porcentaje)

	Población total (en millones de personas)	Porcentaje		Tasa de envejecimiento
		menores de 15 años	65 años y más	65+/ $<15^*$
Italia	57.3	14.3	18.2	128
Grecia	10.6	14.9	17.9	120
Alemania	82.2	15.5	16.4	106
Japón	126.7	14.8	17.1	115
Reino Unido	58.8	18.8	16.0	85
Rusia	146.9	18.2	12.5	69
Estados Unidos	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

Fuente: División de Población, 1999a (variante media).

* 65+/ <15 : cociente entre el porcentaje de las personas de 65 y más años y el de las personas de 15 años de edad.

Cuadro 3
PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER (TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD) Y ESPERANZA
DE VIDA AL NACER EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS (1960-1997)

País	Tasa global de fecundidad			Esperanza de vida					
	1960	1980	1997	Hombres			Mujeres		
	1960	1980	1997	1960	1980	1997	1960	1980	1997
Reino Unido	2.71	1.90	1.71	67.9	70.2	74.3 ^a	73.7	76.2	79.5 ^a
Alemania	2.37	1.56	1.32 ^a	73.0 ^b	79.5 ^b
Francia	2.73	1.95	1.71	66.9	70.2	73.6 ^c	73.6	78.4	81.7 ^c
España	2.86	2.20	1.15	67.4	72.5	74.4	72.2	78.6	81.5
Italia	2.41	1.64	1.22	67.2	70.6	74.6 ^d	72.3	77.4	81.0 ^d

Fuente: Oficina de Estadística de la Unión Europea, 1996 y 1998; Consejo de Europa, 1998.

^a 1996; ^b 1993-1994; ^c 1995 fuente para Italia: Instituto Nacional de Estadística).

La evolución demográfica de España es similar a la de Italia, pero aún más acelerada. La tasa de fecundidad en ese país es menor que la de Italia, pero como la declinación se inició más tarde ha sido aún más rápida. La velocidad e intensidad de esta declinación son el resultado complejo de varios factores, pero, al igual que es Italia, están vinculadas estrechamente con la emancipación de la mujer, resultante principalmente del aumento pronunciado de los niveles de educación y de empleo.

En Italia, hace muy pocos años que los políticos, las clases dominantes (Monorchio, 1996) y el público en general (Bonifazi, Mennitti y Palomba, 1996) han tomado plena conciencia de que los niveles de fecundidad son sumamente bajos. Los demógrafos no son los principales responsables de esta situación, ya que hace varios años comenzaron a alertar sobre este tema (véase, por ejemplo, Golini, 1979 y 1989). Las causas más importantes son la profunda crisis del sistema de atención social y la necesidad urgente de reformar el sistema de seguridad social.

Las tasas de fecundidad están disminuyendo en todo el mundo. Como se puso de relieve en una conferencia de las Naciones Unidas celebrada en 1997, actualmente no menos del 44% de la población mundial registra niveles de fecundidad inferiores a lo que se conocen como umbral de reemplazo: esto significa que, en promedio, las parejas tienen menos de dos hijos, es decir, el número necesario para reemplazar a los padres en el ciclo generacional. Si se clasifican los países en orden creciente de tasa de fecundidad, Italia y España ocupan los dos primeros lugares, seguidos de cerca por otros países del Mediterráneo, Alemania, varios países bálticos y de Asia. En todos esos países, el número de hijos por pareja oscila entre 1.1 y 1.4, por lo que, teóricamente, la reducción de la población podría ser del 40% cada 30 años aproximadamente.

La perspectiva de que se produzca una reducción tan drástica de la presión demográfica sobre el ecosistema llena de alegría a los ambientalistas. Pero, a su vez, una disminución de la población tiene un costo demográfico. Cuanto más rápida la caída, tanto más rápido e intenso es el proceso de envejecimiento de las familias, de la fuerza de trabajo y de la población y tanto mayor el número de muertes que el de nacimientos.

Si focalizamos el análisis en un período de 30 años (los últimos y los próximos 15 años) —lo que en términos demográficos no es otra cosa que el intervalo entre una generación y la siguiente, es decir, un tiempo extremadamente breve— vemos que el número de muertes supera el de los nacimientos por un margen aún mayor. El Instituto Italiano de Demografía (ISTAT) estima que en el año 2012 en Italia podrían producirse 473 000 nacimientos y 651 000 muertes (para el año 2050 se estima que estas cifras serán de 319 000 y 814 000, respectivamente). Si partimos de la situación de equilibrio aproximada actual (en 1997 se registraron en Italia 540 000 nacimientos y 565 000 muertes), los flujos naturales de entrada y salida que se producirán en la población desembocarán, inevitablemente, en un grave desequilibrio que sólo se compensará, en parte, por las migraciones.

En los próximos 15 años, en Italia ocurrirá lo siguiente (véase el cuadro 4):

- la población total podría aumentar o disminuir ligeramente en una cifra total de 1.7 millones de personas (a razón del 0.2% anual), según las tasas de fecundidad futuras (y las tendencias migratorias). Sin embargo, en esta pequeña variación global subyacen enormes diferencias estructurales - *el número de personas menores de 60 años de edad probablemente disminuya en 2.6 millones y el número de personas de 60 y más años de edad probablemente aumente en la misma cifra*. Más concretamente:

- en razón de los niveles de fecundidad futuros, el número de personas de menos de 20 años de edad seguirá disminuyendo —la inercia demográfica contribuirá a que ello ocurra; la declinación será leve (868 000) si la tasa de fecundidad aumenta ligeramente y será abrupta (2.1 millones de personas) si la tasa de fecundidad se mantiene constante. Si esta tasa aumenta apreciablemente, se podría registrar un ligero aumento (258 000) en este segmento de la población, pero en el período de 30 años en su conjunto (1982-2012) caería de 16.7 a 12.0 millones;

Cuadro 4

**DINÁMICA DEMOGRÁFICA CALCULADA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD EN LOS ÚLTIMOS
15 AÑOS Y PROYECTADA PARA LOS PRÓXIMOS 15 AÑOS SOBRE LA BASE
DE LAS TRES HIPÓTESIS DE FECUNDIDAD. ITALIA, 1982-2012**

Grupos de edad	Población (en miles de personas)			Variación (en miles de personas)	
	1982	1997	2012	1982-1997	1997-2012
0-19	16,746	11,786	9,701 B 10,918 C 12,044 A	- 4,960	- 2,085 - 868 + 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
Total	56,524	57,349	55,594 B 57,309 C 59,010 A	+ 825	- 1,755 - 40 + 1,661
<i>Grupos de edad específicos</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

Fuente: ISTAT (1997).

B: hipótesis de baja fecundidad; tasa global de fecundidad similar a la actual: 1.14 hijos por mujer;

C: hipótesis principal de fecundidad, en la que se estima un ligero aumento de la tasa global de fecundidad a 1.46 hijos por mujer;

A: hipótesis de un aumento marcado de la tasa global de fecundidad a 1.76 hijos por mujer.

En cada una de las hipótesis de fecundidad el ISTAT ha postulado lo siguiente:

- una disminución de las tasas de mortalidad que, en 2012, producirá una esperanza de vida de 76 a 79 años para los hombres y de 83 a 85 años para las mujeres;
- un balance migratorio medio anual por cada mil habitantes, que en 2012 alcanzará un valor de entre 33 000 y 73 000 inmigrantes por año.

- por primera vez en la historia contemporánea, la población en edad de trabajar disminuirá, y esta caída no será despreciable—de 32.5 a 30.7 millones;

- se registrará un nuevo aumento en gran escala de las personas de edad y las muy ancianas: la población de más de 60 años aumentará de 13.1 a 15.7 millones. Según la segunda de las tres hipótesis de fecundidad—considerada como la más probable por el ISTAT—, la relación entre el número de personas de más de 60 años y la población total aumentará de 17.5% en 1982 a 22.8% en 1997 y a 27.3% en 2012.

En el marco del envejecimiento general de la población, se producirá un envejecimiento específico en las dos subpoblaciones más importantes:

- la de la *fuerza de trabajo*, resultante de una disminución de no menos de 4.0 millones de personas de entre 20 y 39 años y un aumento de 2.3 millones de personas de entre 40 y 59 años de edad;

- la de las *personas de edad y de las muy ancianas*, pues es probable que el número de personas de entre 60 y 79 años de edad aumente en un 12% y el de las personas de más de 80 años en un 33%.

Es indudable que el equilibrio demográfico puede recuperarse parcialmente mediante la inmigración. Pero, si bien ésta es al mismo tiempo conveniente e inevitable, si se limita a 50 000 o

100 000 personas por año sólo desempeñará un papel secundario en términos demográficos.⁴ Si se decidiera compensar totalmente los desequilibrios demográficos mediante la inmigración, sería necesario el ingreso de 300 000 inmigrantes por año, con todos los problemas sociales que ello significa.

Estas tendencias demográficas tendrán efectos de igual importancia sobre el número de familias y de su estructura, cuyo envejecimiento aumentará en forma perceptible, al tiempo que se reducirá su tamaño (véase el cuadro 5).

Cuadro 5

PROYECCIONES SOBRE EL TAMAÑO DE LAS FAMILIAS SEGÚN LA HIPÓTESIS DE TASA DE FECUNDIDAD CONSTANTE. ITALIA, 1997-2012

	1997	Variación esperada 1997-2012	2012
Número de familias (en miles)	21,450	+ 2,652	24,102
Porcentaje de familias cuyo jefe tiene 60 años de edad y más	39.6	+ 5.3	44.9
Edad promedio del jefe de la familia (en años)	54.7	+ 3.0	57.7
Número promedio de miembros de la familia	2.66	- 0.35	2.31

Fuente: A. Golini y A. De Simoni (datos sin publicar).

- hipótesis de la tasa de fecundidad constante: aproximadamente 1.2 hijos por mujer.

Los datos de los cuadros 4 y 5 demuestran la importancia fundamental de las tasas de fecundidad futuras para la estructura de las familias y de la población en los próximos decenios. Examinemos ahora las distintas tendencias demográficas postuladas en el cuadro 4: según una de ellas, la tasa de fecundidad se mantendrá aproximadamente constante (B); otra postula un ligero aumento de la tasa de fecundidad (C). En el primer caso, hemos visto que el número de personas de menos de 20 años de edad disminuirá de 11.8 millones en 1997 a 9.7 millones en 2012, con una disminución media anual de 139 000 personas, es decir una tasa de -1.3%. Una caída tan pronunciada representará no sólo una carga excesiva para la capacidad del país de adaptar sus estructuras y recursos —comenzando por los del sector de la educación— sino que, en términos demográficos, podría incluso poner en entredicho la capacidad de supervivencia de la población de Italia. En la presentación de los resultados de sus últimas investigaciones sobre fecundidad (1998), el ISTAT señala que la caída de la tasa de nacimientos es de tal "intensidad y persistencia que tiende a introducir elementos de desestabilización potencial al sistema demográfico de nuestro país en su conjunto". Aún en el supuesto de que se produzca un ligero aumento de la tasa de fecundidad, el número de personas jóvenes caerá a 10.9 millones, lo que equivale a una reducción de 58 000 de personas por año, es decir una tasa de -0.5%. El tamaño promedio de la familia será de 2.3 miembros.

Según las proyecciones del ISTAT, la cohorte de mujeres nacidas en 1963 tendrá 1.3 hijos por mujer en Italia septentrional, 1.5 en Italia central y 1.9 en el sur, es decir, muy por debajo de los dos hijos por mujer necesarios para que el crecimiento demográfico sea nulo. El proceso de envejecimiento es tan rápido e intenso (véase el cuadro 6) que, especialmente en Italia central y

⁴ principios de los años noventa ingresaron a Italia aproximadamente 50 000 inmigrantes ilegales por año. Según las proyecciones del ISTAT, se ha producido un balance migratorio positivo de entre 30 000 y 70 000 personas por año. El Instituto di ricerche sulla popolazione de Italia postula un balance migratorio positivo de entre 50 000 y 100 000 personas por año y las proyecciones de la Eurostat son similares.

septentrional, será necesario realizar ajustes oportunos, continuos y rápidos de las estructuras económicas y sociales para tratar de seguir el ritmo de todos los cambios demográficos.

Cuadro 6

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 O MÁS AÑOS DE EDAD EN LAS PRINCIPALES REGIONES DE ITALIA, 1997 Y 2012

Región	Población (en millones de personas)	Porcentaje de personas de 60 años o más de edad	
		1997	2012
Septentrional	25.5	24.6	31.8
Central	11.0	24.8	31.4
Meridional	20.9	19.6	23.7
Italia	57.5	22.8	28.6

Fuente: la misma fuente que en el cuadro 5.

Se estima actualmente que en algunas regiones de Italia central y septentrional y en Cerdeña se está llegando a una situación tal que el 25% de las mujeres no querrá (o podrá) tener hijos —una situación sin precedentes en la historia del país— y el 75% restante se inclinará cada vez más a tener un solo hijo. Desde un punto de vista demográfico, ninguna población puede sobrevivir en esta situación en el largo plazo, a menos que se produzca una inmigración continua en gran escala.

2. Desafíos para la sociedad

Los grandes cambios demográficos ocurridos en los últimos años están generando problemas de mayor o menor magnitud al conjunto de la población. Hoy día, estas tendencias plantean una serie de desafíos difíciles a la sociedad que pueden resumirse en cuatro interrogantes de difícil respuesta: i) si Italia logrará, al menos en parte, asegurar el recambio generacional; ii) si puede asegurarse la supervivencia del Estado benefactor y el bienestar de las generaciones actuales y futuras; iii) si puede manejarse la inmigración extranjera, preservando al mismo tiempo la cohesión del país; iv) si Italia podrá mantener relaciones razonablemente buenas con los países en desarrollo, cuya población, de *todos modos*, registrará un crecimiento de varios miles de millones de personas en el próximo medio siglo.

Corresponde en primer lugar al Gobierno enfrentar el desafío que significa una declinación demográfica acelerada, pero esto también depende de la cultura, la psicología y el comportamiento individuales y colectivos. Lo cierto es que las tendencias demográficas están provocando, rápida y *silenciosamente*, una grave "mutación" en la población que podría desquiciar la estructura económica y social a menos que el país ajuste esas estructuras y lo haga a tiempo.

Para transmitir otra idea de la magnitud de la transformación de la estructura de edades, veamos lo que está sucediendo en un breve período de 30 años, es decir, el de una sola generación. En 1982, había en Italia 16.7 millones de niños y jóvenes de menos de 20 años de edad y 9.9 millones de personas de 60 años de edad o más. En 2012, la proporción entre estos dos grupos de edad se habrá invertido y las cifras serán, respectivamente, 9.7 y 15.7 millones de personas.

3. Tendencias actuales y futuras: conveniencia y sostenibilidad

Si las tasas de fecundidad se mantienen bajas durante mucho tiempo, cabría preguntarse si, en el caso de las poblaciones desarrolladas, especialmente las que tienen una tasa de fecundidad constantemente baja, el problema más importante es el envejecimiento o también la caída abrupta del tamaño de la población, y si esto es conveniente o sostenible.⁵ Considero que, posiblemente, este interrogante no pueda limitarse al tamaño —conveniente o sostenible— de la población. Sería imposible encontrar una respuesta categórica y unánime, a menos que pensemos en plazos muy largos (de 150 a 200 años) y en consecuencia, en la eventual desaparición de la población. Tanto los demógrafos como los sociólogos, los economistas y los especialistas en sistemas han procurado definir desde hace tiempo un tamaño conveniente o sostenible, o más bien, un número óptimo, aunque luego lo han dejado de lado, ya que está estrictamente vinculado a las circunstancias de un momento determinado y a situaciones impredecibles del futuro.⁶

A fin de encontrar una respuesta con respecto a la conveniencia o sostenibilidad de las tendencias actuales en el mediano y largo plazo, desde el punto de vista de económico, social y cultural, puede resultar útil plantear el interrogante utilizando dos criterios distintos: el de la velocidad del cambio de toda la población y de cada una de sus partes y el de las *variaciones de los balances* de la estructura de edades de la población y el de la relación entre el número de nacimientos y fallecimientos (Golini, 1998).

3.1 Velocidad del cambio

¿Cuál sería un cambio demográfico sostenible o tolerable? Si tenemos en cuenta la experiencia empírica de muchos países, podemos observar que las instituciones y la sociedad como tal comienzan a desmoronarse cuando el crecimiento demográfico de toda la población o de alguna sus partes supera cierto umbral. En otras palabras, cuando en el mediano o largo plazo —digamos, por ejemplo, 20 a 40 años— la velocidad del cambio es "excesiva". Quizás, unas tasas anuales de crecimiento o de declinación de 1.5% a 2% —que implican la duplicación o la reducción a la mitad de la población o de las subpoblaciones en un período de aproximadamente 35 a 45 años— sean excesivas, porque ello significa, asimismo, que la sociedad de que se trate debe ser capaz de duplicar o reducir a la mitad, en el mismo periodo, un gran número de estructuras físicas —como las viviendas, las escuelas, los hospitales, etc.— y económicas, como las vinculadas con los sectores de la agricultura, la industria y los servicios y, más concretamente, con la oferta y la demanda de bienes y servicios. Lo mismo puede decirse con respecto a los recursos financieros y humanos, (la burocracia, los maestros, los médicos y las enfermeras, etc.). Tanto desde un punto de vista general como empírico, parecería que los encargados de la formulación de políticas comunitarias y las autoridades nacionales y locales tendrán menos dificultades para manejar una tasa de variación, positiva o negativa, de una población y de cada una de sus partes, que oscile entre el 0.5% y el 1.0% anual.⁷

En el gráfico 1 se ilustran en forma relativamente esquemática, los posibles desequilibrios entre la oferta y la demanda que podrían generarse como resultado de una disminución abrupta de la

⁵ En noviembre de 1997, la División de Población de las Naciones Unidas organizó una reunión de un grupo de expertos sobre "fecundidad bajo el nivel de reemplazo" para examinar los hechos, las tendencias, las consecuencias y las políticas de los países con tasas de fecundidad reducidas. Los debates se publicarán en el *Population Bulletin* de las Naciones Unidas.

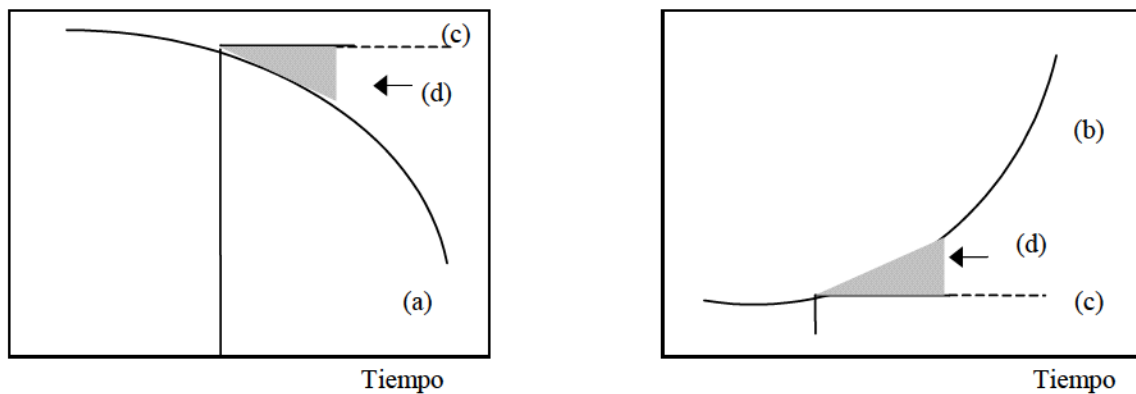
⁶ En la publicación de Cohen (1996) puede encontrarse una reseña histórica exhaustiva sobre la población óptima y la población sostenible.

⁷ Ya a mediados de los años setenta, P. A. Samuelson (1975) y Deardoff (1976) analizaron la importancia de establecer una *tasa de crecimiento demográfico* óptima, pero sólo para la población en su conjunto y, especialmente, con respecto a la sostenibilidad del sistema de seguridad social. En el decenio de 1970, hasta los demógrafos publicaron una bibliografía abundante sobre los aspectos matemáticos del crecimiento demográfico y de la estructura de la población óptimos (véanse Micheli, 1983 y otras publicaciones citadas en el presente artículo).

población joven y un aumento paralelo de la población de las personas de edad y de los ancianos. Italia constituye, precisamente, la primera confirmación empírica de este esquema, ya que la demanda de servicios de enseñanza durante el período de educación obligatoria ha caído considerable y rápidamente mientras que la oferta —en lo que se refiere a los recursos humanos y también físicos— se ha mantenido constante e, incluso, ha aumentado (véase el gráfico 2). Hoy día, los procesos de ajuste de la población escolar en Italia son totalmente inadecuados, por no decir total y absolutamente equivocados. Por ejemplo, la viscosidad del sistema social, los sindicatos, el cabildeo que ejercen los maestros y la insensatez del Gobierno, han permitido que en Italia, entre 1975 y 1993, y pese a la declinación (de 7.2 millones a 4.5 millones) de la población cuya edad corresponde al período de enseñanza obligatoria —6 a 14 años de edad (en el gráfico 2 sólo se incluyen los datos de los alumnos de la escuela primaria de 6 a 10 años de edad)—, el número de maestros aumento de 482 000 a 515 000 y el gasto total creció de 10 790 a 15 696 billones de liras italianas (a valores constantes de 1985).⁸

Gráfico 1

ESQUEMA PROVISIONAL DE LOS DESEQUILIBRIOS EXISTENTES ENTRE UNA POBLACIÓN CORRESPONDIENTE A UN GRUPO DE EDAD DETERMINADO Y LOS RECURSOS HUMANOS, POR EJEMPLO, MAESTROS, PEDIATRAS, GERIATRAS, ENFERMERAS, ETC.



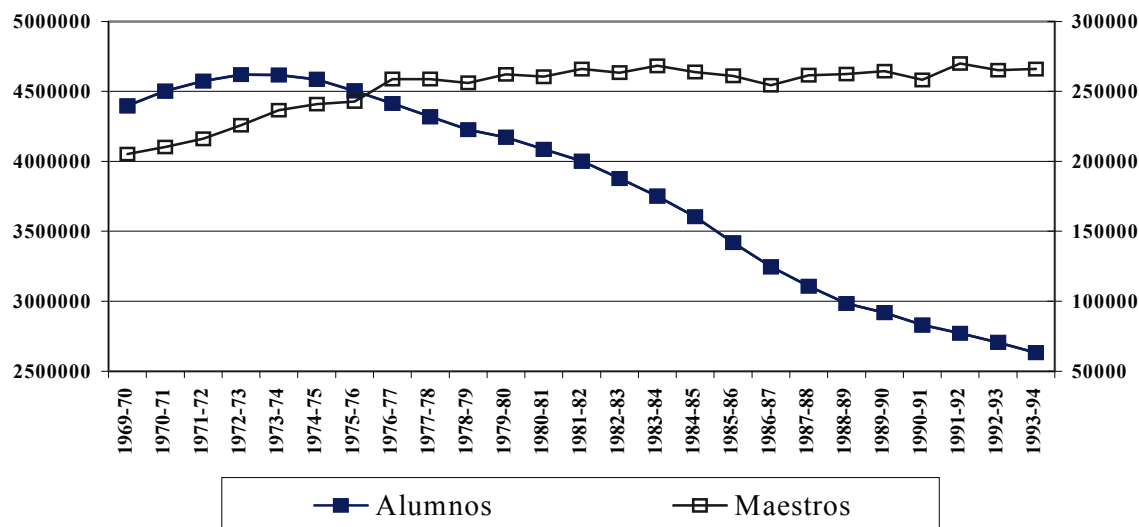
Fuente: Golini y Vivio, 1996.

Notas:

- a) Tendencias posibles en una población de jóvenes.
- b) Tendencias posibles en una población de personas de edad.
- c) Tendencias posibles con respecto a los recursos humanos y otros recursos, a partir de una situación de equilibrio en el momento indicado en el gráfico.
- d) Eventuales desequilibrios entre la oferta y la demanda.

⁸ Cifras calculadas por el autor sobre la base de datos nacionales.

Gráfico 2 - Escuelas primarias públicas: alumnos y maestros, 1969-1970 y 1993-1994 (en valores absolutos)



Fuente: A. Golini, 1998.

El resultado de esta situación fue que en 1995 el gasto anual por estudiante —expresado en miles de dólares— en la escuela primaria fue de 4.7 en Italia, 3.3 en el Reino Unido y 3.4 en Francia; el cociente entre el número de estudiantes y de personal docente en 1996 fue de 11.2, 21.3 y 19.5, respectivamente (OCDE, 1998).

Las cifras del cuadro 7 muestran que, sin lugar a dudas, en la transición demográfica, medida en función de la intensidad y la rapidez, los cambios *graduales* son preferible a los abruptos. Esto puede comprobarse inequívocamente al comparar los cambios absolutos registrados en las poblaciones de jóvenes y de personas de edad en Italia y en el Reino Unido, dos países que, siendo de los más populosos de la Unión Europea, han experimentado la divergencia más profunda en las tendencias de la fecundidad. Las cifras del cuadro 7 para la población de menos de 20 años y de más de 60 años de edad prácticamente se explican por sí mismas y nos eximen de mayores comentarios. Si centramos la atención en el periodo histórico, o casi, comprendido entre 1975 y 2000, se comprueba sin lugar a dudas que Italia tiene y tendrá que realizar ajustes mucho más difíciles en áreas como la educación de los jóvenes y los servicios sociales y de atención de salud de las personas de edad.

El problema más difícil es determinar cómo puede asegurarse la flexibilidad progresiva necesaria en la gestión del gasto público y de los recursos humanos y materiales en respuesta a la demanda real. De hecho, habida cuenta del carácter cohesivo y tenaz de todos los sistemas y el cabildeo realizado por las diversas corporaciones a fin de no ceder terreno, el gasto público y la asignación de recursos suelen hacerse en función de los recursos humanos y materiales existentes en los diversos sectores y no de la demanda real derivada de la transición demográfica y de la salud. Otro motivo para que esto ocurra es que, por lo general, el gasto público se organiza verticalmente, a través de los ministerios, cada uno de los cuales trata de preservar, aún por conducto del presupuesto, su poder y, porqué no decirlo, su prestigio. En el mundo desarrollado, el problema de la gestión flexible de los recursos humanos se siente vivamente en Europa, donde los mercados de

trabajo son más rígidos y protectores y no existe la costumbre, como en los Estados Unidos, de cambiar de empleo con frecuencia.

Cuadro 7
POBLACIÓN DE JÓVENES Y DE PERSONAS DE EDAD EN EL REINO UNIDO Y EN ITALIA, 1950-2050 (EN MILLONES DE PERSONAS)

País	Población					Variación	
	1950	1975	2000	2025	2050	1975-2000	2000-2025
<i>0 a 19 años</i>							
Reino Unido	14.6	17.3	14.7	13.3	12.2	+0.1	-2.5
Italia	16.4	17.5	11.1	8.0	6.8	-5.3	-4.3
<i>60 años y más</i>							
Reino Unido	7.9	11.0	12.3	17.0	17.7	+4.4	+5.4
Italia	5.8	9.6	13.9	17.7	17.0	+8.1	+3.1
Relación 60+/0 a 19* (en porcentaje)							
<i>Reino Unido</i>	<i>54</i>	<i>64</i>	<i>84</i>	<i>128</i>	<i>145</i>	<i>+30</i>	<i>+61</i>
<i>Italia</i>	<i>35</i>	<i>55</i>	<i>125</i>	<i>221</i>	<i>250</i>	<i>+90</i>	<i>+125</i>
<i>0 a 4 años</i>							
Reino Unido	4.3	4.0	3.5	3.3	3.1	-0.8	-0.4
Italia	4.3	4.3	2.6	1.9	1.6	-1.7	-1.0
<i>80 años y más</i>							
Reino Unido	0.8	1.3	2.5	3.4	5.3	+1.7	+2.8
Italia	0.5	1.1	2.3	3.9	5.8	+1.8	+3.5
Relación 80+/0 a 4** (en porcentaje)							
<i>Reino Unido</i>	<i>19</i>	<i>33</i>	<i>71</i>	<i>103</i>	<i>171</i>	<i>+52</i>	<i>+100</i>
<i>Italia</i>	<i>12</i>	<i>26</i>	<i>88</i>	<i>205</i>	<i>363</i>	<i>+76</i>	<i>+241</i>

Fuente: cifras calculadas por el autor sobre la base de datos de la División de Población (variante media), 1999.

* 60+/0 a 19: cociente entre el número de personas de 60 años y más y el número de personas de 0 a 19 años de edad.

** 80+/0 a 4: cociente entre el número de personas de 80 años y más y el número de personas de 0 a 4 años de edad.

3.2. Cambios en el equilibrio

3.2.1 También es preciso analizar otro aspecto relacionado con la conveniencia y la sostenibilidad de las tendencias demográficas. Se trata del equilibrio entre los distintos segmentos de la población. Para asegurar un desarrollo individual y colectivo armonioso en términos psicológicos, culturales, sociales y económicos, por no hacer alusión a la cohesión social, considero que no debería alterarse por completo la relación numérica entre las distintas partes de la población; también es deseable asegurar una "dosis adecuada" de equidad entre las generaciones en términos numéricos.⁹ Últimamente se está haciendo especial hincapié en esta necesidad y, en consecuencia, tanto en el terreno científico como el político se plantean cada vez más interrogantes sobre el problema del equilibrio entre los distintos grupos de la población, no sólo en las regiones más desarrolladas sino, también, en las menos desarrolladas.¹⁰

⁹ Naturalmente, la "dosis adecuada", de por sí difícil de establecer, debe analizarse dinámicamente en relación con los distintos contextos históricos y geográficos.

¹⁰ Una prueba de ello puede encontrarse en un informe exhaustivo y profuso publicado por el FNUAP en 1998, y dedicado a "Las nuevas generaciones": "Cada vez un número mayor de jóvenes está alcanzando la edad laboral y de procreación. Al mismo tiempo,

Esto se aplica, en primer lugar, a las personas de edad y a los ancianos y, en términos más generales, al Estado de bienestar, que hoy día genera muchas dudas, sentimientos encontrados y discusiones. Sin embargo, también debería aplicarse al entorno psicológico, social y cultural, en el cual los niños están rodeados, cada vez más, por un gran número de adultos y de personas de edad que los agobian con exigencias de afecto, los llenan de mimos y satisfacen rápidamente cualquiera de sus necesidades físicas y psicológicas.

En 1950, en Italia había 8.5 niños menores de cinco años de edad por cada persona mayor de 80 años. Para el 2000, esta relación debería disminuir a 1.3 mientras que para el año 2050, según la variante media de las proyecciones de la División de Población, podría haber *3.7 personas de más de 80 años y 11 personas de más de 60 años de edad por cada niño menor de cinco años*. ¿Cuál será el entorno emocional de estos niños y con qué estructura psicológica podrán contar? Además, la mayoría de ellos serán hijos únicos, privados en gran medida de la compañía de sus pares. Cuando los psicólogos infantiles analizan el orden de los nacimientos sostienen que al pasar de la primera a la segunda infancia, los niños que tienen hermanos o hermanas tienen más ventajas que los hijos únicos. La rivalidad entre hermanos constituye el entorno en el que aprenden a satisfacer sus necesidades psicológicas básicas y buscar un equilibrio justo e inestimable entre el individuo y la sociedad. Además, resulta importante para el desarrollo de la creatividad individual y de la capacidad para actuar en un grupo. La satisfacción inmediata y total de todas sus necesidades puede reducir el umbral de independencia y de autonomía de los niños, generando problemas de socialización y de tergiversación originados en una sensación de inseguridad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, es fácil comprender porqué se considera más adecuado un contexto demográfico más o menos estable, en el que las variaciones de fecundidad y, por lo tanto, del tamaño de la población joven, estén mucho más limitadas —como en el Reino Unido y en Francia, por ejemplo.

3.2.2 Es preciso examinar la dinámica de las poblaciones de las personas de edad y de las personas en edad laboral y las relaciones entre estos dos grupos con respecto al sistema jubilatorio a largo y muy largo plazo, porque sólo recién a partir del período 2025-2030 se podrán observar los efectos demográficos más agudos, es decir, cuando las personas nacidas durante la explosión demográfica de los años sesenta se jubilen y las cohortes más reducidas de personas nacidas en los años ochenta y noventa estén en edad laboral. Cabe recordar que desde el decenio de 1960 el régimen jubilatorio de Italia se rige por un sistema de reparto.

La dinámica esperada de la población de las personas de edad y de las personas en edad laboral y las relaciones entre estos dos grupos se indican en el cuadro 8. Las principales conclusiones son las siguientes:

- el aumento del número de personas en edad de jubilarse (fila "e") será de 6.3 millones en los próximos cuarenta años, con un crecimiento medio anual de +1.1%;
- la disminución del número de personas en edad laboral (fila "l") será de 9.3 millones, con una tasa anual de -0.8%;
- la combinación de estas dos tendencias llevará a un aumento abrupto y acelerado de la relación entre el número de personas de edad y el de las personas en edad laboral (fila "m"), una relación que aumentará a más del doble en los próximos cuarenta años (de 33:100 a 71:100);

el número y la proporción de personas de más de 65 años de edad están aumentando a un ritmo sin precedentes. Nuestro futuro dependerá de la capacidad de las familias y de las sociedades para satisfacer las necesidades de estas "nuevas generaciones" en crecimiento: educación y salud. —incluida la salud reproductiva— para los jóvenes y asistencia social, médica y financiera para las personas de edad" (FNUAP, 1998, p. ii).

- si las demás condiciones se mantienen iguales, el impacto de la propia dinámica demográfica sobre el sistema jubilatorio será devastador, como puede deducirse también de las cifras correspondientes a las filas "n" y "o".

VARIABLES DEMOGRÁFICAS BÁSICAS E INDICADORES DEL SISTEMA JUBILATORIO

Indicadores de población agregados	1994	2014	2024	2034	Variación entre 1994 y 2034	
					Absoluta	Porcentual
a-Personas de 60 años o más	12,508	16,060	17,606	19,304	+ 6,796	+ 54.3
b-Personas de 65 años o más	9,204	12,551	13,570	15,145	+ 5,941	+ 64.5
c-Hombres de 65 años o más	3,762	5,240	5,748	6,530	+ 2,768	+ 73.6
d-Mujeres de 60 años o más	7,185	9,127	9,896	10,725	+ 3,540	+ 49.3
e-PDE: (c+d)	10,947	14,367	15,644	17,255	+ 6,308	+ 57.6
f-Personas de 20 a 59 años	32,013	29,593	26,815	22,221	- 9,792	- 30.6
g-Personas de 20 a 64 años	35,318	33,103	30,851	26,380	- 8,938	- 25.3
h-Hombres de 20 a 60 años	17,524	16,608	15,552	13,355	- 4,169	- 23.8
i-Mujeres de 20 a 59 años	16,050	14,677	13,226	10,915	- 5,135	- 32.0
l-PET (h+i)	33,574	31,285	28,778	24,270	- 9,304	-27.7
m-100 PDE/PET	32.6	45.9	54.4	71.1	+ 38.5	+ 118.1
n-100 PDE/FT	48.5	68.1	78.3	99.2	+ 50.7	+ 104.5
o-100 PDE/PE	54.8	76.8	88.3	111.8	+ 57.0	+ 104.1

Fuente: Cálculos del autor sobre la base de datos del ISTAT y del Istituto di ricerche sulla popolazione (IRP).

Nota: Las proyecciones demográficas utilizadas en este cuadro corresponden a la hipótesis de fecundidad "C" (véase el cuadro 3). Sin embargo, en este cuadro las hipótesis de fecundidad revisten menos importancia porque sólo se analizan las poblaciones de adultos y de personas de edad.

FT: fuerza de trabajo; PE: personas empleadas; PDE: personas de edad; PET: personas en edad de trabajar. Las filas "n" y "o" corresponden a la hipótesis —o, más sencillamente, a un modelo útil para dar una idea del impacto de las variables demográficas por sí mismas— de que las tasas de empleo de las mujeres y de los hombres (15 a 69 años de edad) observadas en 1994 se mantienen constantes.

Si se decidiera que es preciso utilizar los flujos migratorios para estabilizar el coeficiente de dependencia de la población de las personas de edad en un nivel determinado, las simulaciones realizadas confirman los resultados obtenidos por otros analistas: sólo es posible lograr esta estabilización mediante ciclos de inmigración en gran escala, espaciados por una diferencia (de aproximadamente 35 años) entre la edad promedio de la jubilación y el promedio de edades de los inmigrantes. Al cabo de 35 años, la ola inmigratoria generará una ola de jubilaciones que deberá compensarse con otra ola de inmigrantes. Además, en todas las simulaciones, los flujos de inmigrantes necesarios para estabilizar a largo plazo la relación entre los trabajadores y los jubilados son mucho mayores —varios centenares de miles por año— que los flujos actuales. Desde un punto de vista demográfico, la inmigración no puede considerarse como la medida única y decisiva adecuada para frenar el aumento de la relación entre el número de personas en edad de jubilarse y las personas en edad laboral.

Si analizamos el problema desde un punto de vista demográfico y tenemos en cuenta el impacto del factor de población sobre sistema jubilatorio, también en este caso resulta claro que la única alternativa es, entre otras cosas, aumentar la edad de la jubilación en los próximos años. Por ejemplo, si se ajusta la población de las personas de edad de manera tal que sólo las personas de más de 65 años se consideren personas de edad y en condiciones de jubilarse, para el 2034 la población en edad de jubilarse ascendería a 2.1 millones de personas y, en consecuencia, se lograría un aumento equivalente de la población de las personas en edad laboral. Sin embargo, para el

período 2020-2030 aún esta medida podría resultar insuficiente. Desde otro punto de vista, si se decidiera mantener la relación entre las personas de edad y las personas en edad de jubilarse en el mismo nivel que en 1994, para el 2034 habría que llevar la edad de la jubilación a 71 años para las personas de ambos sexos. En consecuencia, las tendencias demográficas parecen imponer un aumento sustancial de la edad jubilatoria.

Si hubiera que aumentar la edad de la jubilación, como parece inevitable, también habría que modificar radicalmente el sistema de reparto vigente en Italia. Habría que hacerlo mucho más flexible, aunque más no sea por el hecho de que en el grupo de personas de entre 65 y 75 años de edad la incidencia de las enfermedades crónicas e incluso de las discapacidades es mucho mayor, y no todas las personas de edad podrían seguir trabajando a jornada completa en el mismo empleo. Recién con la reforma de 1995 se logró cierta flexibilidad con respecto a la oportunidad y los métodos de jubilación y se realizaron algunos avances en relación con las cuatro características del sistema jubilatorio italiano, que lo hacían prácticamente único por su rigidez: al cumplir la edad pertinente la jubilación era obligatoria, inmediata, total y temprana.

El aumento de la edad jubilatoria dirigido a asegurar el mejor equilibrio posible del sistema jubilatorio y las condiciones óptimas en los planos individual y colectivo también se apoya en factores demográficos indirectos. Si, como parece probable, la evolución de la familia es la que se describe en el cuadro 5 —que refleja un envejecimiento apreciable de la población y una disminución del tamaño de la familia— y, además sigue aumentando el número de parejas escindidas por separaciones y divorcios, a las que puede suceder la formación de nuevas familias, se reforzará el individualismo, disminuirá la importancia de las redes de apoyo familiar y, por motivos de equidad, se reducirá el papel de la mujer en el cuidado de los niños, porque ésta estará cada vez más ocupada trabajando fuera del hogar. En consecuencia, un escenario posible es que las personas que no sean autosuficientes, o sólo lo sean parcialmente, contarán cada vez menos con el apoyo de la familia y de las mujeres y tendrán que recurrir a servicios externos. Por lo tanto, las jubilaciones deberá ser adecuadas para que la gente pueda cubrir sus gastos de atención de salud y quizás deba aumentarse la proporción del presupuesto asignada a los servicios sociales y de salud.¹¹

No sólo no se ha logrado aún extender la edad laboral deseable y conveniente a las personas de más edad, sino que, en el caso de los hombres, la edad real en que dejan sus empleos ha disminuido de hecho de 62.1 años 1965 a 58.7 en 1994. Así, podemos observar que desde un punto de vista histórico, en Italia se ha producido una divergencia entre las edades laboral y de empleo por un lado y las tendencias relativas a la longevidad media, por el otro. Este hecho ha contribuido a aumentar ostensiblemente el período en que las personas cobran la jubilación —la edad real de la jubilación ha disminuido y la longevidad media después de la edad jubilatoria ha aumentado significativamente. En consecuencia, en lo que respecta a las perspectivas de trabajo de las personas de edad, el país está evolucionando precisamente en la dirección opuesta a la esperada y, además, el hecho de que los jóvenes ingresen al mercado laboral a una edad más avanzada está reduciendo drásticamente el período de tiempo en que las personas contribuyen al sistema jubilatorio.¹²

En tal sentido, hay que tener en cuenta que el "mercado"¹³ tiende a reducir el empleo de las personas de más edad. Esta tendencia se observa prácticamente en todo el mundo occidental, pero en Italia es particularmente acentuada. Además de las fuerzas que tienden a expulsar a los adultos y

¹¹ Hoy día, estas tendencias son muy evidentes, de gran magnitud y, en consecuencia, irreversibles, al menos en el mediano plazo. Por lo tanto, es preciso fortalecer —como se intenta hacerlo en el plano legislativo— el trabajo voluntario y los servicios de atención sin fines de lucro para personas de edad que no sean autosuficientes y para todas las personas que sufran discapacidades físicas, cognitivas o psicológicas.

¹² Al considerar las cifras en términos de períodos —en lugar de analizar las cifras correspondientes a las cohortes, lo que sería más adecuado—, observamos que en el período comprendido entre 1965 y 1994 el número promedio de años en que las personas ocuparon un empleo disminuyó de 41 a cerca del 35 para los hombres, mientras que para las mujeres la cifra se mantuvo relativamente constante en 32 años.

¹³ Por mercado entendemos aquí la combinación de fuerzas que determinan la participación de las personas en las actividades laborales.

a las personas de más edad del mercado de trabajo y reemplazarlos, al menos en parte, con trabajadores más jóvenes, sigue siendo cierto que en Italia la tasa de actividad de estas personas es mucho menor que en cualquier otro país. En 1995, la proporción de personas de 60 o más años de edad que integraban la fuerza de trabajo era del 15% para los hombres y del 4% para mujeres (23% y 10%, respectivamente, en las regiones más desarrolladas en su conjunto) (División de Población, 1999b). Considero que las causas subyacentes de este fenómeno son la baja edad de la jubilación, las características de ésta, la rigidez notable del mercado de trabajo y, en especial, la carencia de empleos a jornada parcial.

La reforma del sistema jubilatorio no es suficiente. Hay que transformar el mercado de trabajo para facilitar a la gente que se acerca a la edad de la jubilación una transición gradual entre el trabajo a jornada completa y el descanso a tiempo completo, y ayudar a las personas de más edad a encontrar trabajo a jornada parcial si así lo desean y alentar la *movilidad profesional horizontal* — que, por ejemplo, permitiría que estas personas trabajaran en tareas de baja tecnología y no computarizadas.

Otro tema que hace a las relaciones entre la demografía y la seguridad social está relacionado con la posibilidad de transferir las jubilaciones al miembro sobreviviente de las parejas. Este tema también está vinculado estrechamente con las tendencias demográficas: por un lado, la caída de las tasas de mortalidad resulta en una mayor longevidad, y en el hecho de que el cónyuge sobreviviente percibe la jubilación de su pareja fallecida. Por el otro, el aumento de la esperanza de vida prolonga el período durante el cual se cobrará una jubilación. Cuando se examinan los problemas actuales y futuros de los sistemas jubilatorios, es muy frecuente que las personas no especializadas olviden que, en términos generales, el período durante el cual se cobra una pensión por vejez o una jubilación relacionada con el trabajo se extiende más allá de la vida de la persona a la cual se había asignado originalmente. Un análisis de la población de viudos demuestra que en Italia los 190 000 hombres casados que mueren cada año, a una edad promedio del 71 años, han cobrado una jubilación relacionada con el trabajo durante 11 o 12 años y que sus viudas cobran la pensión correspondiente durante 17 años más.

Evidentemente, todas estas conclusiones están vinculadas con la evolución de la mortalidad —así como con las enfermedades y discapacidades— de los adultos y de las personas de edad y debe vigilarse estas tendencias en forma permanente y estrecha. Todas las proyecciones demográficas realizadas recientemente en relación con la población italiana indican que la mortalidad está declinando. Esto genera un aumento adicional, aunque no muy pronunciado, del promedio de la esperanza de vida. Todos los organismos de investigación pertinentes han llegado a una cifra muy similar para este indicador.

El aumento de la esperanza de vida y el buen estado de salud de que goza hasta ahora la población italiana no son el resultado inevitable y evidente del "progreso" sino que se han logrado gradualmente gracias a condiciones de vida adecuadas y a la eficiencia de los servicios sociales y de salud. En esta esfera, las políticas dirigidas a las personas de edad deberán hacer cada vez más hincapié en la *integración de los servicios sociales y de salud* y el Gobierno debería ser muy cauteloso en las decisiones que adopte en relación con los cargos en concepto de medicamentos y servicios médicos porque afectan a una población de edad creciente y, en consecuencia, más vulnerable.

4. La fecundidad, piedra angular de las tendencias demográficas actuales y futuras

Es preciso realizar una evaluación amplia y detallada de la conveniencia y sostenibilidad a corto y mediano plazo y, sobre todo, a largo plazo, de estas tendencias demográficas, desde todos los puntos de vista y con un criterio interdisciplinario. Varios factores permiten concluir que estas

tendencias no son convenientes ni sostenibles (Golini, 1997) y que, en consecuencia, podría ser necesario tratar de impulsar una recuperación de las tasas de fecundidad suficiente para que Italia pueda alcanzar los mismos niveles de Francia y del Reino Unido, es decir, aproximadamente 1.7 hijos por mujer.

Para formular políticas apropiadas y aceptables sería conveniente comenzar por preguntarse si hoy día, en la sociedad italiana, se ha planteado una contradicción intrínseca entre los intereses de la mujer y los de los niños y la sociedad. Creo que la respuesta es afirmativa. Por lo tanto, es preciso que nos preguntemos de qué manera pueden conciliarse los intereses contrapuestos —de las mujeres como sujetos individuales y de la colectividad— y qué políticas, incluidas las culturales, son necesarias para lograrlo.

En primer lugar, es preciso eliminar todas las sanciones que desalientan o impiden a las mujeres adoptar una decisión sobre la procreación. Hay que modificar las políticas sociales y la organización de las estructuras sociales - especialmente en lo que se refiere a los servicios para las madres de niños pequeños y las medidas que les permitan organizar mejor su tiempo —y el mercado de trabajo— facilitando el trabajo a jornada parcial, tanto para el hombre como para la mujer. Sin embargo, también es necesario lograr cambios en las actitudes y el comportamiento de los hombres. Será preciso inducirlos a participar plenamente en las labores domésticas y en la atención de los niños, tarea asignada hasta ahora a la mujer, por factores culturales y por la tradición.

En segundo lugar, habrá que modificar el sistema de bienestar social. En la práctica, hoy día el Estado premia a las parejas que se abstienen voluntariamente de tener hijos o que tienen un solo hijo. Durante su vida laboral gozan de un nivel de vida más alto —y de más tiempo libre— que las parejas que tienen dos o tres hijos y luego perciben jubilaciones financiadas por los hijos de las parejas que hicieron el sacrificio de tenerlos (Livi Bacci, 1997). Las prestaciones familiares o las deducciones impositivas a las familias con hijos, no sólo contribuirán a reducir la brecha económica entre las familias con hijos y las que no los tienen sino que reflejaría el interés y el compromiso del Estado con respecto a la procreación y la crianza de los niños.

Por último, será necesario elaborar políticas en las áreas de la educación, el empleo y el mercado de la vivienda para poner fin a una situación crónica, como es el tiempo que necesitan los jóvenes para lograr su independencia —el 44% de los hombres de 30 años de edad aún viven con sus padres (Livi Bacci, 1997).

Sin embargo, hace poco que los políticos y las autoridades de Italia han comenzado a interesarse de alguna manera por los problemas actuales y futuros derivados de la baja tasa de natalidad. El camino para poner en marcha medidas políticas concretas e incisivas que modifiquen las tendencias actuales parece largo y plagado de dificultades. Una de las razones es que estas tendencias son, en gran medida, producto de actitudes culturales: la gente está adoptando gradualmente el modelo del hijo único, de modo que a corto y mediano plazo parece "imposible" que una de cada cuatro mujeres italianas tenga al menos tres hijos, proporción necesaria para alcanzar, aproximadamente, los niveles de fecundidad de Francia y el Reino Unido.

5. El impacto del envejecimiento de la población sobre la competitividad internacional

No sería conveniente examinar la sostenibilidad de las tendencias demográficas del Italia —y la conveniencia de aumentar la edad de la jubilación— y su impacto sobre el mercado laboral sólo desde un punto de vista nacional. También debe analizarse en el contexto del resto del mundo, por ejemplo, en cuanto a su incidencia sobre la competitividad internacional.

En los próximos dos decenios, la declinación prevista de la población en edad de trabajar —en Italia y en el resto de la Unión Europea— y su acelerado envejecimiento, resultante de una disminución abrupta de la población de entre 20 y 29 años de edad —y en menor medida del grupo de 30 a 39 años de edad— y el aumento simultáneo e igualmente acusado del grupo de 40 a 64 años de edad (véase el cuadro 9), presentan varias posibilidades y plantean nuevos interrogantes y problemas. De hecho, en el período de 15 años comprendido entre 1997 y 2012 debería producirse una disminución *media anual* de 269 000 adultos jóvenes (de 20 a 39 años de edad) y un aumento simultáneo de 179 000 personas de entre 40 y 64 años de edad.

Cuadro 9
DINÁMICA Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN EDAD LABORAL,
ITALIA (1997-2012)

Grupos de edad	Valores absolutos (en miles)		Variación	
	1997	2012	Absoluta	Porcentual
20 a 29 años	8,852	5,840	- 3,012	- 34.0
30 a 39 años	8,843	7,827	- 1,016	- 11.5
40 a 49 años	7,721	9,317	+ 1,596	+ 20.7
50 a 59 años	7,049	7,738	+ 689	+ 9.8
60 a 64 años	3,268	3,668	+ 400	+ 8.2
Total	35,744	34,394	- 1,350	- 3.8

Fuente: ISTAT (1997).

Por un lado, la reducción de la población en edad de trabajar, que en el grupo de 20 a 30 años de edad será muy abultada —4 millones de jóvenes en 15 años— podría coincidir, afortunadamente, con la disminución de la demanda laboral provocada por la difusión de las nuevas tecnologías informáticas, aún en el sector de los servicios. Esta disminución podría contribuir a reducir el desempleo, especialmente entre los jóvenes. En una reunión celebrada recientemente por la Unión Europea se propuso la siguiente ecuación: "una disminución de la población es igual a una reducción del desempleo".¹⁴

Por el otro, es necesario evaluar la relación entre la edad promedio de los trabajadores y la productividad, especialmente cuando se trata de las nuevas tecnologías. Además, habrá que determinar cuáles serán los mayores costos para las empresas si se tiene en cuenta que un trabajador de más edad y antigüedad percibe un salario más elevado.

También subsiste el tema del proceso acelerado y continuo de innovación tecnológica y de la revolución informática que, además de los grandes cambios registrados en la estructura y la dinámica de las familias, exigen una adaptación permanente y progresiva del modo de vida individual y colectivo. Esto exige una reconsideración y una reevaluación de las situaciones, condiciones y expectativas personales y, por lo tanto, del comportamiento —psicológico, cultural, profesional, familiar e interpersonal—, que no todas las personas y colectividades pueden realizar con la misma rapidez o eficacia. Los esfuerzos y la dificultad de la población para adaptarse psicológica y culturalmente en forma permanente se derivan en parte del hecho de que es una población que está envejeciendo perceptiblemente y alcanzando edades en que la flexibilidad y la adaptación exigen mayores esfuerzos y son menos eficaces porque, como dice Piaget, las personas de esa edad viven más sobre la base de su experiencia que del aprendizaje.

¹⁴ El 1° de octubre de 1996, en una reunión celebrada en Bruselas sobre las consecuencias del envejecimiento de la población, Francia presentó un análisis exhaustivo sobre los efectos de la disminución de la población en edad laboral sobre el desempleo en la Unión Europea. La conclusión de la reunión es la que acabamos de citar.

En consecuencia, conciliar la presencia permanente de personas de edad en la actividad laboral con el proceso de envejecimiento del individuo, la familia y la población es un problema muy concreto.

Por lo tanto, puedo concluir en primer lugar, que la Unión Europea —y especialmente Italia entre los países que la integran— se verá enfrentada con una competencia encarnizada en el mercado laboral en lo que se refiere a los costos laborales y la capacidad productiva en los sectores más avanzados, y con presiones migratorias igualmente fuertes. Durante los próximos 20 años, el *crecimiento* esperado de la población en edad laboral de la India será mayor que el del conjunto de la población del mismo grupo de edad en la Unión Europea. Entre los años 2000 y 2020 la población de 20 a 39 años debería reducirse de 17.1 a 11.1 millones de personas en Italia y aumentar de 16.8 a 31.1 millones en Etiopía.

La Unión Europea y sus miembros más débiles en lo que se refiere a tendencias económicas o demográficas, podrían verse atrapado entre los países tecnológicamente avanzados, como los Estados Unidos y el Japón y la enorme masa de mano de obra barata de los países de Asia —y, prospectivamente, de los países africanos—, pues carecen tanto de la característica citada en primer término (con la excepción, hasta cierto punto, de Alemania) como de la segunda. Para Italia, esta situación podría derivar en una reducción aún mayor del número de personas ocupadas, especialmente en la franja de los salarios intermedios, lo que significaría también una nueva disminución de la base tributaria y una caída concomitante de los ingresos, con el riesgo de una crisis aún más grave del sistema jubilatorio.

Ciertamente, la competitividad a escala mundial y la competencia internacional constituyen uno de los mayores desafíos que deberá enfrentar Europa, y especialmente Italia,¹⁵ en los próximos decenios.

Bibliografía

- 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, Nueva York.
- Deardoff, A.W. (1976), "The optimum growth rate for population: comment", *International Economic Review*, p. 17.
- División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (1999a), "World Population Prospects. The 1998 Revision", Nueva York, Naciones Unidas.
- (1999b), "Population Ageing 1999", Naciones Unidas, Nueva York (gráfico mural).
- FNUAP (1998), Estado de la Población Mundial 1998 "Las Nuevas Generaciones", Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- Golini, A. (1979), "Attuali tendenze della popolazione in Italia: problemi e prospettive", Contributi del Centro Linceo interdisciplinare di scienze matematiche e loro applicazioni, Nº 49, Roma, Accademia Nazionale dei Lincei.
- (1989), "Dinamiche demografiche e politiche previdenziali", Atti del Convegno Novant'anni di previdenza in Italia: culture, politiche, strutture, Roma, 9 a 10 de noviembre de 1988, Roma, INPS, 1989.
- (1997), "Fertility trends in Italy. Are they desirable and/or sustainable?", documento presentado en la reunión de un grupo de expertos en tasas de fecundidad deficitarias, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York.

¹⁵ Italia también podría verse afectada por un desafío "interno" de la Unión Europea, resultante de las diferencias de dinámica de la población joven en los cuatro países más populosos de la Unión. A título de ejemplo, en el cuadro 8 se incluyen cifras comparativas entre el Reino Unido e Italia.

- (1998), "Population ageing in developed countries: lesson learned and to be learned", FNUAP, CIPD+5, Technical Meeting on Population Ageing, Bruselas, 6 a 9 de octubre de 1998 (próximo a publicarse).
- 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*, mayo y junio.
- 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 de julio de 1996.
- OCDE (1998), "Education at a glance. OECD Indicators", 1998. Paris: OCDE.
- Samuelson, P.A. (1975), "The Optimum Growth Rate of a Population." *International Economic Review*, p. 16.

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión I: El proceso de envejecimiento de la población

Juan Carlos Alfonso Fraga¹

Resulta para mí gratificante, y a la vez una responsabilidad, comentar la sesión inaugural de este Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. Y aunque la tarea es compleja, ya que no sólo consiste en exponer criterios propios, sino también valorar los criterios de otros, esta es una oportunidad en la que bien vale la pena correr este riesgo.

La convocatoria de un encuentro regional como éste, en el que no sólo participan especialistas e investigadores en la materia, sino también encargados de la formulación de políticas, le otorga características especiales. No puedo dejar pasar la ocasión para agradecer a los organizadores la oportunidad que me han dado de hacer estos comentarios.

Se ha afirmado que el siglo XX, ya en sus postrimerías, entre otras denominaciones ha sido el siglo del crecimiento poblacional. En 1900 se estimó la población mundial en 1 663 millones de habitantes;

¹ Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba. Para la elaboración de estos comentarios se consultaron otros documentos pertinentes, además de los analizados.

dentro de escasamente un mes se anuncia que llegará a los 6 000 millones. En casi cien años el incremento será prácticamente de 4 400 millones. En un contexto de tan alto crecimiento demográfico, que por cierto también se ha dado en un marco de acentuadas inequidades y desigualdades de todo tipo, se ha producido un cambio de la estructura etaria de la población. El avance de la transición demográfica ha significado que a la par con la disminución del crecimiento poblacional se redujera también la población más joven, mientras aumentaba la de mayor edad. Dados los diferentes entornos socioeconómicos, así como las particularidades regionales y nacionales, esto significa, expresado de una manera simplificada, que los países desarrollados se encuentran en un proceso de “implosión” demográfica, en tanto que los países en desarrollo están en uno de “explosión”, aunque de menor intensidad que el de décadas anteriores; si bien la población continuará creciendo a un alto ritmo en los próximos años, también envejecerá y, en no pocas regiones y países, el incremento de la población “mayor” será también “mayor” que el de la población total. Como se ha dicho, entonces, el siglo XXI será el siglo del envejecimiento poblacional.

Por tanto, una de las primeras preguntas que debemos plantearnos es si nos encontramos ante una evolución irreversible de la población. La respuesta no es simple; aunque se podría responder que conceptualmente no es así, ya que si hubiera un aumento de la fecundidad o una inmigración significativa y sostenida, este fenómeno podría revertirse.

En el caso de América Latina y el Caribe ni lo uno ni lo otro parece posible o, incluso, deseable. La experiencia enseña que la fecundidad ha mostrado un continuo descenso en los últimos decenios, fenómeno que probablemente sea el más intenso de los cambios demográficos; los pronósticos parecen confirmar esta tendencia, puesto que se prevé que a mediados del próximo siglo todos los países de la región presentarán una fecundidad cercana al nivel de reemplazo. Por otra parte, aunque en el caso de la migración no se puede hablar del continente en su conjunto como de un área “expulsora” de población, ya que existen diferencias entre países, e incluso entre subregiones, no están dadas las condiciones para que América Latina y el Caribe se conviertan en receptores de volúmenes considerables de población, como sucedió en las primeras décadas de este siglo.

Por tal razón, es importante la “anticipación”, es decir el estudio y la preparación para el progresivo envejecimiento de la población en el continente, proceso que, por todo lo expresado en las exposiciones, es previsible; a esto se debe añadir que, aunque en su esencia la disminución global de la mortalidad y la fecundidad resultan positivas, por su significado no dejan de ser un problema al cual hay que prestar gran atención, evitando los criterios alarmistas o pesimistas, ya que al fin y al cabo todos los aquí presentes hemos trabajado de una manera u otra para que se produzca este fenómeno, mediante nuestro empeño por impulsar el desarrollo económico y social, la educación, la salud, la salud reproductiva, la seguridad y la asistencia social y, en último término, la equidad para nuestros pueblos, lo que, en un complejo proceso de interrelaciones entre población y desarrollo, conduce a cambios en la evolución demográfica, una de cuyas manifestaciones es el envejecimiento.

En este marco, en la sesión I se han analizado varias propuestas, una de las cuales se refiere a todo el continente. En ella, Miguel Villa y Luis Rivadeneira, autores de “El proceso de envejecimiento de la población en América Latina: una expresión de la transición demográfica”, publicado por el CELADE-División de Población de la CEPAL, muestran de una manera ampliamente documentada la diversidad y complejidad de la realidad continental, tanto en lo que respecta a las causas como a las consecuencias del proceso de envejecimiento de la población. Queda de manifiesto la importancia de los cambios en las principales variables demográficas ocurridos en los últimos decenios, y de las proyecciones inmediatas y mediatas.

Villa y Rivadeneira demuestran con exactitud, en un análisis de 100 años de evolución sociodemográfica comprendidos entre 1950 y el 2050, que en la actualidad hay sólo dos países cuya

proporción de población adulta mayor no va en aumento, pero que alrededor del 2050 en otros dos “la población de edad mayor más que duplicará a la de menos de 15... con estructuras etarias parecidas a las proyectadas para el promedio de los países más desarrollados desde el 2020”.

Entre estos dos extremos se encuentra el resto de los países que en mayor o menor medida registrarán un incremento de la población de adultos mayores. Este proceso es de gran trascendencia, puesto que en América Latina, una de las regiones del mundo de más alto crecimiento poblacional en décadas anteriores, la población de 60 años y más se cuadruplicó, mientras la total se triplicó. Lo interesante es que este proceso es calificado, en su conjunto, como fruto de una “transición demográfica reciente, por lo que aún no se evidencia en toda su intensidad”. Este razonamiento es lo que desean demostrar los autores en su trabajo.

En las etapas y rutas de la transición en el período analizado, a partir del año 1950 hasta el presente los autores identifican un “rejuvenecimiento inicial” (1950-1975) y una etapa posterior que califican de “asomo de envejecimiento” (1950-2000); luego pronostican que el proceso hasta el año 2050 se caracterizará por “signos de un envejecimiento bastante más acentuado y generalizado”. En términos cuantitativos, alrededor del 50% del incremento demográfico total que experimentará la región desde ahora hasta el año 2050 corresponderá al aumento de la población adulta mayor. En los 50 años transcurridos, esta proporción ha sido inferior al 10%.

Con todo, los adultos mayores, que en la actualidad ascienden aproximadamente a 41 millones de personas y que, según los pronósticos, en el 2050 alcanzarían a los 184 millones, no constituyen un problema importante *per se*. El avance de este proceso se dará acompañado de otras características demográficas de la población, como la importante presencia de poblaciones dependientes, infantiles y juveniles, que mantendrán altas demandas y requerimientos, y si bien se ha señalado con acierto que la proporción de personas en edad activa será superior, lo que hará disminuir los índices de dependencia, estos últimos son sólo relaciones teóricas, en los que no se toman en cuenta las realidades socioeconómicas circundantes, sobre todo cuántas de estas personas trabajan, cuántas no lo hacen y su tipo de inserción en el mercado laboral, entre otros factores.

Por lo tanto, aparte de la descripción de las características sociodemográficas de estas poblaciones, se analizan sus relaciones con el mercado de trabajo, donde queda de manifiesto que son muchas las razones y los hechos que potencian su vulnerabilidad y, consecuentemente, su calidad de vida. La resolución de estos aspectos en un marco de equidad y solidaridad constituye, sin duda, uno de los grandes retos que el incremento de la población mayor planteará en América Latina y el Caribe. Cuando las estructuras etarias, en un proceso de larga gestación, tiendan a invertir la pirámide de edades, la presencia de población mayor en el mercado laboral será una realidad.

En otro entorno, la concomitancia de las transiciones demográfica y epidemiológica irá modelando una estructura de morbilidad y causas de muerte en la que el aumento de las enfermedades crónicas acompañará un proceso en el cual no siempre vivir más significará tener una vida más sana. Demandas no resueltas y nuevos desafíos caracterizarán esta transición, proceso en el que la salud de la población mayor aparece precisamente como uno de los problemas más complejos que deben atenderse, y en el que pueden hacerse más patentes las diferencias y deficiencias de esta evolución en buena parte de la población regional.

Se podrían formular muchos otros comentarios sobre distintos aspectos de este trabajo: las tipologías utilizadas para la clasificación de los países según las etapas de la transición demográfica en que se encuentran, los diferenciales urbanos y rurales, la problemática por sexos, lo arbitrario de la utilización de determinadas edades para la clasificación del proceso, el reordenamiento institucional y de prioridades de los servicios sociales que inducirá el envejecimiento de la población y, en general, sobre el amplio espectro de problemas que reflejan su integralidad, algunos de los cuales comentaré más adelante.

Aunque resulte evidente que se debe tratar el proceso del envejecimiento de la población desde una perspectiva continental, es indiscutible la importancia de hacerlo también desde la perspectiva de cada país, dada la heterogeneidad de las transiciones nacionales. Una propuesta que se pudiera retomar es la conveniencia de preparar estudios monográficos sobre el envejecimiento y sus consecuencias sociales y económicas. Estos trabajos deberían tener puntos convergentes y realizarse según esquemas y criterios que bien pudieran ser establecidos por el CELADE-División de Población de la CEPAL, conjuntamente con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas.

En el trabajo de Zulma Reccini de Lattes se analizan las tendencias y perspectivas del envejecimiento en Argentina, uno de los países del continente, junto con Cuba y Uruguay, en los que el proceso de envejecimiento poblacional es de más larga data y también de mayores proporciones. El trabajo de esta autora es de carácter histórico, y en él se describen de manera sintética y clara los procesos de envejecimiento de la población femenina y masculina, así como el de feminización de la población mayor en Argentina, todos los cuales comenzaron alrededor del año 1925, según los períodos históricos establecidos.

Para ello la autora recurre a técnicas de análisis longitudinal que le permiten identificar al menos cuatro etapas en el proceso de envejecimiento: la primera entre 1870 y 1925, “sin envejecimiento”; la segunda entre 1925 y 1975, de “envejecimiento rápido”; la tercera, que se extenderá hasta el 2005, de “envejecimiento en desaceleración”, y una cuarta etapa que se prolongará hasta el 2050, también caracterizada por un “envejecimiento rápido”. Mediante esta síntesis, la autora acierta a distinguir el papel que desempeñan las distintas variables demográficas en el envejecimiento de la población argentina; destaca, en particular, la importancia que en este caso ha tenido la migración neta, tanto en la población femenina como masculina.

En el trabajo se cuestiona el uso de un determinado umbral de edad cronológica para definir el comienzo del envejecimiento, si bien se reconoce que esta práctica obedece a la búsqueda de una forma simplificada y ordenadora de presentación y a la necesidad de posibilitar la comparación de datos. Pero se advierte que los procesos sociodemográficos tienen que situarse en un contexto histórico-social determinado, ya que el significado social de la edad cronológica ha ido variando con el paso del tiempo y seguirá haciéndolo.

Otra de las virtudes de este trabajo es el hecho de describir el envejecimiento de hombres y mujeres, lo que denota el reconocimiento de que viven estos procesos en forma diferente. Además de estos temas generales, se analizan otros de indudable importancia.

Al problema de la determinación del proceso de envejecimiento a partir de una edad específica, la que también es importante definir, ya que sus magnitudes y consecuencias varían según la edad que se fije, se une el de las denominaciones utilizadas para definir a los actores del proceso. No sólo se habla de integrantes de la “tercera edad”, sino también de una “cuarta edad”, y son descritos como “senescentes”, “adultos mayores”, “mayores”, “mayoridad”, “ancianos”, “envejecidos”, entre otros términos de una larga lista que incluye algunos provenientes del lenguaje popular y que en algunos casos resultan peyorativos. Si bien en primera instancia estas disonancias semánticas parecerían sin importancia, no es así, puesto que el lenguaje y su expresión responden a la trascendencia social de determinados sucesos, problemas o fenómenos, por lo que resultaría útil y conveniente establecer criterios comunes de denominación de estas poblaciones, cuyo volumen e importancia social aumentan día a día.

Otro de los problemas considerados es el de la medición del fenómeno. La medición es una disciplina científica, cuyo diseño y aplicación rigurosa permiten destacar los aspectos novedosos y prioritarios de un proceso, en este caso de un fenómeno poco estudiado, como el envejecimiento poblacional. Asimismo, hace posible medir, analizar, interpretar y proponer, actividades que son necesarias para entender las características de este problema y las acciones que deben emprenderse.

Por lo tanto, la importancia que en el trabajo que nos ocupa se otorga a lo adecuado de la medición a partir de indicadores como la edad mediana, la esperanza de vida geriátrica, la tasa de envejecimiento, el análisis por sexos, el lugar de nacimiento de las personas mayores y la impronta migratoria, considerada como variable secularmente relevante del proceso de envejecimiento de la población, configura una propuesta de la autora para el caso argentino, que consiste en concederle similar importancia a este fenómeno que a la evolución de la fecundidad y la mortalidad.

Propuestas semejantes, pero para otro entorno histórico y sociodemográfico, se presentan en la ponencia de José Alberto Magno de Carvalho y Flávia Cristina Drumond Andrade, “Envejecimiento de la población brasileña. Oportunidades y desafíos”. En Brasil este es un proceso relativamente reciente, que se focaliza en el descenso de la fecundidad ocurrido sobre todo a partir de los años sesenta; en lo inmediato se traduce en un crecimiento de la población de 1.3% en promedio y de 3.4% en el caso de los mayores, así como en una reducción de los más jóvenes (0 a 14 años). El número de adultos mayores comenzó a aumentar en Brasil a partir de 1960 y hoy día supera los 8 millones de personas. Lo reciente del fenómeno y su gran magnitud son indudablemente importantes, y así lo confirma el pronóstico de 38 millones de adultos mayores para mediados del próximo siglo.

Además de los indicadores que permiten diagnosticar y pronosticar el proceso de envejecimiento de la población en Brasil, se examina la heterogeneidad territorial, problema social variado y complejo, que exige acciones y políticas que también lo sean. Algunas de las regiones en que se divide Brasil tendrán demandas similares, ya que al aumento de la población de 65 años y más se sumará la presencia de poblaciones más jóvenes; en otras, en cambio, el incremento de los mayores inducirá, en el mediano y largo plazo, cambios en las relaciones de dependencia generales y en sus componentes internos.

De todos modos, en su conjunto, la evolución futura de este indicador parece ser favorable, debido a que la proporción de personas en edades activas supera a las no activas. Independientemente de las modalidades de la transición y sus etapas, esta característica de la relación de dependencia es común a otros países del continente y, sin duda, representa una oportunidad aprovechable en la actualidad y en los próximos años, dado que la rapidez del proceso invertirá esta relación y provocará un deterioro de las relaciones de dependencia, que dejará de centrarse en los tramos de edades más jóvenes para hacerlo en los de mayor edad.

La rapidez del proceso de envejecimiento que se está produciendo, en mayor o menor medida, en todos los países de América Latina y el Caribe, incluido Brasil, los llevará a alcanzar etapas de envejecimiento poblacional que en los países desarrollados se dieron a lo largo de períodos más prolongados, pero con condiciones socioeconómicas más favorables. En efecto, los desiguales grados de desarrollo socioeconómico del continente, tanto actuales como previsibles, la persistencia de altos niveles de pobreza y la acentuación de la “pobreza dura”, el desempleo y la falta de equidad en la distribución del ingreso, entre muchos otros factores, auguran un futuro complejo e incierto, en el que las diferencias sociales de estos grupos poblacionales pueden empeorar, de manera que el vivir más deje de ser algo agradable y esperado.

En otro entorno, y al igual que en el caso de Argentina, las mujeres serán protagonistas fundamentales de este proceso y en no pocos casos, dada la conocida sobremortalidad masculina y la disminución de la fecundidad, les tocará enfrentarlo solas, con el agravante, ampliamente documentado en muchas investigaciones, de que su nivel de privaciones ha sido superior a lo largo de la vida.

En el estudio de Carvalho y Drumond Andrade se tratan otros temas, como la situación de las familias, la preparación de las nuevas generaciones para el envejecimiento y las relaciones entre los más y menos envejecidos, así como el aumento de las erogaciones sociales, familiares e individuales para cubrir necesidades de salud y asistencia social, y los cambios en los sistemas de seguridad social con su correlato de ajustes de los sistemas de capitalización, reparto y edad de

jubilación, entre otros aspectos. Si bien se ha deliberado ampliamente sobre estos temas, reitero que, en conjunto con las transformaciones provocadas por el envejecimiento poblacional en el entorno familiar, su funcionamiento, las redes de apoyo, las relaciones entre sus integrantes y otras, las demandas de servicios de salud y sus repercusiones en términos de seguridad y asistencia social son algunas de las consecuencias más significativas del proceso, por lo que exigen que se les otorgue prioridad.

Por último, siguiendo el orden de las exposiciones, se encuentra el estudio de Antonio Golini “La situación y perspectiva del envejecimiento en un país de transición demográfica avanzada: el caso de Italia”.

El inevitable ejercicio comparativo con la realidad latinoamericana a que induce este trabajo indica qué dimensiones del envejecimiento deben considerarse y priorizarse para hacer posible la anticipación de proyectos y acciones, antes de que el número de ancianos sea proporcionalmente elevado. En ese contexto, el estudio, conocimiento y difusión del problema, así como la sensibilización de las autoridades gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, el mundo académico, el sector privado y, en fin, la sociedad civil, constituyen prerequisites de una cultura “del y para el envejecimiento” y, por tanto, de una percepción real del problema.

América Latina y el Caribe, en franca desventaja socioeconómica con respecto a Italia, pero con un incremento más rápido del envejecimiento que en ese país, no pueden esperar a tener los valores de población de 60-65 años y más que Italia viene registrando en las últimas décadas y de lo cual, “a pesar de las reiteradas llamadas de atención por parte de los demógrafos durante muchos años”... “se ha tomado conciencia... sólo desde hace pocos años”. Especialmente si se tiene en cuenta que en el continente ya aparecen países en los que las esperanzas de vida masculina y femenina se asemejan a las italianas de hace dos décadas atrás, en tanto que su fecundidad para igual período es menor.

En el trabajo se ilustra de manera clara y específica la situación demográfica actual y prospectiva de Italia, que desembocará en un acelerado y dramático proceso de envejecimiento de la población, lo que sitúa a ese país a la cabeza de esta problemática a nivel mundial, hecho sin precedentes en la historia, como señala su autor. Esto, a su vez, plantea un gran reto a los investigadores y científicos, así como al gobierno, ya que se deben buscar y aplicar políticas integradas para enfrentar esta problemática dentro de un período de tiempo relativamente muy corto. De ahí la importancia que tendría para nuestra región el análisis de esta experiencia y sus posibles repercusiones.

A partir de la lectura de este material y de los restantes, podría llegarse a la conclusión de que enfrentar el problema del envejecimiento requerirá de políticas de población flexibles y acordes con el desarrollo socioeconómico, cultura y costumbres, capacidad institucional e infraestructural de los gobiernos de cada país en particular, dado que este proceso es una experiencia individual, pero a la vez ejerce un considerable impacto en las diferentes manifestaciones espirituales y materiales del propio individuo y de la sociedad en su conjunto, que inciden en la vida económica, política, cultural, psicológica y social de cada nación. Esto significa que se trata de un problema integral en sus causas y consecuencias.

Las políticas nacionales y multisectoriales estarán irremediablemente sujetas y vinculadas al proceso de globalización a gran escala. La eliminación de las barreras de mercado en favor del libre flujo de capitales, con especial referencia a la fuerza de trabajo, podría crear un desequilibrio de los recursos laborales favorable a unos y en detrimento de otros. Habría que preguntarse entonces, cuáles serían los costos y los beneficios de los flujos migratorios para los países emisores y receptores, de acuerdo con su situación demográfica y socioeconómica, y en qué forma pudiera concebirse este intercambio de manera beneficiosa y equitativa entre las regiones y países, dejando atrás la relación asimétrica que ha predominado hasta nuestros días entre el mundo desarrollado y en desarrollo.

Se podría decir que se contraponen países con estructuras poblacionales envejecidas y un desarrollo socioeconómico sostenido, como es el caso de Italia y el de los países desarrollados e industrializados, y países en desarrollo, con un crecimiento económico irregular y, en muchos casos, bajo los efectos de procesos de ajuste estructural de sus economías, en los que se prevé reducir el gasto social, situación aun más grave en un contexto de recientes y sucesivas crisis en diferentes países, que inciden en la economía mundial. En estas condiciones, para muchos países puede ser más difícil y complejo enfrentar la problemática del envejecimiento, al menos en los primeros años del próximo siglo, en particular en el caso de aquellos que han sido relativamente sorprendidos por este cambio demográfico o que no han sido capaces de ir adaptando paulatinamente sus estructuras sociales y económicas para asimilarlo.

En el caso de Italia, el envejecimiento es un problema presente y en continuo aumento, ya marcado por la “crisis” del sistema de seguridad social, hecho que implica, como el autor sugiere y a la vez propone, la necesidad de formular políticas de población y reformar el sistema de seguridad social para poner en práctica acciones a corto, mediano y largo plazo.

Es de suma importancia que se tome conciencia de esta situación a escala continental y nacional y que se valore cabalmente la magnitud del problema del envejecimiento y sus posibles soluciones, para así evitar enfoques más bien negativos para la población, como pudo serlo, en su momento, la concepción malthusiana y neo-malthusiana de población y pobreza. La polémica en torno del hecho de que somos demasiados, pero en un futuro no muy lejano para algunos es posible que seamos “no tantos, pero envejecidos”, podría conducir a que esta problemática se examinara en un marco analíticamente limitado, restando importancia a la distribución y uso de los recursos, es decir, a la población como productora, consumidora y beneficiaria de un desarrollo sostenible.

El análisis del impacto económico del envejecimiento de la población es dominado por el cuestionamiento de la capacidad del Estado para financiar el esperado incremento de los gastos sociales. En este sentido, los adultos mayores son considerados, en principio, como consumidores y dependientes de la población trabajadora. Para algunos esta visión puede ser incorrecta debido, entre otras razones, a que empíricamente puede demostrarse que los ancianos no consumen más que el resto de la población (en relación con su ingreso); por lo tanto, el debate debería centrarse más en la producción.² (Messkoub, 1997) .

Al caracterizar a los ancianos como población dependiente se ignora la contribución que hacen y podrían hacer a la economía, y se les presta menor atención que a otros sectores de la población. A largo plazo, el problema radica también en el conjunto de la población en edad laboral y no solamente en la población trabajadora. En este sentido, la crisis del envejecimiento es realmente producto de un desequilibrio entre la población en edad laboral y la población anciana, pero aun desde este punto de vista el mayor problema es el de la productividad de los primeros.

El tema del envejecimiento y la dependencia debe ser cuidadosamente examinado, como concepto cultural, histórica y socialmente determinado, con un enfoque de género. Para un país, la edad funcional como indicador de la capacidad productiva de la población es más útil, desde el punto de vista del potencial de la economía para asegurar la satisfacción de las demandas de la población anciana.

En el contexto actual, las políticas para potenciar el incremento de la fecundidad, en particular en Europa y en América Latina y el Caribe, como una hipotética demanda a largo plazo, parecieran ser algo difíciles de poner en práctica, aun si se crearan condiciones propicias, dadas las características del patrón de fecundidad, valores, costumbres, modo de vida y cultura de estas sociedades, además del costo de la crianza de los hijos y, en especial, de su educación para responder a las exigencias de un mercado de trabajo altamente competitivo.

² Mahmood Messkoub, “Crisis of Ageing in Less Developed Countries. A Crisis for Whom? Some Conceptual and Policy Issues”, Working paper series Nº 254, Institute of Social Studies, La Haya, Países Bajos, 1997.

No obstante, el incremento de los inmigrantes del mundo en desarrollo podría, de manera directa e indirecta, coadyuvar al cambio de este panorama, pues no sólo compensaría la demanda de recursos laborales, sino que podría actuar como un factor que contribuyera a la modificación de los patrones reproductivos, en un contexto de intercambio de culturas diferentes, costumbres, y actitudes ante la vida y la procreación misma.

En resumen, el proceso de envejecimiento de la población analizado desde una perspectiva global para América Latina y el Caribe y en los casos específicos de Argentina, Brasil e Italia deja, en una visión comparativa, varias premisas y también preocupaciones para los posteriores debates sobre estos temas, derivados de la dimensión no sólo cuantitativa, sino también cualitativa, de los diagnósticos y pronósticos presentados. Es así conveniente examinar secuencialmente los escenarios y retos adicionales que plantea el envejecimiento poblacional y sus tendencias.

Lo primero parece ser definir el problema, contextualizarlo histórica y culturalmente, así como en sus aspectos sociales, económicos y territoriales. Luego se debe continuar con la forma en que se mide e interpreta.

De nuevo los métodos de medición, tanto cuantitativos como cualitativos, son los elementos prioritarios que se tienen que utilizar, al igual que sus modalidades de aplicación, basadas en sistemas estadísticos, encuestas, estudios de grupos, observación y participación. Así, para lograr el conocimiento más exacto posible del fenómeno son instrumentos válidos, entre otros, la determinación de las características que son dependientes de la edad y las que no lo son, el estudio de los cambios que experimentan las personas en el tiempo y de las diferencias entre generaciones, así como los análisis transversales y longitudinales.

El perfil sociodemográfico de las personas envejecidas es un tema inicial y obligatorio, que incluye el estudio del problema según atributos y variables, en áreas urbanas y rurales, al igual que la determinación de su magnitud y sus características presentes y futuras, pero no sólo desde el punto de vista sociodemográfico, sino también de sus vínculos con factores condicionantes socioeconómicos.

El tema de la salud es fundamental. Entre sus componentes básicos se destacan la morbilidad y mortalidad de las personas mayores, la formación de recursos humanos especializados, en particular en la medicina y las diferentes áreas de atención social, la evaluación de los estados de salud, los niveles de atención social y primaria y sus efectos en la comunidad. La dimensión de la salud debe coadyuvar, junto con otras, a la identificación de elementos de calidad de vida.

Las condiciones laborales y de seguridad social constituyen aspectos de obligada referencia. En primer término se debe reflexionar sobre los problemas específicos del empleo, las condiciones de trabajo y los efectos del desempleo y la crisis en el caso de la población envejecida, para luego valorar su situación cuando la relación laboral concluye. También se debe analizar aspectos como la jubilación, sus repercusiones económicas y sociales para las personas mayores, los esquemas de financiamiento de las pensiones, su viabilidad, costos y posibilidades de acceder a ellas.

Al igual que en el caso de la salud y la seguridad social, la familia es una de las instituciones sociales que primero y con mayor intensidad acusa el impacto del envejecimiento poblacional. Por lo tanto, su evaluación en la comunidad requiere conocer la situación de los hogares de los ancianos, los grupos de referencia presentes, su relación con los demás integrantes de la familia, para identificar los arreglos y las características de la dinámica familiar en el contexto de creciente urbanización y cambio propio de las sociedades latinoamericanas actuales. Si esto no se estudia en profundidad no podría haber un acercamiento familia-comunidad-instituciones para atender el problema.

Otro tema que se menciona en forma recurrente en programas y documentos es lo que se ha denominado **cultura** del y sobre el envejecimiento. La identificación de las percepciones de los propios ancianos sobre sus aspiraciones en cuanto a desarrollo personal, protección y estilos de vida

adecuados forma parte de este tema, así como las concepciones sobre los ancianos que tienen la sociedad y los otros miembros de la familia y los estereotipos que deben cambiarse.

Por último, la creación de bases de datos, a partir de resultados de sistemas estadísticos y otros estudios cuantitativos y cualitativos, pone de relieve la necesidad de recopilar y organizar información e indicadores idóneos para el estudio del envejecimiento y la puesta en práctica de programas pertinentes. En este plano, la definición de políticas en materia de envejecimiento en el marco de las políticas de población y la determinación de su viabilidad en el actual contexto económico y social de América Latina y el Caribe se destacan entre los componentes conceptuales que es más importante analizar y debatir.

Estos aspectos en su conjunto, más otros no mencionados, exigen abordar el problema del envejecimiento, del cual habrá que ocuparse más temprano que tarde. Nuestros ancianos demandan su solución y es imperioso contribuir a ella. En todo caso, por varias razones, incluyendo las personales, resulta muy sugerente el siguiente pronunciamiento (Kalache, 1995): **Nunca antes en la historia de la humanidad el envejecimiento había sido un fenómeno mundial. Las oportunidades son interesantes y múltiples. El fracaso o el triunfo dependerán mucho de nuestra resolución y determinación de atacar de frente los problemas existentes. Hay muchas razones para tener una actitud positiva y optimista, pero si fracasamos, las futuras generaciones de ancianos no nos perdonarán. Ahí estamos incluidos nosotros, los ancianos del mañana.**

Sesión II: Salud del adulto mayor

Prolongación de la vida de los seres humanos: longevidad y calidad de vida

¿Podremos vivir mucho tiempo gozando de buena salud?

Jean-Marie Robine¹

Si bien el término “expectativa de salud” tiene varios usos —por ejemplo, para determinar la expectativa de vida sin discapacidad— y lo mismo ocurre con sus indicadores derivados, como el estudio de los diferenciales de salud o de la importancia relativa de las distintas causas de morbilidad, el principal objetivo de las cifras de expectativa de salud es evaluar la salud de una población, o de los grupos que la componen, en función del tiempo.

Este objetivo muy concreto está vinculado con las variaciones de la esperanza de vida. Las primeras estimaciones, realizadas en el siglo XVII, tenían por objeto evaluar cuál era tiempo promedio que podía prolongarse la vida humana, como dan fe las cartas intercambiadas por los hermanos Huygens en 1669 (Dupâquier y Dupâquier, 1985). ¿Cuál es la mejor representación de la longevidad: la

¹ Jean-Marie Robine, *Démographie et Santé*, INSERM y Universidad de Montpellier I, Centre de la Recherche Val d'Aurelle, 34298 Montpellier, Francia (robine@valdorel.fnlcc.fr).

edad modal al deceso, es decir, la mediana de la edad que alcanzarán o superarán el 50% de las personas —una probabilidad de 1:2 alcimiento—, o el número promedio de años que puede esperar vivir cada persona cuando nace? El propósito de la expectativa de salud es muy distinto porque el cálculo habitual de la esperanza de vida —desde el siglo XIX para los primeros países, como los de Europa septentrional, Francia y el Reino Unido— ha demostrado un aumento muy firme de la longevidad media. Por ejemplo, en Francia la esperanza de vida al nacer de las mujeres aumentó de 41 años en el período 1817-1831 a 49 años en el período 1898-1903 y a 82 años en 1997 (INSEE, 1961; Levy, 1998)². En tal sentido, el objetivo de analizar la expectativa de salud no es calcular el período de vida promedio que las personas vivirán en buena salud, sin discapacidad, sino determinar si este indicador varía de la misma manera que la esperanza de vida.

1. Mortalidad y longevidad

En los años ochenta, los investigadores tenían acceso a datos del decenio de 1960 y de años anteriores. En los umbrales del siglo XXI estamos trabajando con datos de principios de los años noventa. Esta situación es algo mejor, aunque subsiste un desfase en el tiempo entre el período que abarcan los datos y la fecha del estudio. Actualmente se reconoce que la mortalidad de las personas más ancianas está en declinación y que el incremento de la esperanza de vida se debe, principalmente, a esta disminución de la mortalidad. Sin embargo, en el decenio de 1980 sólo las personas más eruditas y visionarias conocían esta situación. Casi todos creían que, por definición, la mortalidad de las personas más ancianas no podía disminuir y que la esperanza de vida al nacer no podía exceder los 85 años de edad porque existía un límite biológico para la duración de la vida de los seres humanos, que era de aproximadamente 100 años (Fries, 1980; Hayflick, 1981; y Cutler, 1985). También se creía que los valores alcanzados por las mujeres de los países más desarrollados no podían ser superados significativamente. Estas creencias, que llevaron a los estadísticos a pronosticar que el proceso de aumento de la esperanza de vida se interrumpiría a corto plazo (Dinh y Labat, 1979), también llevaron a James Fries a elaborar su teoría sobre la compresión de la morbilidad (Fries, 1980). Otros expertos pronosticaron una disminución de las desigualdades sociales en lo que se refiere a la mortalidad y una reducción de las diferencias entre la esperanza de vida de los hombres y de las mujeres.

La idea de que existía un límite biológico para los seres humanos y que éste era del orden de los 100 años fue propuesta por Buffon. En 1749 escribió lo siguiente: *"Pero si consideramos el género humano en términos generales, no existe gran diferencia en cuanto a la duración de la vida; el que no muere por dolencias accidentales vive a lo sumo de noventa a cien años. Nuestros antepasados no vivieron más que eso, y desde la época de David esto no ha variado un ápice"*. Tuvieron que transcurrir 250 años para que Jeanne Calment cumpliera 120 años y este dogma quedara refutado rotundamente (Robine y Allard, 1998).

El aumento de la esperanza de vida

Sin embargo, todos los cálculos de la esperanza de vida a los 65 años, especialmente los realizados después de los años *treinta* con respecto a las mujeres francesas, han puesto en evidencia, reiteradamente, que este indicador ha ido aumentando sistemáticamente. "No hay peor ciego que el que no quiere ver", y en lo que se refiere a la mortalidad de las personas de edad, el peso de las creencias a menudo distorsiona la observación objetiva de los hechos. En consecuencia, aunque hoy día la información sobre la reducción de la mortalidad de las personas de más de 65 años de edad goza de amplia aceptación, pocos han calibrado su importancia.

² En el presente artículo utilizaremos de preferencia datos correspondientes a Francia. Se eligieron a fin de ilustrar la situación de la mortalidad en los países más avanzados y no como ejemplo concreto de lo que sucede en este país.

Si consideramos una base de 100 para el año 1900, la esperanza de vida a los 65 años de edad —considerando ambos sexos— ha aumentado en mayor proporción que la esperanza de vida al nacer. Hoy día, en Francia, más del 90% de las personas alcanzan los 65 años de edad, en las condiciones vigentes en 1996. Su esperanza de vida es de aproximadamente 21 años, en 20 años exactamente 20.7 (Kerjosee y Tamby, 1999), superando la cifra establecida por Fries, que fijó el límite de la esperanza de vida a los 65 años (Fries, 1980). Este límite se superó en 1991, cuando el 89% de las personas alcanzó los 65 de años de edad en las condiciones vigentes en ese momento. Nada permite suponer que esta tasa de crecimiento esté disminuyendo. Más bien todo lo contrario. Hasta la segunda guerra mundial, la esperanza de vida al nacer aumentaba a un ritmo mayor que la esperanza de vida a los 65 años, pero después de la guerra la situación se ha invertido. Para las mujeres, este aumento fue más elevado desde principios del período de posguerra mientras que para los hombres, recién en los años setenta la esperanza de vida a los 65 años comenzó a aumentar más rápidamente que la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, en ambos casos pareciera que el proceso se ha acelerado desde mediados del decenio de 1980 cuando se produce una inflexión en el ritmo de declinación de las tasas de mortalidad por grupos de edad (MesIII y Vallin, 1998).

La explosión demográfica de los centenarios

El aspecto más espectacular de esta disminución de la mortalidad es el aumento vertiginoso del número de centenarios. Lo podemos observar en Dinamarca, cuyos registros de población incluyen las cifras anuales de centenarios desde 1775. Mientras que entre 1855 y 1924 sólo eran un puñado —186 mujeres y 52 hombres, es decir, aproximadamente 3 ó 4 por año, con una mayoría de mujeres—, su número comenzó a aumentar a partir de 1935, y desde 1970 el crecimiento ha sido explosivo. Por ejemplo, en el período 1965-1970 había 321 centenarios y en el período 1985-1992 su número había aumentado a 955 (Skytthe y Jeune, 1995). Francia no posee registros de población para estos períodos y el número de centenarios debe estimarse utilizando diversos métodos. En 1950 su número era de alrededor de 200 (Labat y Dekneudt, 1989), hoy día la cifra se aproxima a 8 500 y, según las proyecciones más prudentes —realizadas por el método de la rectangularización de la curva de supervivencia (véase *infra*)—, se estima que la cifra llegará a 150 000 en el 2050 (Dinh, 1995), es decir, 750 veces más que en 1950. En ese momento, Francia tenía una población de 41 millones de habitantes (INSEE, 1961). El mismo factor de crecimiento permitiría estimar que en el año 2050 la población del territorio de Francia será de 31 000 millones de habitantes. Para Alfred Sauvy "es preciso elegir entre el crecimiento demográfico o el envejecimiento de la población". En la actualidad, no estoy seguro que podamos hacer esa elección. En otro ejemplo, correspondiente a Inglaterra y Gales, se estima que en el año 2001 la cifra de centenarios será de 10 000 y en 2031 de 45 000 (Thatcher, 1997).

El ejemplo de Dinamarca ilustra otro fenómeno muy interesante: la declinación del número de centenarios registrada entre 1800 y 1860. El siglo XIX se caracterizó por el surgimiento del cálculo estadístico como herramienta básica de muchas ciencias, lo que trajo aparejado un mejoramiento de la calidad de los datos utilizados en esta disciplina. Extraña coincidencia, pero este proceso coincidió con la disminución del número de centenarios registrada entre 1800 y 1860, que luego se mantuvo constante hasta 1920. A fines del siglo XIX, William Thoms realizó las primeras investigaciones científicas dirigidas a convalidar las edades declaradas por los centenarios británicos. Los resultados invalidaron todos los casos conocidos (Thoms, 1873). En consecuencia, este investigador propuso reglas de validación rigurosas, que se aplicaron incluso en el caso de Jeanne Calment (Robine y Allard, 1995). En Canadá, Charbonneau y Desjardins también invalidaron todos los casos de centenarios del valle del río San Lorenzo anteriores al año 1800 (Charbonneau y Desjardins, 1990). Existen cada vez más pruebas científicas de que los centenarios son un fenómeno reciente en los países industrializados. Los primeros casos validados se produjeron alrededor del año 1800, pero se trata de casos esporádicos. Entre 1850 y 1950, en los países más industrializados se comprobó la supervivencia de un puñado de centenarios, cuyo

número dependía del tamaño de la población del país de que se tratara. Poco después de la segunda guerra mundial, en esos países su número registró un crecimiento explosivo (Jeune, 1995; y Vaupel y Jeune, 1995). La conclusión intuitiva de Buffon —para entonces transformada en dogma (Gavrilov y Gavrilova, 1991)— de que cada especie se caracterizaba por una longevidad determinada, que se mantiene estable durante unos 100 000 años (Cutler, 1985), ha comenzado a hacer agua por todos lados. Hoy día, la edad de 100 años se ha visto superada, en la especie humana por un margen muy amplio. Además, se trata de un fenómeno muy reciente.

Suecia es otro país en que los registros demográficos demuestran que la edad máxima al fallecer ha aumentado en forma pronunciada, año tras año, durante el siglo XX. Continuando con un estudio de 1937 sobre la edad máxima que podía alcanzar la especie humana (Gumbel, 1937), Wilmoth y Lundström demostraron que, en el trasfondo de las fluctuaciones inevitables de este tipo de datos —obtenidos mediante observaciones anuales individuales— cabría señalar tres aspectos (Wilmoth y Lundström, 1996). En primer lugar, en el período de 100 años comprendido exactamente entre 1890 y 1990, la edad máxima observada cada año aumentó en cinco años, de alrededor de 103 a 108 años para las mujeres y de alrededor de 100 a 105 años para los hombres. En segundo lugar, la brecha promedio de tres años entre los valores registrados para las mujeres y los hombres se mantiene constante durante el período de 100 años analizado. Finalmente y del mismo modo que en Dinamarca, se puede observar una disminución de las edades extremas durante el siglo XIX que ha resultado en una reducción de las fluctuaciones entre 1850 y 1900 y en una disminución aparente de las edades máximas alcanzadas. Si se tiene en cuenta que la longevidad máxima alcanzada cada año —un valor excepcional por definición— se aparta considerablemente de las condiciones del momento y proporciona, fundamentalmente, información sobre las características biológicas esenciales de la especie, puede deducirse que la longevidad de las mujeres supera permanentemente a la de los hombres en aproximadamente tres años y que en un intervalo de un siglo se observa que la longevidad de la especie humana tiende a aumentar. Si se considera que la probabilidad de lograr un récord determinado depende, en parte, del número de competidores, el número elevado de mujeres que alcanzan la vejez puede explicar su mayor longevidad. Del mismo modo, el crecimiento demográfico puede explicar, en un todo o en parte, los récords de longevidad observados en los últimos 100 años.

Estas observaciones constituyen hitos empíricos sobre la extensión de la longevidad de la especie humana. Pareciera que la edad de 100 años se alcanzó alrededor del año 1800 y que la persona en cuestión fue probablemente una mujer nacida alrededor del año 1700. Es posible que ya en 1930 en Irlanda, otra mujer llamada Katherine Plunket llegara a los 110 años de edad (Thatcher, 1999), pero sólo a fines de los años sesenta comenzaron a lograrse récords de este tipo en forma periódica y que también en esa época se produjera el primer caso masculino (Thatcher, 1992)³. Hoy día se han convalidado cuatro casos de muertes posteriores a los 115 años de edad: la inglesa Charlotte Hughes, fallecida a los 115 años de edad en 1993 (Laslett, comunicación personal, 1994), la francesa Jeanne Calment, que supero la barrera de los 120 años de edad en 1995 (Robine y Allard, 1998), la canadiense Marie Louise Meilleur, fallecida a los 117 años de edad en 1998 (Desjardins, 1999) y el estadounidense de origen danés, Christian Mortensen, fallecido también en 1998 a la edad de 115 años (Wilmoth y otros, 1996). Según la información disponible, una japonesa nacida el 18 de enero de 1879, alcanzó la edad de 116 años en 1995 (Toshiaki Inagati y otros). Hoy día, en Pennsylvania, sigue con vida una estadounidense llamada Sarah Clark Knauss, nacida el 24 de septiembre de 1880 (Rodgers Mayer, 1997).

Yendo de un extremo a otro, hoy día los estadígrafos pronostican que la caída drástica de la mortalidad de las personas más ancianas se mantendrá hasta 2050 o 2070, sin más preocupación por

³ Es posible que un holandés, Geert Adriaans Boomgaard, nacido el 23 de septiembre de 1788, haya vivido hasta 1899 (muriendo a los 110 años, 4 meses y 11 días de edad) (Heeres, sin fecha). Este caso debe ser verificado por Dany Chambre.

realizar un análisis crítico de los conocimientos actuales que la que tenían en 1980 con los conocimientos disponibles en ese momento.

Sin embargo, ninguno de estos datos —el aumento de la esperanza de vida, el surgimiento de un número creciente de centenarios, el incremento de la edad máxima al fallecer observado todos los años y la aparición de los supercentenarios— demuestra que la longevidad de la especie humana está aumentando en función del tiempo en lugar de mantenerse constante a lo largo de un período de tiempo muy prolongado.

Los datos ingleses, clasificados por grupos de edad y por cohortes, ilustran perfectamente la relación que puede existir entre el número de personas que alcanzan la edad de 100 años y la edad máxima alcanzada por cada una de las cohortes (Thatcher, 1997). Evidentemente, cuanto mayor sea el número de centenarios tanto mayor será la probabilidad de que se conviertan en supercentenarios.

Sea como sea, ninguna de las observaciones empíricas recientes contradice la hipótesis que postula que la longevidad de la especie humana está aumentando. Sin embargo, tampoco contradicen la hipótesis de una longevidad potencial relativamente constante. Sólo contradicen la hipótesis de que prácticamente se ha alcanzado la longevidad máxima potencial y que ésta puede definirse por una esperanza de vida de 85 años y una edad máxima de 100. Quizás, lo único que hemos logrado es superar, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida, nuestra esperanza de vida potencial, es decir, nuestra longevidad. Cabe preguntarse entonces si existe un límite y, en ese caso, cuál es.

La esperanza de vida y la edad máxima observadas sólo proporcionan una pequeña proporción de la información necesaria para describir la mortalidad de una población reunida en las tablas de vida. La esperanza de vida sólo resume la información y la edad máxima observada corresponde sólo a un sujeto individual que figura en la tabla. Hoy día, en las tablas de vida se grafican tres curvas: la curva de supervivencia, que indica el número de personas que han sobrevivido a distintas edades; la curva de mortalidad, que indica la variación de la mortalidad con la edad; y la curva de fallecimientos, que ilustra la distribución de la longevidad (Wilmoth, 1997).

Rectangularización de las curvas de supervivencia

El aumento de la esperanza de vida, es decir, de la longevidad media, puede o no estar vinculado con una variación de la distribución de las longevidades individuales observadas. Este fenómeno, difícil de estudiar, es indudablemente la clave de nuestro conocimiento sobre la longevidad humana. Según Fries, el aumento de la esperanza de vida ha coincidido con una concentración de la longevidad alrededor de la media y la curva de supervivencia se ha ido haciendo cada vez más rectangular. En el extremo superior, es decir para una esperanza de vida de 85 años, las longevidades son sumamente homogéneas: el 66% de los fallecimientos se producen entre los 81 y 89 años de edad y el 95% entre los 77 y los 93. A los 70 años, casi toda la población aún está viva y a los 100 años de edad todos han fallecido (Fries, 1980). Si se produjera tal homogeneización, las diferencias entre hombres y mujeres y entre ricos y pobres se reducirían mecánicamente. Por lo tanto, esta hipótesis ha provocado gran interés y resulta difícil objetarla, ya que resulta muy atractiva.

La idea de la rectangularización de la curva de supervivencia proviene de la ilustración clásica realizada por Alex Comfort en 1956. Trazando en un mismo gráfico todas las curvas de supervivencia recientes que tenía a su alcance en ese momento, Comfort obtuvo la imagen de una curva de supervivencia que se iba convirtiendo en un rectángulo a medida que se pasaba de un país con un nivel de mortalidad más elevado a otro con un nivel más bajo. Así, se avanzaba sucesivamente de la curva de supervivencia de las Indias Británicas correspondientes al período 1921-1930 a la de México en 1930 y luego a la de Japón correspondiente al período 1926-1930, la

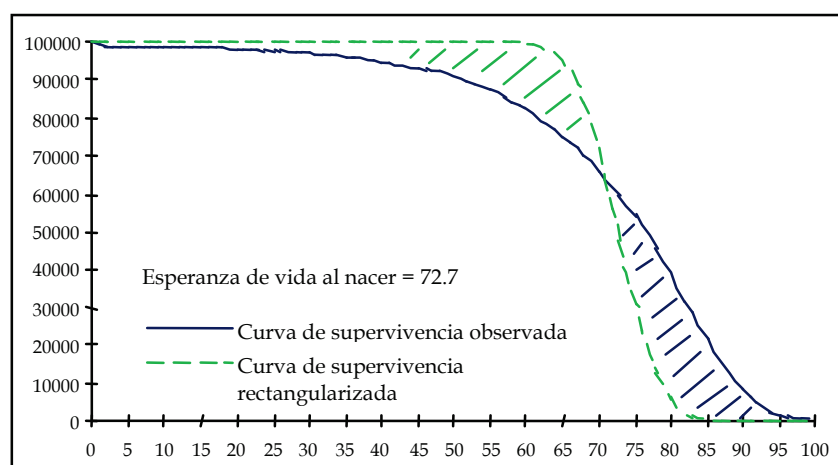
de Italia del período 1930-1932, la de los Estados Unidos de 1939-1941 y, finalmente, la de Nueva Zelanda correspondiente al período 1934-1938 (Comfort, 1956). Sin embargo, Comfort no contaba con la información necesaria para construir el gráfico. Si se amplía este gráfico, se observa una inflexión a los 70 años de edad en la mayoría de las curvas. Hasta esa edad, las curvas que presentan irregularidades se trazaron indudablemente con los datos de las tablas de que disponía. Más allá de eso, las curvas caen en forma regular, conformando un patrón cóncavo. Es evidente que Comfort extrapolaron estos últimos valores estableciendo como restricción que toda las curvas alcanzaran un valor nulo a los 100 años de edad. Es precisamente esta restricción, y sólo ésta, la que genera la sensación de una “rectangularización” de las curvas de supervivencia a medida que disminuyen los niveles de mortalidad. Se basa en la hipótesis según la cual el límite de la longevidad es en todas partes de 100 años y puede comprobarse que hay personas en todo el mundo que han alcanzado la longevidad potencial de la especie, en otras palabras, personas que han llegado a los cien años de edad. Se trata de una hipótesis que, como ya hemos visto, no es válida habida cuenta de las observaciones y los conocimientos recientes.

El tema de la “rectangularización” de la curva de supervivencia es muy importante en las áreas de la salud pública y de la gerontología, ya que al proyectar un único valor a los años 2010 o 2020, el número de personas muy ancianas —nonagenarias o centenarias— será muy distinto según el grado de cuadrangularidad de la curva de supervivencia.

En el gráfico 1 se muestran dos curvas de supervivencia correspondientes al mismo valor de la esperanza de vida para los hombres de Francia en 1990. La curva de supervivencia menos rectangular, que representa una dispersión más amplia de los fallecimientos, indica que la población correspondiente comprende muchos más nonagenarios y centenarios que la población correspondiente a la curva más rectangular. Una mayor tasa de mortalidad para las personas más jóvenes se compensa con un número mayor de fallecimientos de personas más ancianas.

Gráfico 1

DOS CURVAS DE SUPERVIVENCIA PARA EL MISMO VALOR DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER (72.7 AÑOS: ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN MASCULINA DE FRANCIA, 1990)



Las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE) de Francia (Dinh, 1995) tomaron como base la hipótesis implícita de que la curva de supervivencia seguirá rectangularizándose. Hemos estimado la tasa implícita de rectangularización de estas proyecciones y las hemos modificado en más o menos el 10% y luego en más o menos el 25% (véase el anexo 1). Si se disminuye la rectangularización en un 10%, el número de centenarios en el año 2020 aumentará de 21 292 a 29 247, lo que representa un incremento del 37% en comparación con el pronóstico del INSEE. Si se reduce la rectangularización en un 25%, el número correspondiente a este grupo será de 42 932, lo que significa un aumento del 102% con respecto al pronóstico base, sin que se modifique el valor de la esperanza de vida proyectada (Robine y otros, 1998a).

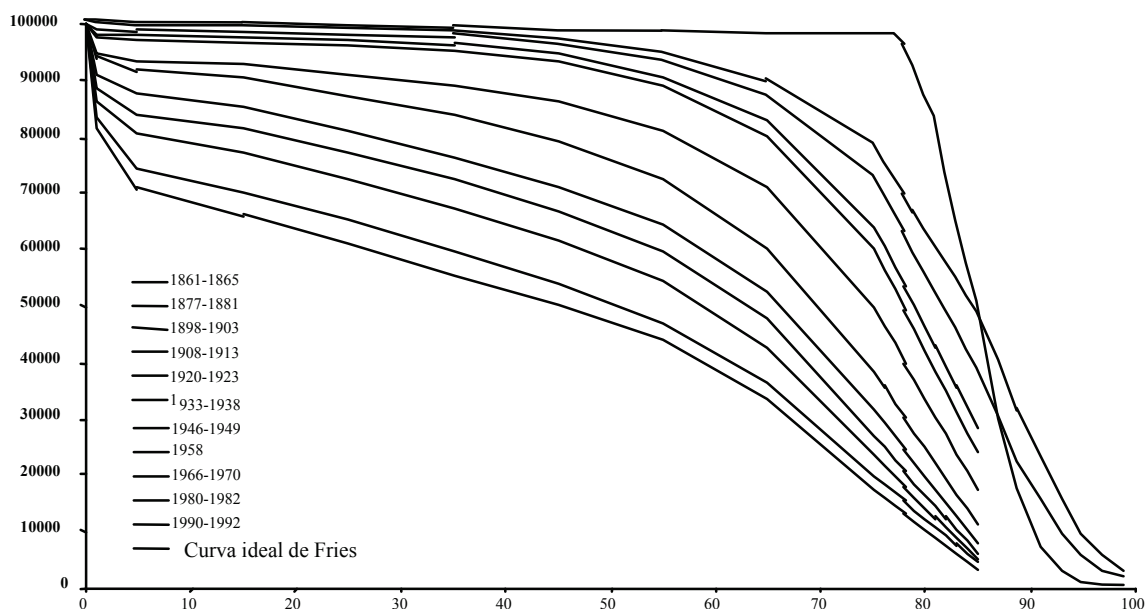
La dispersión de las longevidades

De esta manera, el tema de la rectangularización de la curva de supervivencia es esencial para todos los que desean pronosticar con precisión el número de centenarios y de nonagenarios a fin de planificar los servicios necesarios⁴; estos conocimientos también son esenciales para todos los que tratan de evaluar los límites de la longevidad humana. En efecto, si se analiza el aumento de la esperanza de vida teniendo en cuenta que no se produce una reducción en la dispersión de la longevidad, no hay motivo para suponer que el valor de la esperanza de vida se esté acercando a algún límite. Pero, ¿cómo se mide la rectangularización de la curva de supervivencia o la reducción de la dispersión de la longevidad?

El gráfico 2 demuestra que en Francia el límite de Fries ya estaba totalmente obsoleto cuando formuló su teoría en 1980. Según las curvas de supervivencia de ese momento, en Francia había muchos más centenarios y nonagenarios a principios de los años ochenta que los pronosticados conforme a la teoría de Fries. A principios del decenio de 1990 su número era aún mayor. Inversamente, había muchos menos septuagenarios y octogenarios, ya que en Francia la mortalidad prematura sigue siendo muy elevada. Pero todo esto no significa que desde 1861-1865 hasta 1990-1992 las curvas de supervivencia no se rectangularizaran. En otras palabras, el aumento considerable de la esperanza de vida durante el siglo XX no se ha producido, necesariamente, al mismo ritmo que la disminución de la dispersión de la longevidad. Lo que hay que hacer es medirla. Sin embargo, como ya ha quedado demostrado mediante el gráfico de Comfort, las tablas publicadas periódicamente —especialmente las más antiguas— terminan mucho antes de los 100 años de edad: a los 85 años en las tablas francesas de 1861-1865 a 1966-1970. En consecuencia, primero es preciso reconstruir las tablas de vida hasta, al menos, los 100 años, lo que exige acceder a los datos brutos —el número de fallecimientos y el número de habitantes— a fin de calcular las tasas de mortalidad hasta los 100 años de edad. Esto es lo que hemos hecho en el caso de Francia, al calcular seis tablas de vida desde 1890-1894 hasta 1990-1994, reagrupando para cada una los fallecimientos de cinco años consecutivos cada 20 años. La tabla correspondiente al período 1910-1913 tiene en cuenta sólo cuatro años de observaciones a fin de evitar las desviaciones producidas por la primera guerra mundial (1914-1918). Dada la falta de fiabilidad con respecto a los centenarios en la primera parte del siglo XX, hemos terminado las tablas a los 99 años de edad.

⁴ Un buen ejemplo del actual nivel de incertidumbre son las últimas estimaciones de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, según cuyas proyecciones del número de centenarios en el año 2050 oscilará entre 265 000 conforme a la estimación más baja y 4 200 000 conforme a la más elevada. La estimación correspondiente a una hipótesis media es de 834 000 (Institutos Nacionales de Salud (NIH) - Instituto Nacional para el Estudio del Envejecimiento, comunicado de prensa, 16 de junio de 1999, <http://www.census.gov/producto/99pubs/p60199/pdf>).

CURVAS DE SUPERVIVENCIA EN FRANCIA DESDE 1861 A 1992 Y CURVAS IDEALES DE FRIES DE SUPERVIVENCIA AL NACER (Por cada 100 000 nacimientos)



En términos generales, el aumento de la esperanza de vida durante el siglo XX coincidió con una disminución de la dispersión de la longevidad debida a la caída de la mortalidad infantil y su casi total desaparición posterior (véanse los gráficos del anexo 2). Pero si examinamos la mortalidad de los adultos cerca del segundo máximo de la curva de distribución, la conclusión es menos evidente. A medida que aumentaba la esperanza de vida, la edad modal de la mortalidad adulta incluía una proporción cada vez mayor de fallecimientos (1.7%, 2.1%, 2.3%, 3.0%, 3.1% y 3.3%, sucesivamente, para los hombres; y 1.9%, 2.5%, 2.8%, 3.6%, 4.0% y 4.4%, sucesivamente, para las mujeres) y éstos se producían a una edad cada vez mayor. Así, la edad correspondiente a este máximo aumentó de 71 años para los hombres en 1890-1894, a 83 años en 1999-1994, lo que significa un desplazamiento de 12 años en un siglo. Sin embargo, el incremento dista de ser uniforme. En especial, entre 1910-1913 y 1970-1974 puede observarse un período prolongado en que el crecimiento fue muy lento. Inversamente, desde 1970-1974 la edad modal registró un aumento brusco de seis años. Durante el mismo período, la edad modal de la población femenina aumentó de 73 años en 1890-1894 a 87 años en 1990-1994, una diferencia de 14 años. En términos generales, este aumento es bastante uniforme durante todo el período aunque más pronunciado desde 1950-1954. Sin embargo, estos datos no indican si los fallecimientos están menos diseminados alrededor de la edad modal, porque todos o casi todos se han desplazado a la edad adulta. En realidad, cuando se mide la dispersión de los fallecimientos alrededor de la edad modal, lo que interesa es determinar cuáles es preciso tener en cuenta: todos los fallecimientos posteriores a una determinada edad —30 o 50 de años, por ejemplo—, presuntamente separando los fallecimientos de las personas jóvenes de los otros (Myers y Manton, 1984), o una proporción fija (75% o 50%) de los fallecimientos más tardíos, por ejemplo (Fries, 1984). Ninguna de estas soluciones es totalmente satisfactoria. Si se considera una edad fija, se tomará en cuenta una proporción distinta de fallecimientos en función del tiempo y si se considera una proporción fija se tomarán en cuenta los fallecimientos que ocurren a partir de una edad mínima determinada, que puede variar con el tiempo. En términos generales, esto puede llevar a conclusiones

diametralmente opuestas (Myers y Manton, 1984; Fries, 1984). Sin embargo, un nuevo enfoque de este tema debería llevar rápidamente a resultados irrefutables (Kannisto, comunicación personal⁵).

Cambios en las tasas de mortalidad

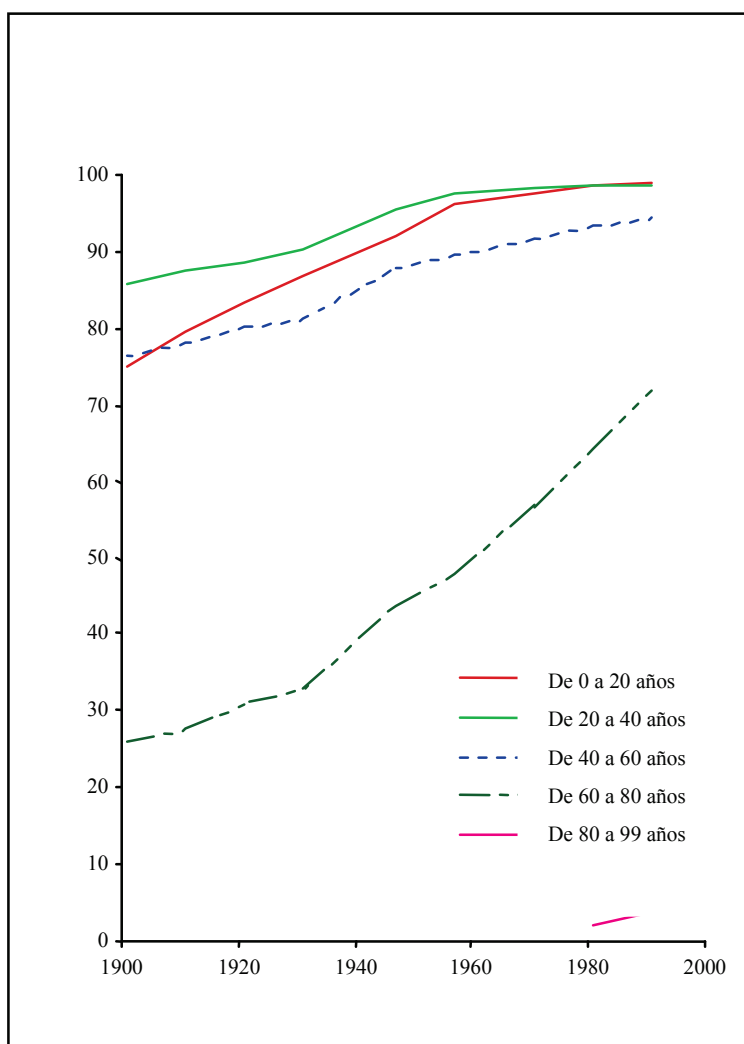
Las curvas de mortalidad representan cocientes o tasas de mortalidad desglosadas por edad y demuestran que, en función del tiempo, la mortalidad disminuye en todas las edades, con la posible excepción de las personas de entre 25 y 45 años (Kerjosse y Tamby, 1999). Entre los 30 y los 80 años de edad, el incremento de la tasa de mortalidad con la edad es aproximadamente exponencial: ésta es la conocida ley de Gompertz. Sin embargo, más allá de los 80 años de edad, la reducción del número de personas y la aparición de fluctuaciones hacen que las tendencias sean menos definidas. Sin embargo, es muy posible que la progresión de las tasas de mortalidad en función de la edad esté disminuyendo (Horiuchi y Wilmoth, 1998), hecho que se hace más evidente cuando se agrupan los datos de los países industrializados que poseen las mejores estadísticas (Thatcher y otros, 1998). Se han propuesto diversos modelos para explicar este fenómeno y últimamente parece estar surgiendo un consenso en favor de un modelo logístico que lleva a una nivelación de las tasas de mortalidad después de los 120 años de edad (Thatcher y otros, 1998), lo que resulta en una tasa de mortalidad anual máxima del 60%⁶. Perks propuso este modelo ya en 1932 (Perks, 1932), pero la carencia de datos de buena calidad en ese momento impidió su validación. En una investigación muy reciente, presentada por la Royal Statistical Society, Roger Thatcher demostró que este modelo logístico también se ajustaba muy adecuadamente a las tablas de vida históricas. Por consiguiente, demostró que el parámetro, que determina el aumento relativo de las tasas de mortalidad con la edad —y que a veces se utiliza como medida de la tasa de envejecimiento— ha variado muy poco en función del tiempo. Tanto hoy día como a mediados del siglo XIX, su valor es de 0.10 para los hombres y de 0.11 para las mujeres. En el siglo XVII su valor era de 0.09 y durante la Edad Media era de 0.08 (Thatcher, 1999). Esta tendencia creciente a largo plazo, y estable en los últimos 150 años, sugiere que la variación de las tasas de envejecimiento no se ha desacelerado. De lo contrario tendríamos la demostración más tangible de que la longevidad humana ha aumentado en función del tiempo.

Finalmente, las probabilidades de supervivencia para las distintas edades pueden deducirse de los cocientes de mortalidad. Esto es lo que hemos hecho, desde 1900 hasta la fecha, para seis edades: 0 años (es decir, al nacimiento), 20 años, 40 años, 60 años, 80 años y 99 años. La curva del gráfico 3 muestra la progresión esperada de la probabilidad de supervivencia de los 0 a los 20 años de edad. Los valores fueron de 75% en 1900 hasta cerca de 100% en la actualidad. Se demuestra que, en las condiciones vigentes en el año 1900, la mujer tenía una probabilidad del 75% de llegar a los 20 años de edad, luego del 85% de alcanzar los 40 años de edad y luego del 75% de alcanzar los 60 años de edad. A los 60 años, sólo tenía una probabilidad del 25% de llegar a los 80 años de edad. En las condiciones actuales, tiene una probabilidad de aproximadamente el 100% de llegar a los 20 años de edad, luego también de aproximadamente el 100% de cumplir los 40 años de edad, luego de 95% de llegar a los 60 años de edad y, en consecuencia, tiene una probabilidad del 75% de cumplir 80 años. Como lo demuestra inequívocamente el gráfico, la verdadera revolución del siglo XX en los países industrializados fue la superación de la barrera de probabilidades de supervivencia de 60 a 80 años, que aumentó del 25% en el año 1900 al 75% en la actualidad (véase el gráfico 3). En este fenómeno radica el secreto de la explosión numérica de centenarios que se observa hoy día, es decir, el aumento increíble de la probabilidad de seguir vivo a los 80 años de edad. El aumento abrupto de las probabilidades de supervivencia entre los 80 y los 100 años de edad no hace sino amplificar este fenómeno.

⁵ Investigaciones que deberían publicarse en un número especial de *Population*, dedicado a la biodemografía de la longevidad (Robine, J.M., ed; en prensa, 2000).

⁶ Kannisto V., (1999), comentarios sobre el estudio de Thatcher publicado en *J. R. Statistics Soc.*, vol. 162 (parte 1), pág. 33.

Gráfico 3
PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA DE LAS MUJERES DE FRANCIA, DE UNA EDAD A OTRA, DURANTE EL SIGLO XX
(En porcentaje)



Los conocimientos actuales sobre la longevidad de la especie humana

Los conocimientos actuales sobre la longevidad de la especie humana pueden resumirse de la siguiente manera:

1. La esperanza de vida a los 65 años de edad registra un incremento relativamente más acelerado que la esperanza de vida al nacer y no se percibe que esté disminuyendo;
2. Desde 1950, se ha registrado una explosión en el número de centenarios, un fenómeno relativamente reciente que se inicia alrededor del año 1800;
3. Los supercentenarios comenzaron a surgir alrededor del año 1960 y en los años noventa se han validado cinco casos de personas que han superado los 115 años de edad;

4. La edad máxima al fallecer observada todos los años sigue aumentando; en Suecia, por ejemplo, este aumento ha sido de aproximadamente cinco años durante un período de 100 años (1890-1990);

5. La edad modal al fallecer también sigue aumentando y para las mujeres de Francia, por ejemplo, el incremento ha sido de 15 años en un período de 100 años (de 1890-1894 a 1990-1994);

6. La mortalidad está disminuyendo sin lugar a dudas para todas las edades excepto, quizás, para las personas de entre 25 y 45 años de edad;

7. Después de los 80 años de edad, el incremento de las tasas de mortalidad en función de la edad se está desacelerando y parece cumplir una ley logística que conduce a una meseta de mortalidad que supera los 120 años;

8. El cambio más significativo de este siglo es, sin duda, el incremento de las probabilidades de supervivencia entre los 60 y los 80 años de edad que, para las mujeres francesas, aumentó de 25% a 75% en un período de 100 años.

Ninguno de los ocho elementos señalados contradice la hipótesis de que la longevidad potencial se mantiene constante durante un período de tiempo prolongado. Sólo dan a entender que si existe un límite para la longevidad de la especie humana en cuanto a la esperanza de vida, la etapa modal al fallecer o la edad máxima observable, es poco probable que estemos cerca de ese límite, pues no se distingue aún una desaceleración significativa de los avances observados.

Para predecir la existencia de tal límite y determinar su valor, sería indispensable contar con una medida irrefutable que muestre una reducción de la dispersión de la longevidad alrededor de la media, simultánea a este crecimiento de la esperanza de vida. Evidentemente, el hombre puede vivir mucho tiempo.

Las estadísticas sobre la expectativa de salud, especialmente las que se refieren a la esperanza de vida sin discapacidad, se han desarrollado en este contexto tan incierto. Inicialmente, estas estadísticas se desarrollaron con la esperanza de determinar si la ampliación de la esperanza de vida entrañaba un aumento de la longevidad en condiciones de salud deficientes. Evidentemente, esto no significa otra cosa que extender el concepto de esperanza de vida a la morbilidad y la discapacidad. Ya en 1964, Sanders examinó este principio (Sanders, 1964) y en 1971 Sullivan propuso el primer método de cálculo (Sullivan, 1971). Sanders deseaba crear un indicador que diera información sobre la calidad de las mejoras de la esperanza de vida mientras que Sullivan intentó medir las variaciones de la salud en función del tiempo.

2. Morbilidad y salud funcional

Los datos de morbilidad de que disponemos hoy día difieren sobremanera de los datos de mortalidad utilizados para calcular la esperanza de vida. En primer lugar, son muy variados y se focalizan en muchos aspectos de la salud, como la enfermedad, la situación funcional o la salud percibida, ya que no existe una única definición de condición de morbilidad. En segundo lugar, corresponden a períodos mucho más recientes de la historia de los países industrializados, porque los sistemas de reunión de datos sobre salud han sido establecidos hace poco tiempo. Por último, las series cronológicas centran la atención con mayor frecuencia en períodos breves y contienen menos observaciones, porque los métodos de recopilación de datos se modifican con frecuencia a fin de tener en cuenta nuevos temas de interés relativos a diversos aspectos de la morbilidad. En suma, esta información tan variada abarca pocos países y muchos autores han examinado las mismas series con amplitud, especialmente los datos del American National Health Interview Survey (NHIS), una encuesta de salud permanente iniciada en 1957. La abundancia de estos datos y la magnitud del período que abarcan hace que sirvan, de hecho, como referencia para confirmar o

invalidar los pocos estudios realizados en otros países (Australia, Canadá, Francia, Japón, los Países Bajos y el Reino Unido).

Los datos de los Estados Unidos

Los primeros artículos sobre los datos de los Estados Unidos se publicaron en los años ochenta y los autores subrayaron especialmente el aumento de las discapacidades en los adultos (Colvez y Blanchet, 1981; Feldman, 1983; y Verbrugge, 1984) y en los niños (Nuevaacheck y otros, 1984 y 1986). Aunque la mayoría de los autores observan pocas variaciones en las tasas de discapacidad de las personas mayores de 65 años (Colvez y Blanchet, 1981; Verbrugge, 1984; y Palmore, 1986), la conclusión importante de estos primeros estudios es que las discapacidades aumentaron abruptamente en los Estados Unidos durante los años setenta.

Algunos autores, como Verbrugge, observaron en estudios posteriores que el aumento de las discapacidades en las personas de edad no es manifiesto (Verbrugge, 1989). Sin embargo, parecerían existir buenas razones para que aumenten las discapacidades, pues la caída de la mortalidad se concentra en las personas de edades más avanzadas (Crimmins, 1990; y Riley, 1990). En 1991, Crimmins e Ingegneri señalaron que, para los grupos de edad de entre 40 y 75 años, las limitaciones para realizar actividades (NHIS) aumentaron entre 1969 y 1975, se mantuvieron constantes entre 1975 y 1982 y disminuyeron de 1982 a 1988, último año en que se realizaron observaciones. Más allá de los 75 años de edad no pudo observarse una tendencia definida durante el período comprendido entre 1969 y 1988. A continuación, Crimmins e Ingegneri utilizaron datos de dos encuestas sobre la población de más edad (Survey of Older Population, 1962 y 1975) y del suplemento sobre el envejecimiento correspondiente a la encuesta de salud de 1984 (SOA-NHIS) y determinaron que ambos eran comparables. Analizados conjuntamente, estos datos indicaron un leve mejoramiento de la salud de las personas de más de 65 años de edad durante un período de 25 años (Crimmins e Ingegneri, 1991). De hecho, a medida que se publican nuevos artículos se hace cada vez más evidente que lo que aumenta no es la morbilidad o la discapacidad sino, más bien, la declaración de enfermedades prevalentes y el reconocimiento de las discapacidades por parte de la familia o de las autoridades.

En 1992, Preston expuso nuevos elementos que podrían explicar el mejoramiento de la salud de la población de más edad analizando los avances en materia de educación de una cohorte a otra (Preston, 1992). A principios de 1993, Manton y sus colaboradores publicaron una serie de artículos sobre los cambios en las discapacidades crónicas en los Estados Unidos utilizando datos del National Long Term Care Study (NLTC, 1982, 1984, 1989 y 1994). Demostraron que entre 1982 y 1989 la prevalencia de discapacidades con respecto a las actividades instrumentales de la vida cotidiana disminuyeron en la población de 65 o más años de edad, mientras que la prevalencia de las discapacidades relacionadas con las actividades de la vida cotidiana y la prevalencia de las internaciones en instituciones se mantuvo estable. Más adelante, extendieron sus conclusiones a 1994 (Manton y otros, 1993a y b; 1995; 1997; y 1998). En el mismo año, Freedman y Soldo publicaron un primer informe sobre los cambios en las discapacidades de los ancianos en los Estados Unidos combinando los datos del NLTC (1982-1989) con los del NHIS y del estudio longitudinal sobre el envejecimiento (LSOA, 1984-1990). En términos generales, sus conclusiones confirman los resultados obtenidos por el equipo de Manton (Freedman y Soldo, 1994).

En 1995, Waidman y otros reexaminaron la existencia de un punto de inflexión en los años ochenta, al menos en los Estados Unidos (véase Crimmins e Ingegneri, 1991, mencionados *supra*). Volvieron a analizar todos los datos disponibles y observaron, al igual que sus predecesores, que no existía una tendencia manifiesta para las personas más ancianas (de 70 o más años de edad) entre 1969 y 1981. Este hecho no les impidió dar por sentado que los datos del NHIS, analizados en su conjunto, permitían inferir que la salud de las personas de edad madura y de los ancianos se había deteriorado durante el decenio de 1970 y había mejorado durante los años ochenta. Luego,

Waidman y sus colaboradores compararon este resultado con la hipótesis del “fracaso del éxito” — es decir, la pandemia o expansión de la morbilidad— según la cual se supone que la caída de la mortalidad aumenta la fragilidad promedio de los ancianos, que sobreviven cada vez en mayor número. Observaron que el aumento de la supervivencia era máximo entre las personas más ancianas y que el deterioro aparente de la salud era más marcado en las personas más jóvenes —de 45 a 64 años o de 65 a 69 años de edad— pero no en los que superaban los 70 años (Waidman y otros, 1995). En cambio, Crimmins y sus colaboradores señalaron que las variaciones observadas en el estudio longitudinal sobre el envejecimiento o en el NHIS (entre 1982 y 1993) parecían más bien fluctuaciones que tendencias claramente definidas (Crimmins y otros, 1997).

Datos de otros países industrializados

Fuera de los Estados Unidos, los estudios de cohortes han demostrado un mejoramiento de la salud funcional de las personas de edad en el Reino Unido en relación con las actividades de la vida cotidiana (Jagger y otros, 1991; y Spiers y otros, 1996). Lo mismo se observó en Suecia (Svanborg, 1998), mientras que en Finlandia dos estudios demostraron exactamente lo contrario (Anttila, 1991; y Winblad, 1993). La disminución de la incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana se hace especialmente evidente en Inglaterra durante el período comprendido entre 1976 y 1994 (Grundy, 1997).

En Canadá, Roos y sus colegas llegaron a la conclusión opuesta, es decir, un deterioro de la salud funcional de la población de las personas de edad. Sin embargo, cabe señalar que en su último estudio realizado en Manitoba, las preguntas sobre las actividades de la vida cotidiana cambiara notoriamente entre las dos encuestas (Roos y otros, 1993). Pese a que las metodologías utilizadas fueron similares, en los estudios realizados a nivel nacional se observaron diferencias importantes en los resultados de la Encuesta sobre Limitaciones en Materia de Salud y de Actividades realizada entre 1986 y 1991, pues indican un aumento de la tasa de discapacidad. No obstante, las diferencias no son significativas para las personas de más de 55 años de edad (LaRoche y Morin, 1994).

En Francia, entre 1980 y 1991 pudo observarse un mejoramiento de la salud de las personas de edad que viven en sus hogares. Asimismo, la salud de las personas de edad que viven en instituciones es prácticamente estable. Las observaciones realizadas en Francia permiten concluir que, pese a que el número de personas de edad ha aumentado entre 1980 y 1991, su salud ha mejorado, independientemente del lugar donde viven. Estos resultados amplían los obtenidos en la región de París para el período 1965-1980 (Mizrahi y Mizrahi, 1989, 1993 y 1994; Robine y otros, 1998b).

Conocimientos actuales sobre los cambios en la situación de discapacidad

En definitiva, la situación es bastante paradójica. Por un lado, en la mayoría de los estudios realizados hasta los años noventa se concluye que, en términos generales, hay un aumento de las discapacidades. Por el otro, un análisis exhaustivo de todos estos estudios, especialmente los de los Estados Unidos, demuestran lo siguiente:

1. Las diferencias registradas en **los niños** (dificultades de aprendizaje, etc.) están estrechamente vinculadas con el desarrollo de los diversos programas educativos.
2. La incapacidad de trabajar de **los adultos** está estrechamente vinculadas con el desarrollo de programas sociales —desarrollo y promoción de pensiones por discapacidad— y con las condiciones del mercado laboral.

3. Según la mayoría de los estudios, la discapacidad, medida en función de las dificultades encontradas en la vida cotidiana, no aumenta en **las personas de edad**; al mismo tiempo, esta medida es la que menos depende de los cambios del entorno social.
4. Finalmente, **cualquiera sea la edad estudiada**, no se registra un aumento de las formas más graves de discapacidad.

Cabe preguntarse porqué no se ha concluido en los años ochenta que, si bien los ancianos alcanzan edades cada vez más avanzadas, éstos no declaran un mayor nivel de discapacidad para la vida cotidiana en un contexto en que muchos elementos favorecerían un aumento en la declaración de problemas de salud. Desde mediados del decenio de 1990, en la mayoría de los artículos se ha llegado a la conclusión de que las discapacidades de las personas de edad han disminuido. En realidad, la situación es más compleja. Aunque las investigaciones demuestran que se han producido mejoras en Inglaterra y Gales (Grundy, 1977), Francia (Mizrahi y Mizrahi, 1994; Robine y otros, 1998b) o en los Estados Unidos (Manton y otros, 1993a y 1997), otros autores se inclinan a pensar que se trata más bien de fluctuaciones que de tendencias, especialmente en los Estados Unidos (Crimmins y otros, 1997).

Si se hicieran comentarios más objetivos sobre todo el conjunto de datos compilados, debiera decirse que desde fines de los años sesenta ningún estudio realizado en los Estados Unidos ha permitido determinar inequívocamente un deterioro de la salud funcional de las personas de edad. Durante los años ochenta, otros países comenzaron a reunir datos. Algunas series han indicado un mejoramiento de la salud funcional, especialmente para las actividades de la vida cotidiana en Inglaterra y Gales (1976-1994) y un cierto grado de incomodidad en la vida cotidiana en Francia (1980-1991). Algunos estudios recientes de los Estados Unidos, en los que se utilizaron nuevos datos, como la Survey of Income and Programme Participation (SIPP, 1984 y 1993) y el Medical Current Beneficiary Service (MCBS), parecen indicar que la salud funcional de las personas de edad ha mejorado significativamente en los últimos años (Waidman y Manton, 1998). Sin embargo, otras series de los Estados Unidos siguen indicando que no existe una tendencia definida, como sucede con los datos de las NHIS. ¿Cómo se explica que la disminución de la dependencia para las actividades de la vida cotidiana observada en Inglaterra y Gales no ocurra también en los Estados Unidos? Toda esta información es bastante confusa y es preciso ser muy cautos antes de extraer alguna conclusión. Aún si algunas observaciones sugieren lo contrario, es imposible concluir, con un nivel de confianza adecuado, que la situación funcional de la población de las personas de edad ha mejorado en los últimos 30 años.

A fin de extraer algunas conclusiones generales sobre la evolución de la salud de las personas de edad es preciso tener en cuenta tres factores. En primer lugar, la caída de la mortalidad de las personas de más edad, que contribuyó a aumentar la esperanza de vida de todas las personas que tienen más de 65 años de edad, generando un envejecimiento de los más ancianos. Este cambio debería provocar —o podría haber provocado— un aumento de las tasas de discapacidad en la parte superior de la escala, pero esto no ha ocurrido. En segundo lugar, los distintos elementos de la morbilidad —la enfermedad, la situación funcional o la percepción de salud— no evolucionan necesariamente al unísono (Crimmins, 1996; y Spiers y otros, 1996). Por último, la salud funcional en sí misma abarca varios conceptos, como las limitaciones funcionales, las restricciones para desarrollar actividades, las dificultades para realizar determinadas tareas o la dependencia. El aumento en función del tiempo de la independencia física para realizar las actividades de la vida cotidiana (actividades de la vida cotidiana o actividades instrumentales de la vida cotidiana) no puede explicarse de la misma manera en todos los casos (Manton y otros, 1993b). Existen diferencias entre las mejoras en las diversas aptitudes funcionales básicas, como la movilidad, la agilidad, la visión o la audición (Freedman y Martin, 1998). La multiplicidad de estos puntos de vista posibilita el cálculo de la expectativa de salud.

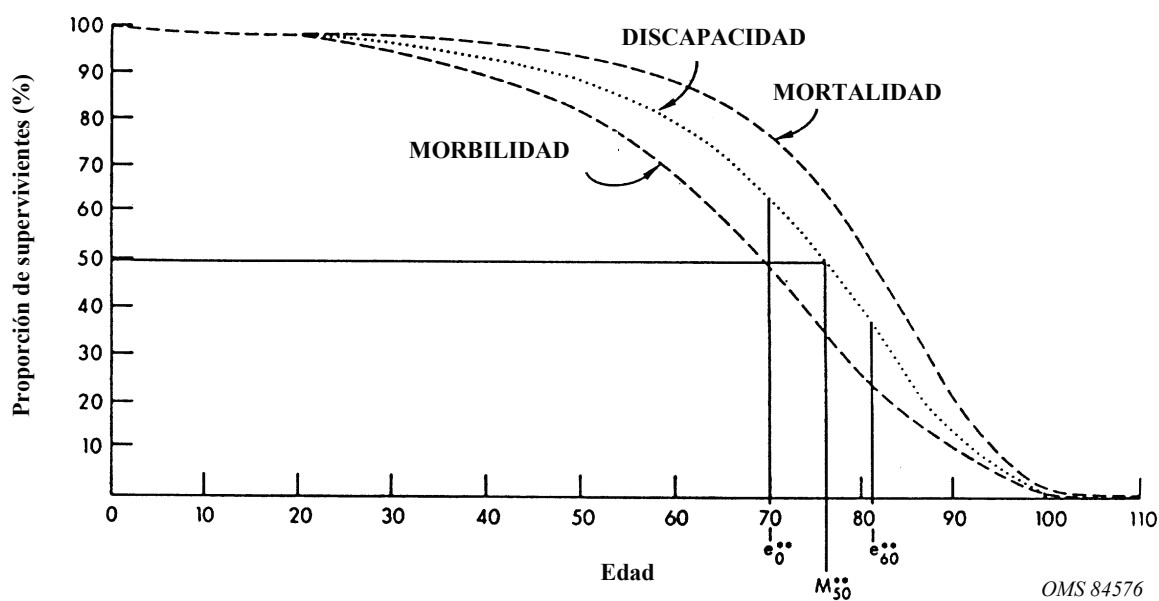
3. Expectativa de salud

El modelo general de las transiciones sanitarias

Ya en 1984, un grupo de expertos en la epidemiología del envejecimiento, reunidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), percibió las ventajas de calcular la esperanza de vida sin discapacidad, pese a que, desde los primeros cálculos de Sullivan (OMS, 1984), sólo se habían llevado a cabo unos pocos cálculos experimentales. El grupo propuso un modelo general de transiciones de salud, diferenciando entre la supervivencia global, la supervivencia sin discapacidad y la supervivencia sin enfermedades crónicas (véase el gráfico 4), que sirven para el cálculo de la esperanza de vida, la esperanza de vida sin discapacidad y la esperanza de vida sin enfermedades crónicas.

Gráfico 4

MODELO GENERAL DE LAS TRANSICIONES DE SALUD (OMS, 1984)
CURVAS DE MORTALIDAD OBSERVADA, MORBILIDAD HIPOTÉTICA Y DE SUPERVIVENCIA CON DISCAPACIDAD PARA LAS MUJERES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, 1980



e_0^{**} y e_{60}^{**} son la esperanza de vida autónoma al nacer y a los 60 años de edad, respectivamente (en años).
 M_{50}^{**} es la edad hasta la cual el 50% de las mujeres puede esperar sobrevivir sin pérdida de su autonomía.

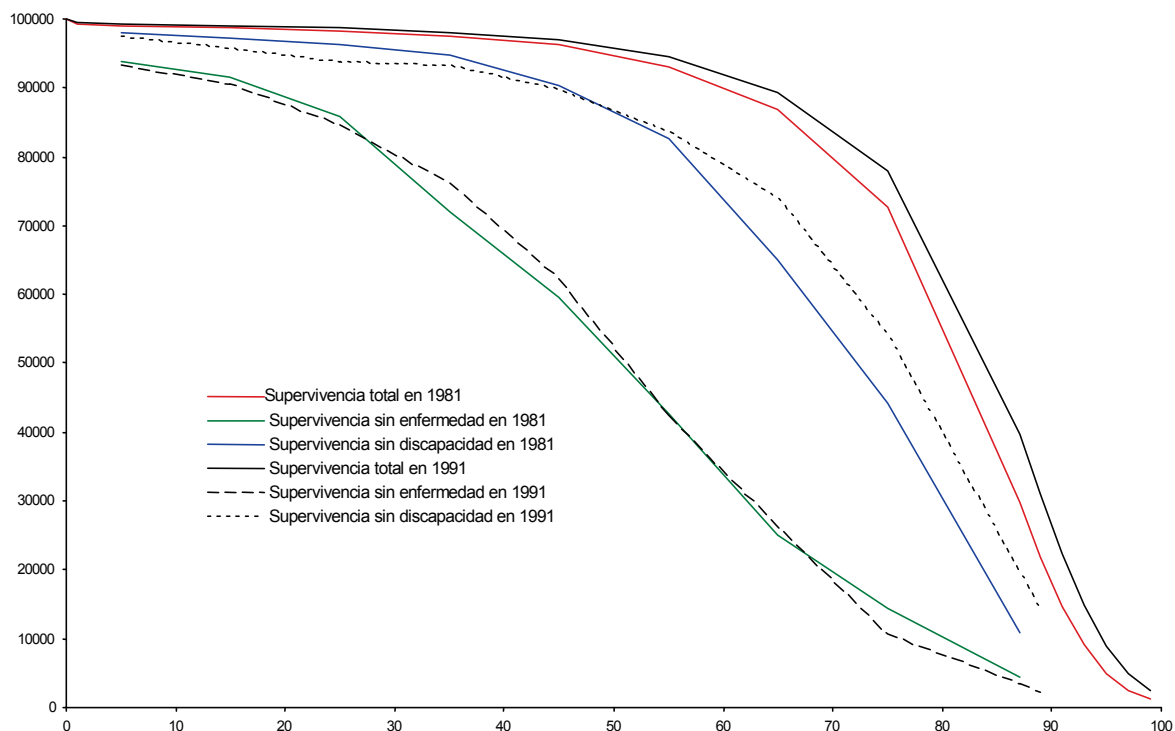
Este modelo será pertinente si permite evaluar, simultáneamente, la forma en que evolucionan la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad y, en consecuencia, verificar cuál de las hipótesis de salud propuestas habrá de cumplirse: la pandemia de enfermedades crónicas y de discapacidad (Gruenberg, 1997; y Kramer, 1980), la compresión de la morbilidad (Fries, 1980 y 1989), las variaciones más o menos independientes en las distintas curvas, con inclusión de una hipótesis de equilibrio dinámico (Manton, 1982), o el desplazamiento de todas estas situaciones de morbilidad (enfermedad, discapacidad y mortalidad) a edades mayores (Strehler, 1975).

En 1984 se propusieron cuatro modelos de cambio: 1) la rectangularización de la curva de supervivencia, seguida de una compresión de la morbilidad y de la discapacidad en las personas de más edad —las curvas correspondientes a la supervivencia sin enfermedad y la supervivencia sin discapacidad se acercan a la curva de supervivencia global— correspondiente a la teoría de Fries sobre la compresión de la morbilidad (Fries, 1980); 2) el aumento de la supervivencia global solamente —o sea, un incremento de la longevidad acompañada de enfermedades crónicas y discapacidades—, correspondiente a la teoría de Gruenberg y Kramer de la pandemia de enfermedades y discapacidades (Gruenberg, 1977; y Kramer, 1980); 3) un desplazamiento paralelo de las tres curvas hacia la derecha —que reflejaría una modificación profunda de los ritmos biológicos y de la tasa de envejecimiento de la especie humana— que corresponde a las teorías de Strehler (1975) y, 4) el caso de la independencia relativa de los cambios en las tres curvas, en que diversos tratamientos médicos desplazan la edad de aparición de las enfermedades crónicas o reducen sus consecuencias discapacitantes. Desde entonces, Paltore ha demostrado que la compresión de la morbilidad puede producirse en forma independiente de la rectangularización de la curva de supervivencia. El único requisito es que la esperanza de vida sin enfermedades crónicas o la esperanza de vida sin discapacidad aumenten relativamente más rápido que la esperanza de vida global (Paltore, 1987). Sin embargo, al carecerse de datos sobre estas tres medidas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, este modelo no ha tenido demasiadas aplicaciones.

Sin embargo, utilizando este modelo para los datos de Francia, se ha demostrado que el aumento de la esperanza de vida en ese país entre 1981 y 1991 ha estado acompañado de un aumento paralelo de la esperanza de vida sin discapacidad (véase el gráfico 5), mientras que la esperanza de vida sin enfermedades crónicas ha permanecido constante (Robine y otros, 1996). Esta contradicción aparente entre las variaciones de morbilidad y de discapacidad ilustran la teoría del equilibrio dinámico propuesta por Ken Manton en 1982. Al disminuir la mortalidad, aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas pero, en general, éstas revisten menor gravedad y no es tan frecuente que provoquen discapacidades (Manton, 1982).

Gráfico 5

**APLICACIÓN DEL MODELO GENERAL DE LAS TRANSICIONES SANITARIAS A LOS DATOS
CORRESPONDIENTES A LAS MUJERES FRANCESAS (1981-1982)**



Serie cronológica sobre la esperanza de vida sin discapacidad

Hoy día, en 49 países se dispone de un primer cálculo sobre la expectativa de salud —esperanza de vida sin discapacidad o esperanza de vida con salud— obtenido según los lineamientos generales del método de Sullivan (véase el cuadro 1). Para 15 de esos países, especialmente los más industrializados, también existen series cronológicas. Casi todos estos autores pertenecen a la Red sobre la esperanza de vida en salud (REVES), fundada en 1989 (Bone, 1992) y la mayoría de ellos ahora utiliza en sus cálculos varios niveles de discapacidad.

Cuadro 1

CÁLCULO DE LA ESPERANZA DE SALUD EN EL MUNDO SEGÚN EL NIVEL DE DESARROLLO

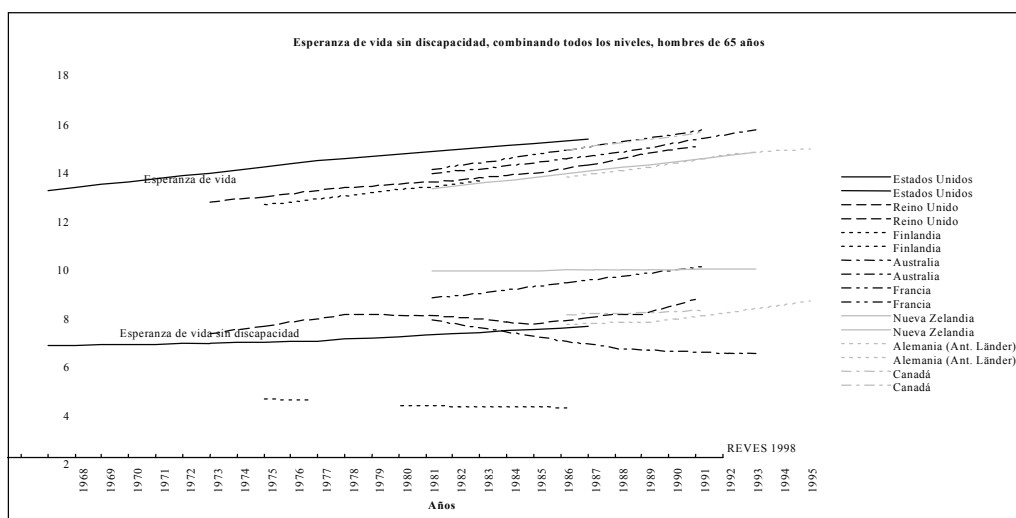
Nivel de desarrollo	Número de países	Países que cuentan con estas estadísticas	
		Número	Porcentaje
PDEM	25	20	80.0
PMA	47	4	8.5
OPED	97	22	22.7
ET	22	3	13.6
Total	191	49	25.7

PDEM: Países desarrollados con economías de mercado; PMA: Países menos adelantados; OPED: Otros países en desarrollo; ET: Economías en transición.

Estos datos alineados en forma sucesiva abarcan un período de 25 años (de 1970 a 1995) y pueden utilizarse para comparar las variaciones de la esperanza de vida con las de la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles de discapacidad, y los de la esperanza de vida sin discapacidad grave.

Gráfico 6

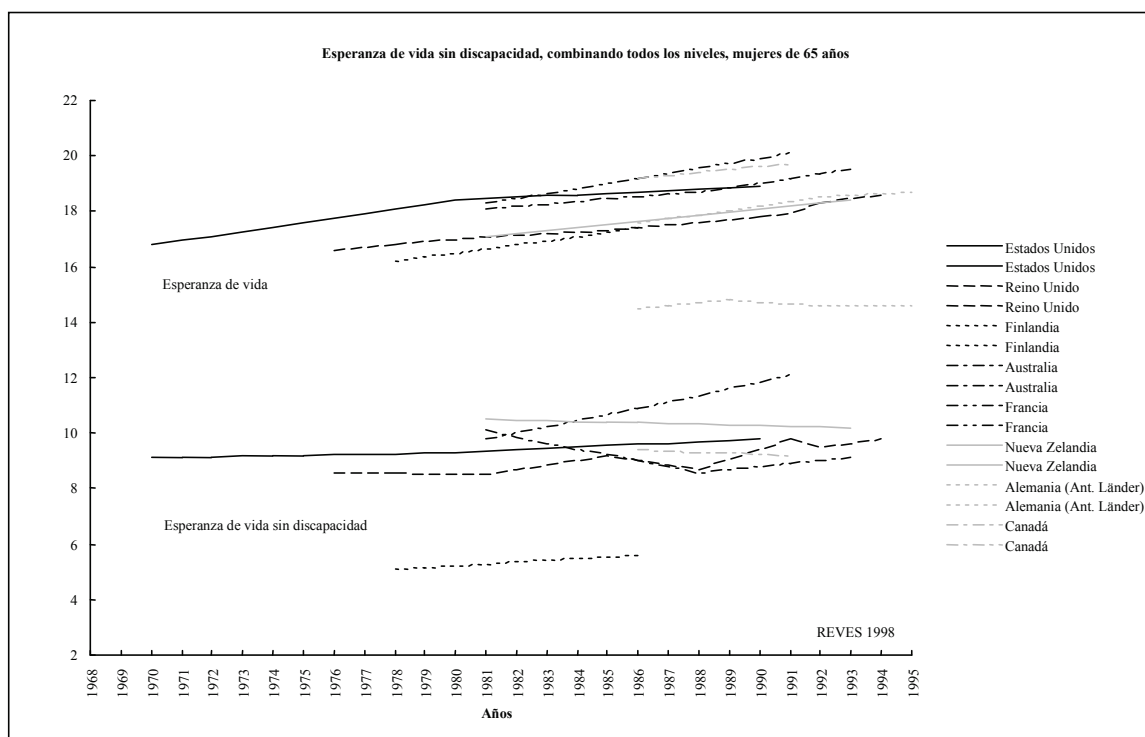
**VARIACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA Y DE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD
—COMBINANDO TODOS LOS NIVELES DE DISCAPACIDAD— A LOS 65 AÑOS DE EDAD
PARA LOS HOMBRES DE VARIOS PAÍSES**



Los gráficos 6 y 7 muestran que si bien el aumento de la esperanza de vida a los 65 años de edad parece universal y regular en la mayoría de los países industrializados, no ocurre lo mismo con la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles. De los datos globales surge la impresión de un estancamiento general de la esperanza de vida sin discapacidad. Si bien es evidente que la esperanza de vida ha aumentado 25 años, la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles, no parece haber variado significativamente. Es muy posible que el aumento de la esperanza de vida corresponda a años de discapacidad. Sin embargo, en los últimos 15 años los datos son más numerosos y la mayoría de ellos muestra una tendencia hacia un crecimiento leve.

Gráfico 7

**VARIACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA Y DE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD
—COMBINANDO TODOS LOS NIVELES DE DISCAPACIDAD— A LOS 65 AÑOS DE EDAD
PARA LAS MUJERES DE VARIOS PAÍSES**

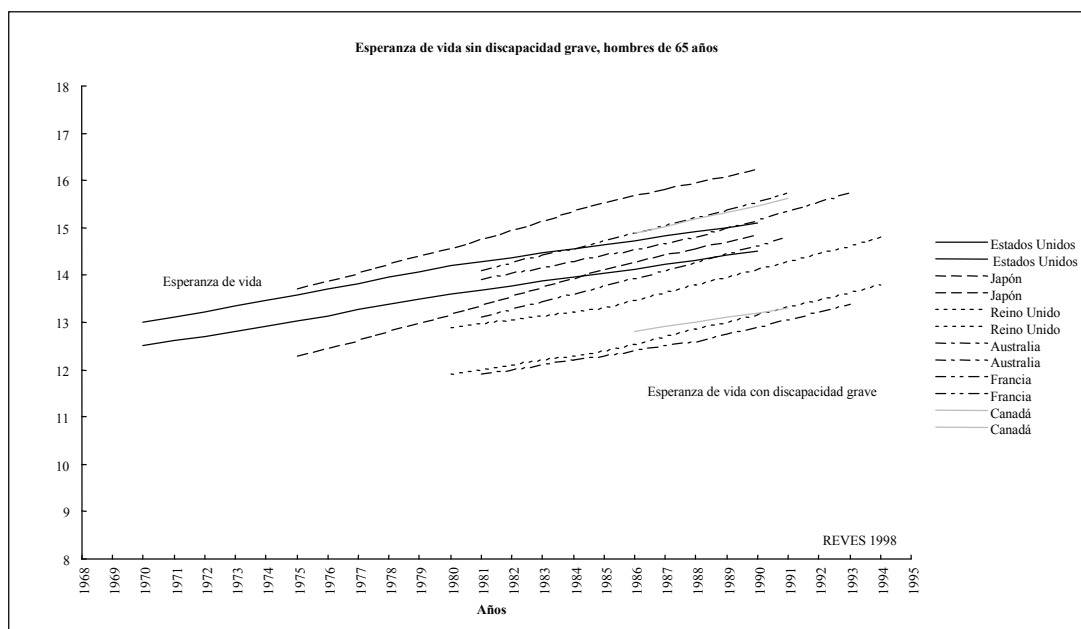


Fuente: Crimmins y otros, 1989 y 1997; Bebbington y Darton, 1996; Sihvonen, 1994; Mathers, 1991 y 1996; Robine y Mormiche, 1994; Davis y Graham, 1997; Brückner, 1997; Wilkins y otros, 1994.

Los gráficos 8 y 9 demuestran que en todos los países que disponen de datos, es decir, Australia, Canadá, los Estados Unidos, Francia, Japón y el Reino Unido, la esperanza de vida sin discapacidad grave evoluciona en forma paralela con la esperanza de vida. Esto significa que si los años ganados mediante el aumento de la esperanza de vida son años vividos con discapacidad (gráficos 6 y 7), esos años no transcurren con discapacidades graves.

Si se analizan los gráficos con mayor cuidado y con un conocimiento exhaustivo de los datos utilizados, es posible distinguir, de hecho, entre la esperanza de vida con discapacidad muy grave (institucionalización o postración), que ha evolucionado en forma paralela con la esperanza de vida desde 1970 —datos de los Estados Unidos, Francia y Japón— mientras que la esperanza de vida con discapacidad grave —dependencia para las actividades cotidianas— sólo ha comenzado a evolucionar en forma paralela con la esperanza de vida a fines de los años ochenta (véase el gráfico 9).

VARIACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA Y DE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDADES GRAVES A LOS 65 AÑOS DE EDAD PARA LOS HOMBRES DE DISTINTOS PAÍSES



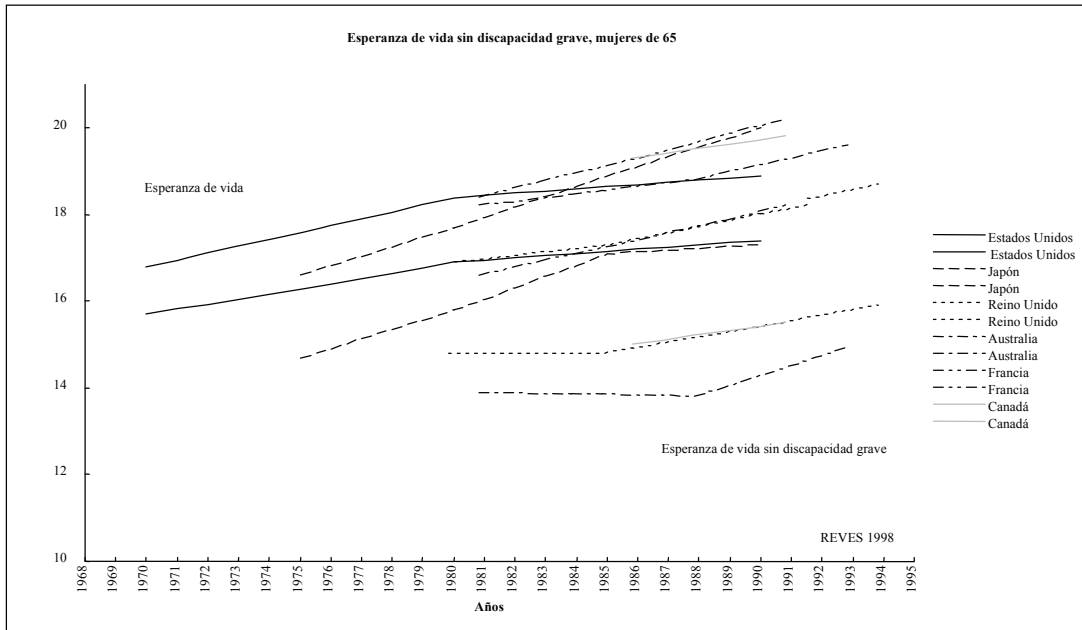
Fuente: Crimmins y otros, 1989 y 1997; Inoue y otros, 1997; Bebbington y Darton, 1996; Mathers, 1991 y 1996; Robine y Mormiche, 1994; y Wilkins y otros, 1994.

Todos estos gráficos parecen demostrar que: 1) desde que se dispone de datos sobre este tema, la esperanza de vida sin discapacidad grave ha estado aumentando al mismo ritmo que la esperanza de vida; 2) la esperanza de vida sin discapacidad grave ha estado aumentando en forma evidente sólo desde hace diez años; y 3) la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles, se ha mantenido esencialmente constante durante todo este período, pese a que la mayoría de los datos muestran una ligera tendencia al crecimiento a fines de este período. Estos resultados significan que la evolución de las discapacidades ha dependido en gran medida de su gravedad: una disminución de los niveles más graves de discapacidad; una aparición mayor y más temprana a medida que aumenta el nivel de gravedad; y un aumento de los niveles de discapacidad menos graves. Las variaciones de la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles, no son mayores que el resultado de estos cambios inversos.

En comparación con los estudios precedentes, limitados al análisis de las series cronológicas sobre las tasas de discapacidad, los cálculos sobre la expectativa de vida sin discapacidad y su análisis por parte de los integrantes de REVES sobre la esperanza de salud y el proceso de discapacidad, permiten inferir que una clave esencial para la interpretación de los datos reunidos es el nivel de gravedad de la discapacidad. Para los niveles más graves los cambios son más similares mientras que para los niveles menos graves se observan variaciones más marcadas entre los distintos países.

Gráfico 9

VARIACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA Y DE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD GRAVE A LOS 65 AÑOS DE EDAD PARA LAS MUJERES DE VARIOS PAÍSES



Fuente: Crimmins y otros, 1989 y 1997; Inoue y otros, 1997; Bebbington y Darton, 1996; Mathers, 1991 y 1996; Robine y Mormiche, 1994; y Wilkins y otros, 1994.

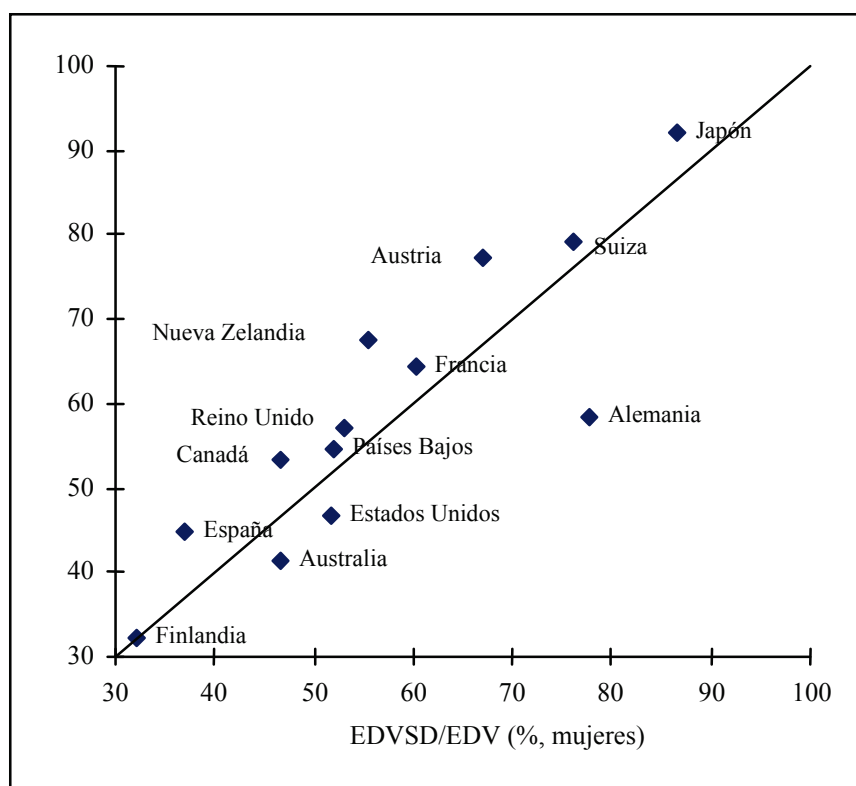
Los cálculos realizados recientemente para 12 países de la Comunidad Europea permiten comparar la situación de estos países en 1994 y los ubica en una escala de cambio en función del tiempo (Robine y otros, 1998). Para la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles, los valores obtenidos coinciden exactamente con las tendencias observadas en los países que cuentan con series cronológicas, y se mantienen estrechamente agrupados (véase el anexo 3). La diferencia entre la mayoría de los países para la esperanza de vida sin discapacidad no llega a los dos años. Para la esperanza de vida sin discapacidad grave, los valores obtenidos para las mujeres también coinciden con las tendencias observadas en los países que poseen series cronológicas con respecto a las actividades de la vida cotidiana y varían muy ligeramente entre los distintos países. Para los hombres, los valores de la esperanza de vida sin discapacidad grave están algo más dispersos. Asimismo, parecen ligeramente menores que los de los países que disponen de series cronológicas. Sin embargo, analizado en su conjunto, el estudio europeo confirma las estimaciones realizadas previamente con datos nacionales sobre la esperanza de vida sin discapacidad grave y la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles. Este estudio proporciona una primera indicación sobre las diferencias de la esperanza de vida sin discapacidad entre países industrializados cuando los datos utilizados son estrictamente comparables. Es indudable que todos estos estudios permiten concluir que podemos vivir mucho tiempo sin discapacidades graves.

Sin embargo, antes de determinar si podemos vivir mucho tiempo gozando de buena salud es preciso analizar otro tema: la posibilidad de compensación entre longevidad y calidad de vida.

Longevidad o calidad de vida

La comparación de la situación de los hombres y las mujeres demuestra que éstas últimas son más longevas, viven más tiempo sin discapacidad y también viven más tiempo con discapacidad. La proporción entre los años de vida sin discapacidad y la esperanza de vida difiere muy poco de un sexo a otro.

Gráfico 10
PROPORCIÓN ENTRE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA (EDVSD/EDV%). DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES A LOS 65 AÑOS DE EDAD EN DISTINTOS PAÍSES INDUSTRIALIZADOS



En términos generales, esta proporción es algo menor para las mujeres, como se refleja en el gráfico 10, donde los puntos se agrupan ligeramente sobre la diagonal. Esto significa que si bien las mujeres son más longevas, deben vivir más tiempo sufriendo discapacidades. Sin embargo, su esperanza de vida sin discapacidad sigue siendo, en promedio, significativamente mayor que la de los hombres.

Si se realiza una comparación por niveles socioeconómicos, desglosados según su ingreso, nivel de educación o profesión, se comprueba que los grupos desfavorecidos —los pobres, las personas con menor nivel de educación, etc.— no sólo viven menos tiempo sino que, por general, su esperanza de vida con discapacidad es mayor que la de los grupos más favorecidos. En este caso, no sólo no existe una compensación entre longevidad y calidad de vida sino que, por el contrario, se produce una acumulación de desigualdades en términos de mortalidad y discapacidad. Para las personas más desfavorecidas, a una menor esperanza de vida se suma una mayor

proporción de años de vida con discapacidad. Estos resultados vuelven a observarse en todos los países que disponen de datos desglosados por categoría socioeconómica, a saber: Austria (Doblhamer y Kytir, 1996); Bélgica (van Oyen y otros, 1994); Canadá (Wilkins y Adams, 1983; y Nault y otros, 1996); los Estados Unidos (Crimmins y otros, 1989; Crimmins y Saito, 1993; y Hayward y Heron, 1996); Finlandia (Valkonen y otros, 1994); Francia (Cambois, 1999); los Países Bajos (Boshuizen y otros, 1994; y van den Bos y van der Maas, 1993); y Suecia (Pettersson, 1994).

Por lo tanto, si se comparan los distintos grupos socioeconómicos, parece que la longevidad y la calidad de vida van de la mano o que no se contraponen cuando se comparan los sexos. En consecuencia, podemos esperar vivir más tiempo gozando de un mejor estado de salud.

Los datos reunidos por los condados (autoridades locales) de Inglaterra confirman este hecho y demuestran que cuanto más baja es la esperanza de vida mayor será el número de años vividos con una salud deficiente (Bone y otros, 1995). Lamentablemente, no todos los estudios geográficos confirman este resultado. Del mismo modo, el estudio europeo demuestra que el nivel de correlación entre el valor de la esperanza de vida a los 65 años de edad y el valor de la esperanza de vida sin discapacidad grave es bajo. El resultado es que cuanto mayor sea la esperanza de vida menor será la participación de la esperanza de vida sin discapacidad grave. Irlanda y Francia se ubican en los extremos. En el primer país, la esperanza de vida de las mujeres a los 65 años era de 17.3 años en 1994 y la proporción de años vividos sin discapacidad grave durante ese período era del 91.2% de la esperanza de vida. En el segundo, la esperanza de vida de la mujer a la misma edad era de 20.6 años y la proporción de años vividos sin discapacidad era de 71.4% (Robine y otros, 1998c). Hoy día, las respuestas a este tema siguen pendientes.

Conocimiento actual sobre la relación entre cantidad y calidad de años vividos

1) En resumen, las series cronológicas sobre la esperanza de vida sin discapacidad permiten inferir que los cambios dependerán del nivel de discapacidad. Así, el número de años vividos sin discapacidad grave no parece crecer si aumenta la esperanza de vida. Para los niveles más graves de discapacidad podría producirse, incluso, una disminución absoluta del tiempo vivido con discapacidad. El número de años de vividos con niveles intermedios de discapacidad parecen aumentar cuando aumenta la esperanza de vida pero las proporciones varían según los países, lo que podría llevar a una situación de compresión relativa del tiempo vivido con discapacidad en niveles intermedios de gravedad. El número de años vividos con los niveles menos graves de discapacidad parecen aumentar relativamente más que la esperanza de vida, lo que llevaría a una expansión relativa del tiempo vivido con discapacidades de menor gravedad. Sin embargo, las series cronológicas no permiten inferir en ningún caso que un aumento de la esperanza de vida se vea acompañado por una reducción absoluta de la duración de la esperanza de vida sin discapacidad. El aumento de la esperanza de vida parece coincidir con una disminución de las discapacidades más graves y un aumento de las menos graves. En términos generales, el aumento de la esperanza de vida coincidiría con una disminución del nivel de discapacidad. La compensación no se daría entre la longevidad y la discapacidad sino más bien entre niveles de gravedad de la discapacidad.

2) Las comparaciones entre los grupos socioeconómicos no sólo permite descartar la idea de una compensación entre la longevidad y la calidad de vida sino que, por el contrario, permite inferir, también, una acumulación de desventajas.

3) Las comparaciones entre sexos tampoco apoyan la idea de una compensación. Parecen indicar una independencia relativa entre cantidad y calidad de vida. Una mayor esperanza de vida correspondería a un mayor período de tiempo vivido con discapacidad, pero en términos proporcionales eso se modificaría muy poco. La participación de los años vividos con o sin discapacidad parece ser relativamente independiente del valor de la esperanza de vida.

4) Las comparaciones geográficas entregan resultados contradictorios de un estudio a otro y, por lo tanto, no sirven para extraer conclusiones de tipo general. Por ejemplo, el estudio británico refuerza la idea de una acumulación de desigualdades mientras que el europeo parece indicar que la participación de la esperanza de vida sin discapacidad grave disminuye a medida que aumenta la esperanza de vida. Este último resultado parece contraponerse con los resultados de las series cronológicas sobre la esperanza de vida sin discapacidad grave, que demostraron que este indicador aumentaba en una proporción algo mayor que la esperanza de vida global, y aumentando así la participación de la esperanza de vida sin discapacidad grave. Sin embargo, puede resultar más difícil de lo que parece utilizar las diferencias establecidas en un momento dado entre países que se encuentran en distintas etapas de las futuras transiciones para prever o pronosticar los cambios futuros. Las correlaciones geográficas entre la esperanza de vida y la expectativa de salud nunca han sido muy marcadas y, habida cuenta de los conocimientos actuales sobre el tema, es posible que tales comparaciones no permitan extraer conclusiones confiables.

Recientemente se han publicado varios estudios que tienen en cuenta factores de riesgo como el consumo de tabaco, la actividad física, etc. (Vita y otros, 1998; Ferrucci y otros, 1999; y Nussleder y otros, 1999 y en preparación). El estudio realizado por Vita y sus colaboradores da a entender que las personas con los hábitos más saludables —es decir, que se abstienen de fumar, realizan actividades físicas periódicas y mantienen un índice de masa corporal normal— no sólo viven más tiempo sino que logran posponer la edad en que aparecen las discapacidades y reducir el número de años que deben convivir con ellas en las últimas etapas de su vida (Vita y otros, 1998). Ferrucci y sus colaboradores demostraron que las personas cuyo nivel de riesgo es más bajo —es decir, las que se abstienen de fumar y desarrollan mucha actividad física— tienen una esperanza de vida sin discapacidad mucho más elevada que las personas cuyo nivel de riesgo es más alto (Ferrucci y otros, 1999). Este resultado se asemeja a los obtenidos al comparar la situación de hombres y mujeres. Las personas de bajo nivel de riesgo tienen la esperanza de vida sin discapacidad más alta y la esperanza de vida con discapacidad también más elevada. El estudio realizado por Nussleder y sus colaboradores demostró que las personas que se abstienen de fumar no sólo tenían una esperanza de vida global y una esperanza de vida sin discapacidad más elevadas, sino que el número de años que tenían que vivir con discapacidades era menor que el de los fumadores (Nussleder y otros, 1999 y en preparación). Igualmente, ninguno de estos estudios permite inferir que exista una compensación entre la longevidad y la calidad de vida. Más bien, al menos dos de ellos indican que puede existir una reducción del período de discapacidad, en el que la longevidad y la calidad de vida van de la mano.

Conclusión

El análisis de las series cronológicas indica que pueden existir cambios comunes a todos los países examinados. Pareciera que en la esperanza de vida sin discapacidad grave se registró un aumento paralelo al de la esperanza de vida mientras que la esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles de discapacidad, no parece haberse modificado significativamente, si bien la mayoría de las series cronológicas parecen indicar un aumento al final del periodo que abarca el estudio. En este resultado se supone que la edad en que aparecen discapacidades graves ha aumentado en forma correlativa con la edad al fallecer. En contraposición con los temores de Kramer y Gruenberg, los que se han mantenido vivos no son los más gravemente enfermos. Pareciera que la atención de salud ha postergado tanto la edad de aparición de las discapacidades graves como la edad de la muerte. En este resultado también se supone que los niveles menos graves de discapacidad han aumentado. Al prolongarse el tiempo de vida, aumenta el número de

personas que acumulan los efectos de los distintos episodios de enfermedad pero sin que los niveles acumulados de gravedad superen a los anteriores⁷.

La mayoría de los resultados de los estudios empíricos son coherentes con este análisis. Sin embargo, permítasenos subrayar dos aspectos. En primer lugar, no todos los estudios geográficos confirman la relación positiva entre el valor de la esperanza de vida y el valor de la esperanza de vida sin discapacidad grave. Este hecho no es esencial para nuestra demostración, pero la confirmación de una relación espacial de este tipo habría reforzado nuestras conclusiones. En segundo lugar, las series cronológicas de los Estados Unidos sobre discapacidad —que indican una caída o una estabilización— no tienen una correspondencia adecuada con las series cronológicas sobre las discapacidades más graves y sobre las menos graves, respectivamente. En realidad, las series cronológicas sobre las actividades de la vida cotidiana demuestran la existencia de discapacidades graves mientras que las series cronológicas que sólo tienen en cuenta las actividades instrumentales de la vida cotidiana —es decir, que excluyen las dificultades en las actividades de la vida cotidiana— indican un nivel de discapacidad menos grave.

Del mismo modo que es imposible concluir que la longevidad potencial de la especie humana se ha modificado porque ha aumentado la esperanza de vida o se ha producido un crecimiento explosivo del número de centenarios, tampoco puede concluirse que las personas son más saludables en las distintas etapas de su vida porque se ha registrado una declinación de las dificultades experimentadas para realizar las actividades de la vida cotidiana. De hecho, estas dificultades dependen en gran medida del entorno físico y social, que puede ser más o menos ventajoso, facilitando las actividades cotidianas o, por el contrario, dificultándolas. Sin embargo, el entorno ha cambiado considerablemente en los últimos años y algunos de estos cambios, como las mejoras en materia de vivienda y equipo o la multiplicación de implementos técnicos facilitan, indudablemente, las actividades cotidianas.

En este contexto, un análisis reciente realizado por Vicki Freedman y Linda Martin en relación con una primera serie cronológica sobre las limitaciones funcionales de las personas de edad en los Estados Unidos nos trae la primera respuesta alentadora. Entre 1984 y 1993, las capacidades funcionales relativas a cuatro aspectos —la visión de caracteres impresos, la capacidad para levantar y transportar un saco de aproximadamente 10 libras de peso, la capacidad de subir escaleras o de caminar un cuarto de milla (aproximadamente tres cuadras urbanas)— habían aumentado significativamente (Freedman y Martin, 1998). Dejando de lado el tema de la visión, que depende, en parte, del uso de gafas, estos resultados indican, sin lugar a dudas, un mejoramiento de la capacidad física.

Bibliografía

- Anttila, S. (1991), "Functional capacity in two elderly populations aged 75 or over: comparisons at 10 years' interval", *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 44, pp. 1181 a 1186.
- Bebbington, A.C. y R.A. Darton (1996), "Healthy life expectancy in England and Wales: recent evidence", Personal Social Services Research Unit (PSSRU), p. 62.
- Bone, M.R. (1992), "International efforts to measure health expectancy", *J Epidemiol Community Health*, vol. 46, pp. 555 a 558.
- Bone, M.R., A.C. Bebbington, C. Jagger, K. Morgan, y G. Nicolaas (1995), "Health expectancy and its uses", Londres, Her Majesty's Stationery Office (HMSO), p. 90

⁷ Una hipótesis para el futuro sería que está aumentando progresivamente el número de personas en condiciones "casi perfectas" de salud funcional, correspondientes a un nivel mínimo de los efectos debilitantes de la vida.

- Boshuizen, H.C., H.P.A. van de Water y R.J.M. Perenboom (1994), "Socio-economic differences in health expectancy in the Netherlands", en: Mathers CD, McCallum J, Robine JM, (Eds) "Advances in health expectancies", Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government Publishing Service (AGPS).
- Brückner, G. (1997), "Health-adjusted forms of life expectancy in Germany: what do we learn from the reunification process?", en: "10th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy", Tokio, octubre.
- Buffon (1749), *Oeuvres complètes*, París, P. Duménil Editeur (Edición 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. y B. Desjardins (1990), "Vivre cent ans dans la vallée du Saint-Laurent avant 1800", *Annales de Démographie Historique*, pp. 218 a 226.
- Colvez, A. y M. Blanchet (1981), "Disability trends in the United States population 1966-76: analysis of reported causes", *American Journal of Public Health*, vol. 71, N° 5, pp. 464 a 471.
- Comfort, A. (1956), "Ageing, the biology of senescence", Routledge and Kegan Paul, Londres (edición de 1964).
- Crimmins, E.M. (1990), "Are Americans healthier as well as longer-lived?", *Journal of Insurance Medicine*, vol. 22, N° 2, pp. 89 a 92.
- (1996), "Mixed trends in population health among older adults", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 51B, N° 5, pp. S223 a S225.
- Crimmins, E.M. y D.G. Ingegneri (1991), "Trends in health among the American population", documento elaborado para el Pension Research Council Symposium.
- Crimmins, E.M. y Y. Saito (1993), "Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970-1990: Gender, racial and socioeconomic differences, documento elaborado para la Convención General de la International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) de 1993 celebrada en Montreal.
- Crimmins, E.M., Y. Saito y D. Ingegneri (1989), "Changes in life expectancy and disability-free life expectancy in the United States", *Popul. Dev. Rev.*, vol. 15 pp. 235 a 267.
- (1997), "Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970-90" *Popul. Dev. Rev.*, vol. 23, pp. 555 a 572.
- Crimmins, E.M., Y. Saito y S.L. Reynolds (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*. vol. 52B, N° 2, pp. S59 a S271.
- Cutler, R.G. (1985), "La biologie du vieillissement et de la longévité", *Gerontologica Biomedica Acta*, vol. 1, pp. 7 a 61.
- Davis, P. y P. Graham (1997), comunicación personal a la Red sobre la esperanza de salud y el proceso de discapacidad (REVES).
- Desjardins, B. (1998), "Marie Louise Meilleur: The World's oldest person?", en: *Odense Monographs on Population Aging*, pp. 65 a 78.
- Dinh, Q.C. (1995), "Projection de population totale pour la France 1990-2050", París, Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (Francia) INSEE, 412 (INSEE Résultats).
- Dinh, Q.C. y J.C. Labat (1979), "Projection de la population totale pour la France, 1975-2020", Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (Francia), INSEE D63.
- Doblhammer, G. y J. Kytir (1996), "Social inequalities in mortality and morbidity: Consequences for DFLE", en: 9th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Roma, diciembre.
- Dupêquier, J. y M. Dupêquier (1985), "Histoire de la démographie", París, Librairie Académique Perrin.
- Feldman, J.J. (1983), "Work ability of the aged under conditions of improving mortality", *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, vol. 61, N° 3, pp. 430 a 444.
- Ferrucci, L., G. Izmirlian, S.G. Leveille, C.L. Phillips, M.C. Corti, D.B. Brock y J.M. Guralnick (1999), "Smoking, physical activity and active life expectancy", *Am. J. of Epidemiology*, vol. 149, N° 7, pp. 645 a 653.
- Freedman, V.A. y G.M. Martin (1998), "Undersanding trends in functional limitations among older Americans", *Am. J. Public Health*, vol. 88, N° 10, pp. 1457 a 1462.
- Freedman, V.A. y J.S. Soldo (1994), "Trends in disability at older ages", National Academy Press, Washington, 1994.

- Fries, J.F. (1980), "Aging, natural death, and the compression of morbidity", *N. Engl. J. Med.*, vol. 303, pp. 130 a 135.
- (1984), "The compression of morbidity: Miscellaneous comments about a theme", *The Gerontologist*, vol. 24, Nº 4, pp. 354 a 359.
- (1989), "The compression of morbidity: near or far?", *Milbank Memorial Fund Q*, vol. 67, pp. 208-232.
- Gavrilov, L.A. y N.S. Gavrilova (1991), "The biology of life span: a quantitative approach", Chur, Harwood Academic Publishers.
- Gruenberg, E.M. (1977), "The failures of success", *Milbank Memorial Fund Q/ Health Soc*, vol. 55, pp. 3-24.
- Grundy, E. (1997), "The health and health care of older adults in England and Wales, 1841-1994", en: Charlton, J., M. Murphy (Eds), "The health of adult Britain 1841 – 1994", Londres, The Stationery Office (vols. 1 y 2).
- Gumbel, E.J. (1937), "La durée de vie extrême de la vie humaine", París, Hermann et C^{ie}, Editeurs.
- Hayflick, L. (1981), "Prospects for human extension by genetic manipulation", en: Danon, D., N.W. Shock, M. Marois (Eds.), "Aging: challenge to science and society", Oxford University Press vol 1, pp. 162 a 179.
- Hayward, M.D. y M. Heron (1996), "Racial Inequality in Active Life Among Adult Americans", en: 9th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Roma, diciembre.
- Heeres, E.J. (sin fecha), "Kwartier staat van Geert Adiaans Boomgaard, de Nederlandse Methusalem".
- Horiuchi, S. y J.R. Wilmoth (1998), "Deceleration in the age pattern of mortality at older ages", *Demography*, vol. 35, Nº 4, pp. 191 a 412.
- Inoue, T., T. Shigematsu y Z. Nanjo (1997), "Health life tables in Japan, 1990: a quality of the longest life expectancy in the world", *Minzoku Eisei*, vol. 63, Nº 4, pp. 226 a 240.
- INSEE (1961) *Annuaire Statistique de la France, Rétrospectif*, París, Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (Francia) (INSEE).
- Jagger, C., M. Clarke y S.J. Clarke (1991), "Getting older - feeling younger: the changing health profile of the elderly", *Int. J. Epidemiol.*, vol. 20, pp. 234 a 238.
- Jeune, B. (1995), "In search of the first centenarians", en: Jeune, B., J.W. Vaupel (Eds.), "Exceptional longevity: From prehistory to the present", Odense University, Odense Monographs on Population Aging 2.
- Kerjosse, R. e I. Tamby (1999), "La situation démographique en 1996", París, Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (Francia) (INSEE) (*Démographie-Société*, pp. 70 y 71).
- Kramer, M. (1980), "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 62 (suplemento 285), pp. 282 a 297.
- Labat, J.C. y J. Dekneudt (1989), "Combien y a-t-il de centenaires?", en: INSEE ed. "Les ménages: mélanges en l'honneur de Jacques Desabie", París, Imprimerie Nationale.
- LaRoche, S. y J.P. Morin (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), comunicación personal sobre Charlotte Hughes.
- Leveille, S.G., J.M. Guralnick, L. Ferrucci y J.A. Langlois (1999), "Aging successfully until death in old age: Opportunities for increasing active life expectancy", *Am J of Epidemiology*, vol. 149, Nº 7, pp. 654 a 664.
- Levy, M.L. (1998), "La population de la France, 1995-1997", *Population et Sociétés*, Nº 333.
- Manton, K.G. (1982), "Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population", *Milbank Memorial Fund Q/ Health Soc*, vol. 60, pp. 183 a 244.
- Manton, K.G., L.S. Corder y E. Stallard (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*, vol. 48, Nº 4, pp. S153 a S166.
- (1993b), "Changes in the use of personal assistance and special equipment from 1982 to 1989: results from the 1982 and 1989 NLTCs", *The Gerontologist*, vol. 33, Nº 2, pp. 168 a 176.
- (1997), "Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994", *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, vol. 94, pp. 2593 a 2598.
- L.S. Corder (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*, vol. 50B, Nº 4, pp. S194 a S204.
- (1998), "Dynamics of dimensions of age-related disability 1982 to 1994 in the US elderly population", *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, vol. 53A, Nº 1, pp. B59 a B70.

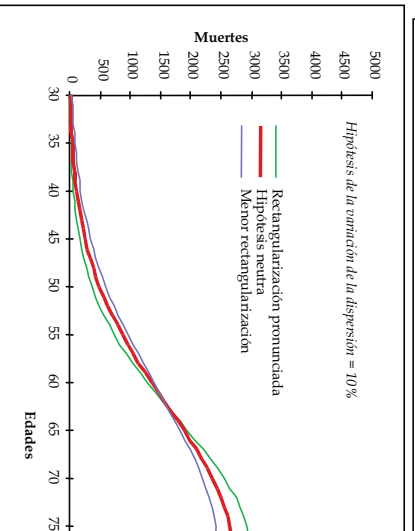
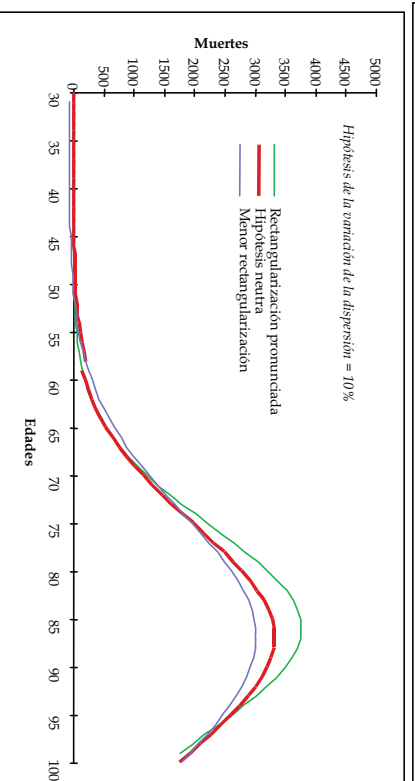
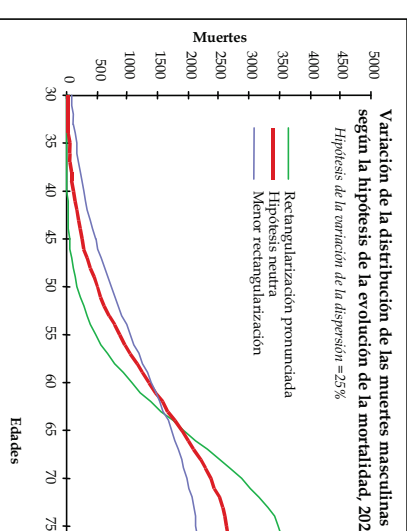
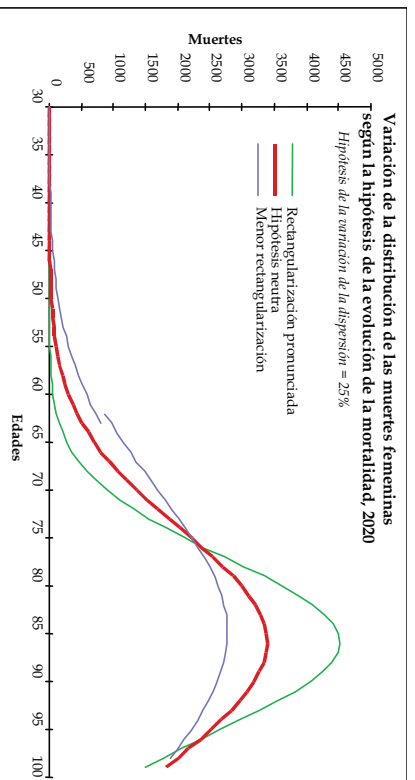
- Mathers, C.D. (1991), "Health expectancies in Australia, 1981 and 1988", Canberra, Australian Capital Territory (ACT), Australian Institute of Health Publications.
- (1996), "Trends in health expectancies in Australia 1981-1993", *J. Aust. Popul. Assoc.*, vol. 13, pp.1 15.
- Mesle, F. y J. Vallin (1998), "Evolution de la mortalité aux âgées élevés en France depuis 1950", Institut national d'études démographiques (INED), *Dossiers et Recherches* N° 68.
- Mizrahi, A. y A. Mizrahi (1989), "Evolution de l'état de santé. Risque vital et invalidité", Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), N° 814.
- (1993), "Evolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution, France 1977-1988", Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), N° 966.
- (1994), "L'Evolution 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", Conferencia 'Economics of Aging', Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), N° 1027.
- Myers, G.C. y K.G. Manton (1984), "Compression of mortality: Myth or reality?", *The Gerontologist*, vol. 24, N° 4, pp. 346 a 353.
- Nault, F., R. Roberge y J.M. Berthelot (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*, vol. 25, N° 2, pp. 241 a 259.
- Nuevaacheck, P.W., P.P. Budetti y N. Halfon (1986), Trends in activity-limiting chronic conditions among children", *American Journal of Public Health*, vol. 76, N° 2, pp. 178 a 184.
- Newacheck, P.W., P.P. Budetti y P. McManus (1984), "Trends in Childhood disability", *American Journal of Public Health*, vol. 74, N° 3, pp. 232 a 236.
- Nusselder, W.J., C.W.N. Looman, P.J. Marang van de Mheen y J.P. Mackenbach (1999), "Smoking and the compression of morbidity", REVES 11th, Londres, 15 a 17 de abril de 1999.
- Nusselder, W.J., C.W.N. Looman, P.J. Marang van de Mheen, H. van de Mheen y J.P. Mackenbach (próximo a publicarse), "Smoking elimination produces compression of morbidity" (aceptado para su publicación).
- Organización Mundial de la Salud (1984), "The uses of epidemiology in the study of the elderly : Report of a WHO scientific group on the epidemiology of aging", Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS) (Serie de Informes Técnicos 706).
- Palmore, E.B. (1987), "Some errors and irrelevancies in the debate over compression of morbidity", *Gerontologica Perspecta*, vol. 1, pp. 30 y 31.
- (1996), "Trends in the health of the aged", *The Gerontologist*, vol. 26, N° 3, págs. 298 a 302.
- Perks, W. (1932), "On some experiments on the graduation of mortality statistics", *J. of the Institute of Actuaries*, vol. 63, pp. 12 a 40.
- Petterson, H. (1994), "Sweden (Country report)", en: Robine, J.M., C. Mathers, C. Stevenson y E.T. d'Espaignet, "General report of the 7th meeting of the international network on health expectancy. REVES", documento N° 195.
- Preston, S.H. (1992), "Cohort succession and the future of the oldest old", en: Suzman, R.M., D.P. Willis y K.G. Manton, "The oldest old", Oxford University Press, pp. 50 a 57.
- Riley, J.C. (1990), "The risk of being sick: morbidity trends in four countries", *Population and development Review*, vol. 16, N° 3, pp. 403 a 432.
- Robine, J.M. y M. Allard (1995), "Validation of the exceptional longevity case of a 120 year-old woman", *Facts and research in Gerontology*, pp. 363 a 367.
- (1998), "The oldest human", *Science*, vol. 279, pp. 1834 a 1835.
- Robine, J.M., E. Cambois e I. Romieu (1998a), "Construction de différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française: l'horizon 2020", Montpellier, Institut National de la Santé et de la recherche médicale (INSERM) (Informe de la Mission Recherche).
- Robine, J.M. y P. Mormiche (1994), "Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991", *Solidarité Santé*, vol. 1, pp. 17 a 36.
- Robine, J.M., P. Mormiche y E. Cambois (1996), "Evolution des courbes de survie totale, sans maladie chronique et sans incapacité en France de 1981-1991: application d'un modèle de l'OMS", *Annales de Démographie Historique*, pp. 99 a 115.
- Robine, J.M., P. Mormiche y C. Sermet (1998b), "Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy", *Journal of Aging and Health*, vol. 10, N° 2, pp. 171 a 191.
- Robine, J.M. e I. Romieu (1998), "Healthy active ageing: health expectancies at age 65 in the different parts of the world", REVES, documento N° 318, mayo de 1998.

- Robine, J.M., I. Romieu, C. Jagger y V. Egidi (1998c), "Les espérances de santé dans l'Union européenne : Analyse des données du Panel des Ménages de la Communauté Européenne", REVES, documento N°320, (en traducción todos los idiomas de la Unión Europea por el DGV).
- Rodgers Mayer, E. (1997), "Sarah Clark Knauss, age 117 years", Phobe Ministries.
- Roos, N.P., B. Havens y C. Black (1993), "Living longer but doing worse: assessing health status in elderly persons at two points in time in Manitoba, Canada", *Soc. Sci. Med.*, vol. 36, pp. 273 a 282.
- Sanders, B.S. (1964), "Measuring community health levels", *Am. J. Public Health*, vol. 54, págs. 1063 a 1070.
- Sihvonen, A.P. (1994), "Suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet. Metodinen tarkastelu ja mittaminen" (Health expectancy in Finland. Methodological considerations and measurement), Helsinki: STAKES. (Informe N° 148).
- Skytthe, A. y B. Jeune (1995), "Danish centenarians after 1800", en: Jeune B y Vaupel JW Eds. "Exceptional longevity: From prehistory to the present", (Odense Monographs on Population Aging 2).
- Spiers, N., C. Jagger y M. Clarke (1996), "Physical function and perceived health: Cohort differences and interrelationships in older people", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 51B, N° 5, pp. S226 a S233.
- Strehler, B.L. (1975), 'Implications of aging research for society', en: "Theoretical concepts of developmental and age changes", *Federation Proceedings*, vol. 34, N° 1, pp. 5 a 8.
- Sullivan, D.F. (1971), "A single index of mortality and morbidity. Health Services and Mental Health Administration (HSMHA) *Health Reports*, vol. 86, pp. 347 a 354.
- Svanborg, A. (1988), "Cohort differences in the Göteborg studies of Swedish 70-year olds", en: Brody, J.A., G.L. Maddox (eds.), "Epidemiology and aging", Springer Publishing Compagny, pp. 27 a 35.
- Thatcher, A.R. (1992), "Trends in number and mortality at high ages in England and Wales", *Population Studies*, vol. 46, pp. 411 a 426.
- (1997), "Trends and prospects at very high ages", en: Charlton, J.y M. Murphy (Eds), "The health of adult Britain 1841 – 1994", Londres, The Stationery Office (vols. 1 y 2).
- (1998), "Katherine Plunket: A well documented super-centenarian in 1930", en: "Odense Monographs on Population Aging", pp. 135 a 138.
- (1999), "The long-term pattern of adult mortality and the highest attained age", *J. R. Statist. Soc.*, vol. 162 (parte 1), pp. 5 a 43.
- Thatcher, A.R., Kannisto V y Vaupel JW (1998), "The force of mortality at ages 80 to 120", (Odense Monographs on Population Aging 5).
- Thoms, W.J. (1873), "Human longevity", Londres, John Murray.
- Toshiaki Inagati et al. (s/f), artículo en japonés.
- Valkonen, T., A.P. Sihvonen y E. Lahelma (1994), "Disability-free life expectancy by level of education in Finland", en: Mathers, C.D., J. McCallum y J.M. Robine (Eds), "Advances in health expectancies", Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government Publishing Service (AGPS).
- van den Bos, G.A.M. y P.J. van der Maas (1993), "Social inequalities in the basic indicators of health expectancy: chronic morbidity, disability and mortality", en "Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives", Montrouge, John Libbey Eurotext.
- van Oyen, H., J. Tafforeau y M. Roelands (1994), "Regional inequities in health expectancy in Belgium", en: Mathers, C.D., J. McCallum y J.M. Robine (Eds), "Advances in health expectancies", Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government Publishing Service (AGPS).
- Vaupel, J.W. y B. Jeune (1995), "The emergence and proliferation of centenarians", en: Jeune, B. y J.W. Vaupel (Eds), "Exceptional longevity: From prehistory to the present", Odense University, Odense Monographs on Population Aging 2.
- Verbrugge, L.M. (1984), "Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons", *Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, vol. 62, N° 3, pp. 475 a 519.
- (1989), "Recent, present, and future health of American adults", *Annu. Rev. Public Health*, vol. 10, pp. 333 a 361.
- Vita A.J., R.B. Terry, H.B. Hubert y J.F. Fries (1998), "Aging, health risks, and cumulative disability", *New Engl. J. Med.*, vol. 338, pp. 1035 a 1041.
- Waidmann, T., J. Bound y M. Schoenbaum (1995), "The illusion of failure: trends in self-reported health of the U.S. elderly", *The Milbank Quarterly*, vol. 73, N° 2, pp. 253 a 287.
- Waidmann, T. y K.G. Manton (1998), "International evidence on disability trends among the elderly", U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Disability, aging, and Long-Term Care Policy.

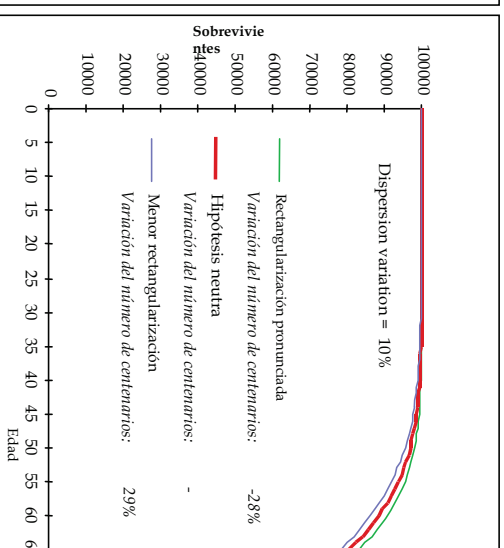
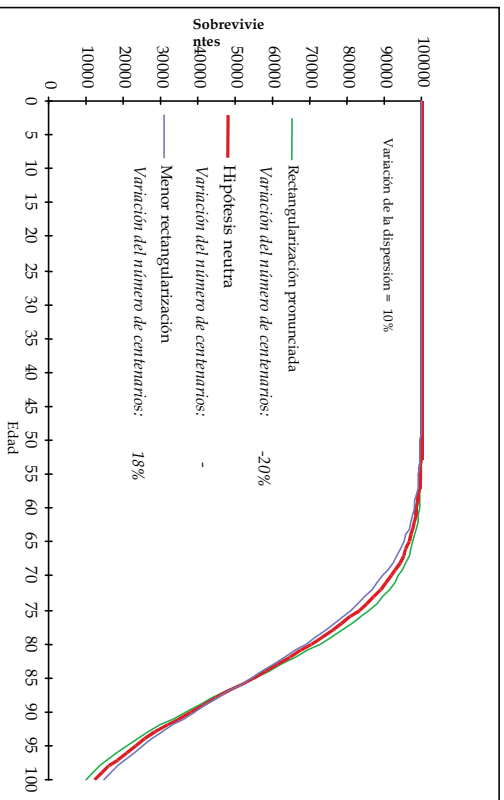
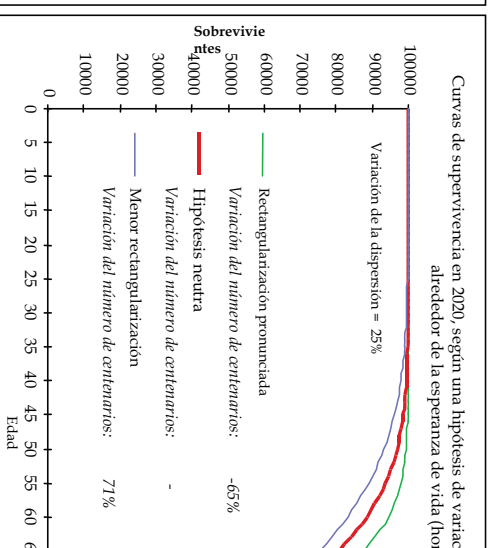
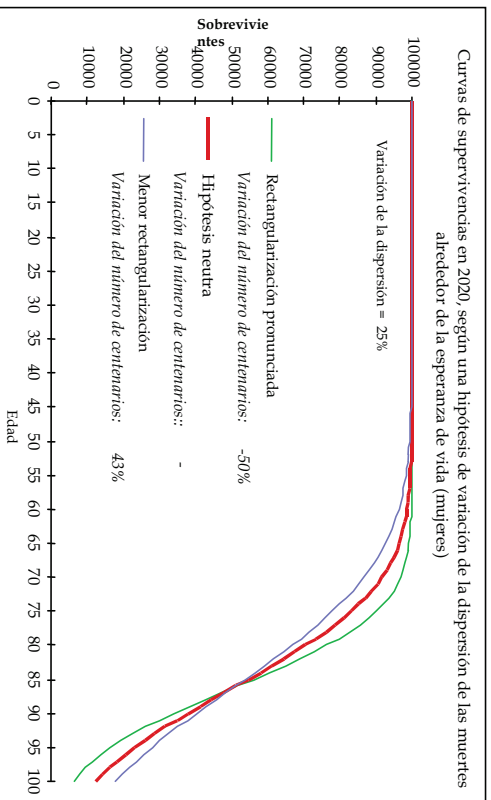
- Wilkins, R. y O.B. Adams (1983), "Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional and social dimensions", *American J. Public Health*, vol. 73, N° 9, pp. 1073 a 1080.
- Wilkins, R., J. Chen y E. Ng (1994), "Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991", en: Mathers, C.D., J. McCallum y J. M. Robine (Eds.), "Advances in health expectancies", Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government Publishing Service (AGPS), pp. 115 a 132.
- Wilmoth, J.R. (1997), "In search of limits", en: "Between Zeus and the salmon", National Research Council.
- Wilmoth, J.R. y H. Lundström (1996), "Extreme longevity in five countries: Presentation of trends with special attention to issues of data quality", *European Journal of Population*, vol. 12, N° 1, pp. 63 a 93.
- Wilmoth, J.R., A. Skytthe, D. Friou y B. Jeune (1996), "The oldest man ever? A case study of exceptional longevity", *The Gerontologist*, vol. 36, N° 6, pp. 783 a 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.*, vol. 46, N° 3, pp. 303 a 308.

MODELO DE DISTRIBUCIÓN DE LOS FALLECIMIENTOS SEGÚN UNA DISPERSIÓN CON RESPECTO DE

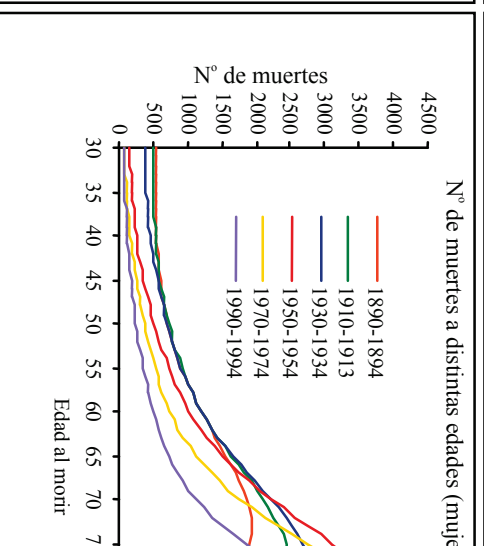
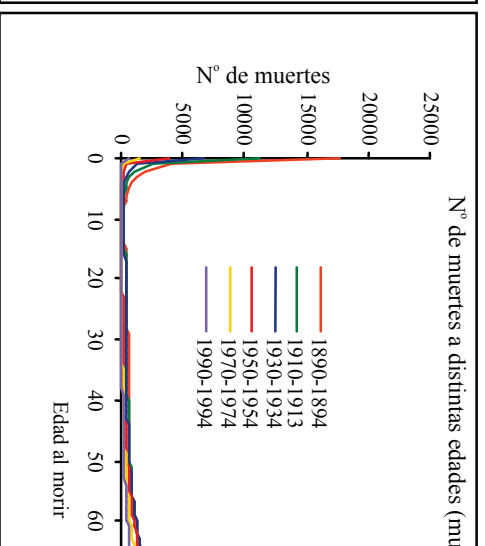
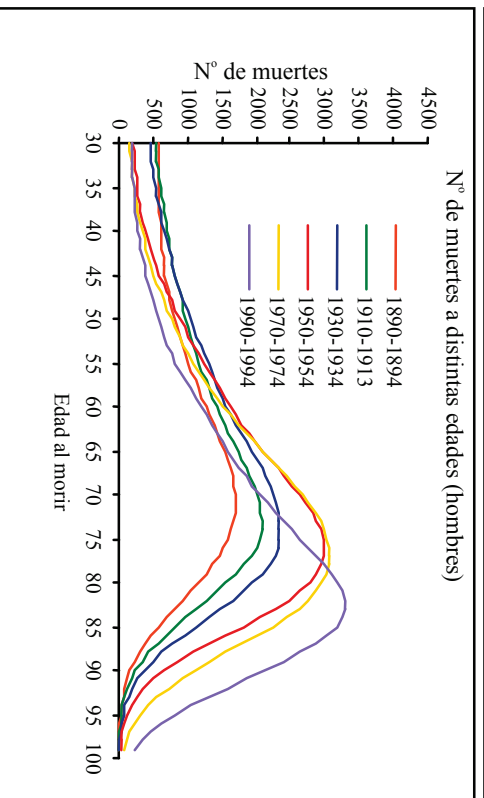
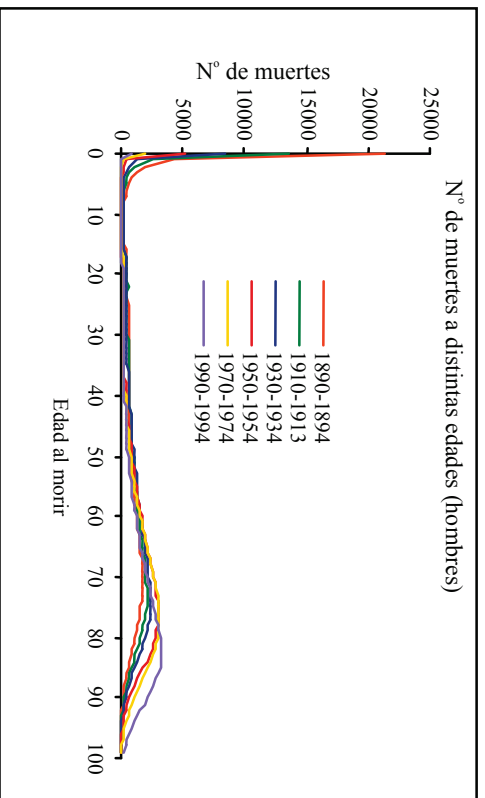
Hipótesis neutra: dispersión de los fallecimientos según la tendencia observada
Aumento de la dispersión observada de los fallecimientos
Disminución de la dispersión observada de los fallecimientos



CURVAS DE SUPERVIVENCIA TEÓRICAS, DEDUCIDAS DE

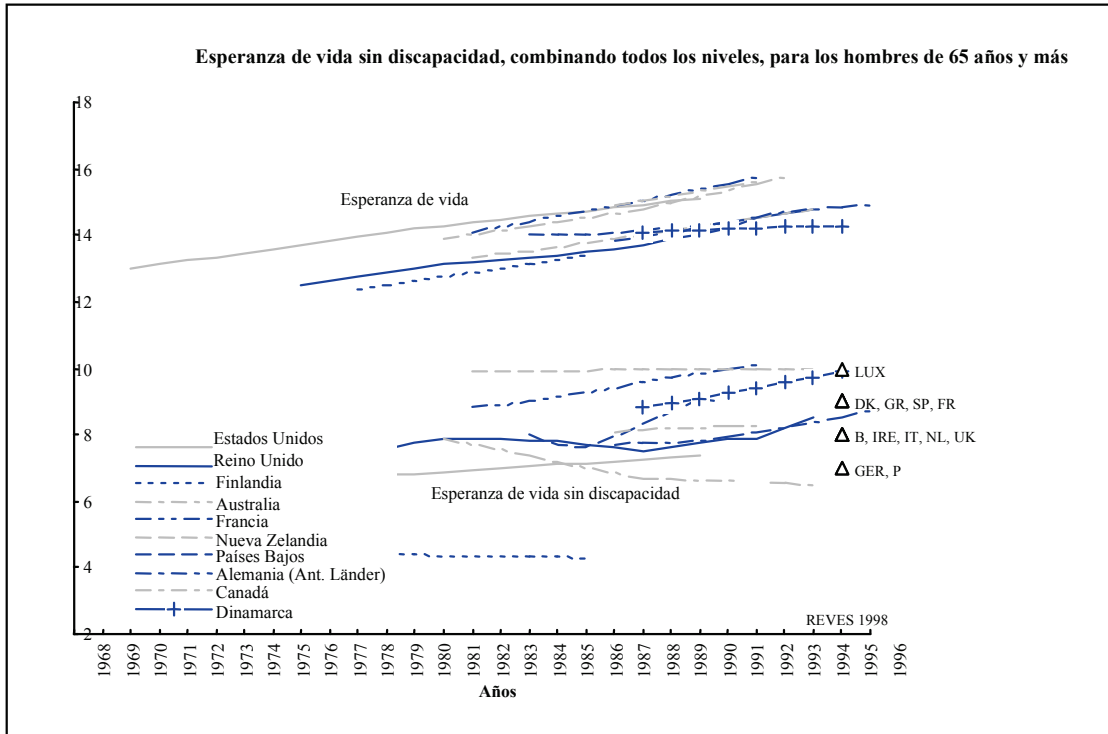


DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES EN FRANCIA DE 1890-1894 A 1990-1994 (TABLAS PARA VARIOS PERIODOS, CA)

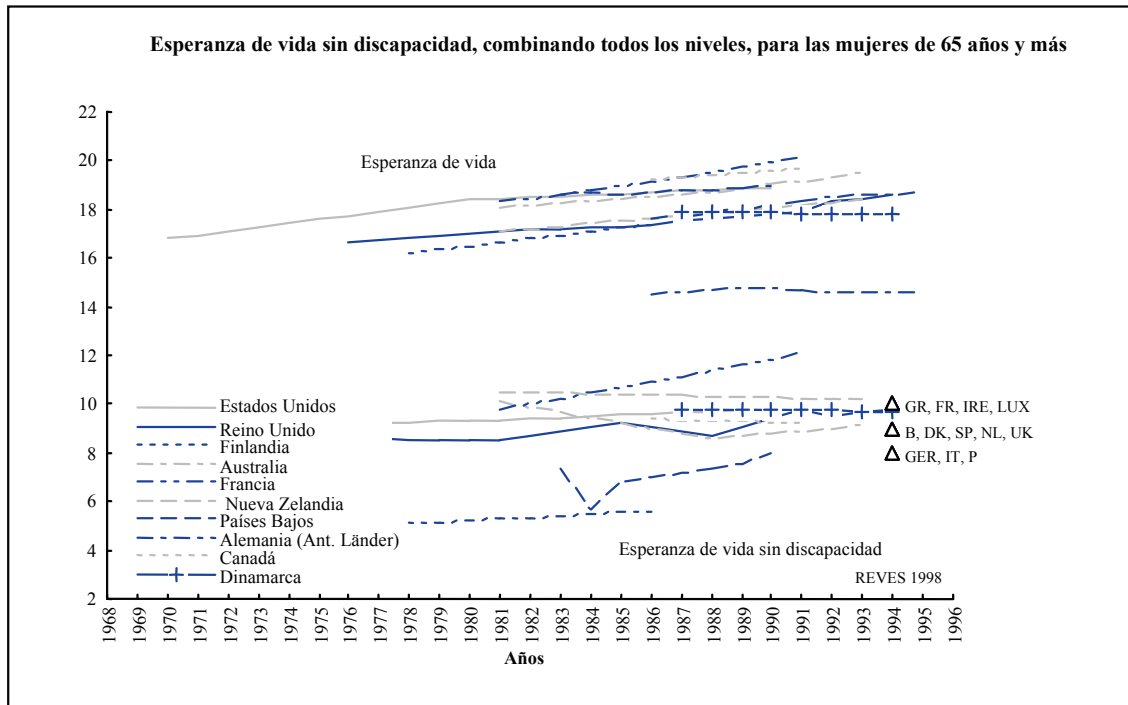


TENDENCIAS DE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD Y VALORES DE LA ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD CALCULADOS CON DATOS PROPORCIONADOS POR EL PANEL DE HOGARES DE LA UNIÓN EUROPEA EN 1994

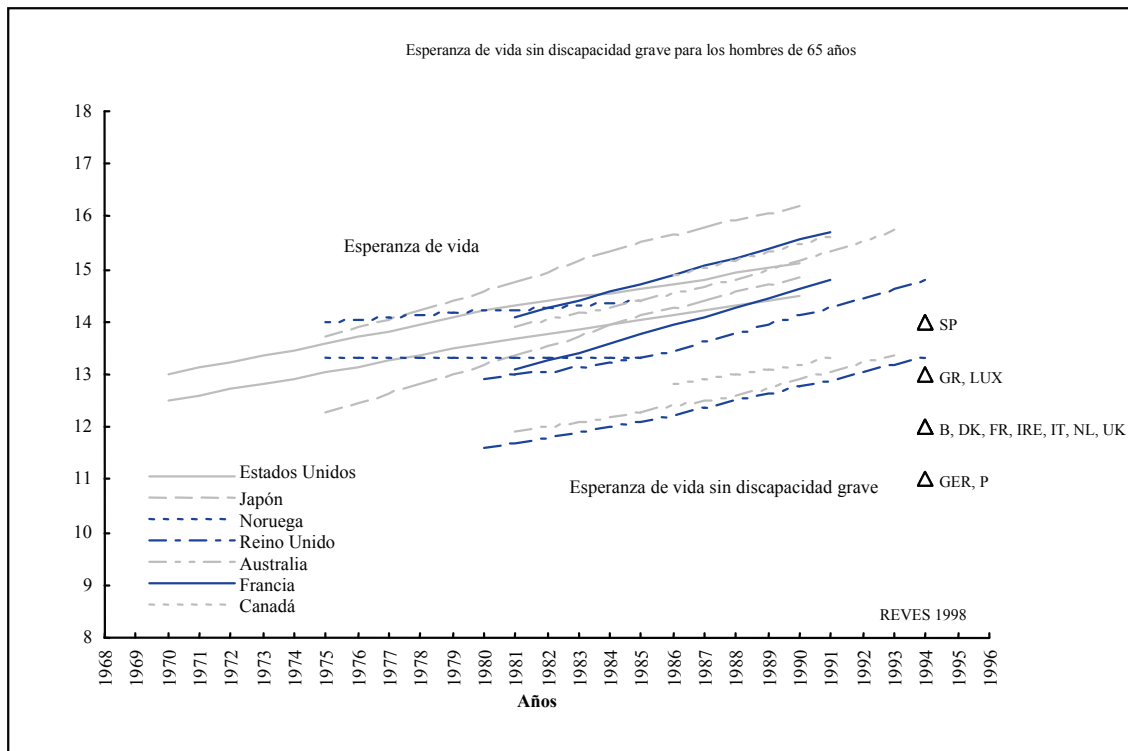
*Esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles, para los hombres de 65 años de edad**



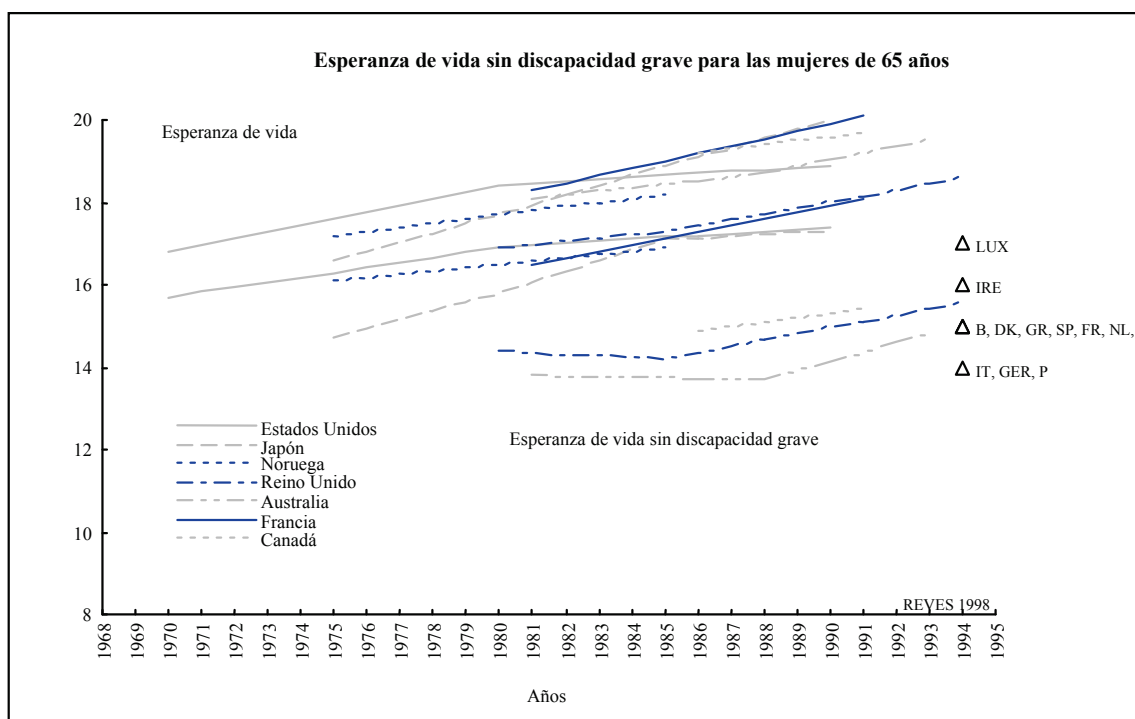
Esperanza de vida sin discapacidad, combinando todos los niveles, para las mujeres de 65 años de edad*



Esperanza de vida sin discapacidad grave para los hombres de 65 años de edad*



Esperanza de vida sin discapacidad grave para las mujeres de 65 años de edad*



* En todos los gráficos: B: Bélgica; DK: Dinamarca; FR: Francia; GER: Alemania; GR: Grecia; IRE: Irlanda; IT: Italia; LUX: Luxemburgo; NL: Países Bajos; P: Portugal; UK: Reino Unido.

Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe

Martha Peláez¹
Alberto Palloni²
Marcela Ferrer³

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.

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, Estados Unidos.

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

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 comenzará a ser evidente 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 durante ese período, 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 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 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. 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 llegará a más de 96 millones, representando el 14% de la población total (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 (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 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.

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.

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 (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 agudizan 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 y otros, 1993; Crimmins y otros, 1994; Crimmins y otros, 1997; Singer y Manton, 1994; Fries, 1980; Suzman y otros, 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 (cuadros 5, 6 y 7).

La mayor sobrevivencia femenina tiene importantes efectos en las condiciones de vida 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 (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 y otros, 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 (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 *aymarás* 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 aplicable a todos los países de la región y que no está condicionada por niveles socioeconómicos (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, sobre todo 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 (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 (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, sobre todo 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, y superar 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 (cuadro 7) indican que para 2025 debemos esperar los valores de E(60) levemente por encima de 20 años en la mayoría de los casos.

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 u 80 de cerca de 1 por ciento por año (Kannisto y otros, 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 0,20 de año 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 y otros, 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 respecto a 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 musculoesqueléticas (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.

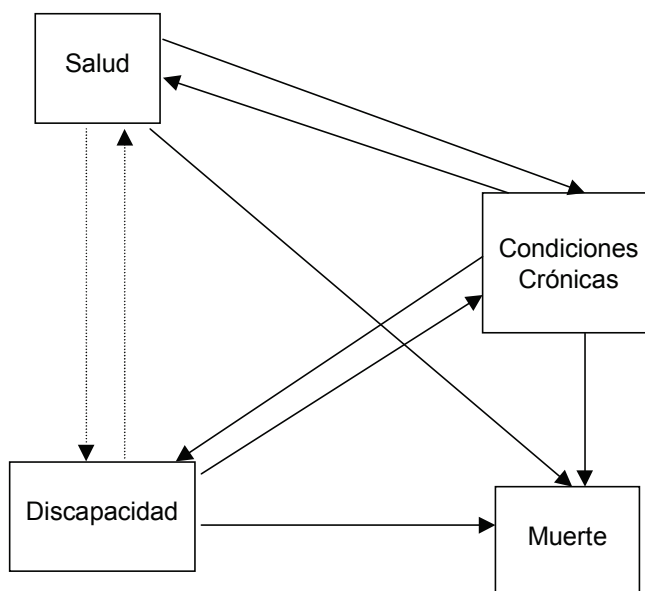
Bibliografía

- 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.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1997), *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, (LC/DEM/G.174).
- CEPAL/CELADE/BID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño 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*, (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):59-71.
- 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.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (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., y otros (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, enero.

- 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", *The Decline of Mortality in Europe*, editado por D. Reherly, A. Bideau y R. Schofield, Oxford, UK: Clarendon Press.
- Manton, K. (1997), "Future Trends in Chronic Disability and Institucionalization Implications for Long-term Care Needs", *Health Care Management: State of the Art Reviews*, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc., junio.
- _____ (1991), "The Dynamics of Population Aging: Demography and Policy Analysis", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 69, No. 2:309-338.
- _____ (1989), "Epidemiological, Demographic, and Social Correlates of Disability among the Elderly", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 67, Suppl.2, Pt.1: 13-58.
- _____ (1982), "Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60:183-244.
- Manton, K., L. Corder y E. Stallard (1993), "Estimates of Change in Chronic Disability and Institucional 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. y B. Soldo (1985), "Dynamics of Health Changes in the Oldest Old: New Perspectives and Evidence", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63:206-285.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (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)", *Investigaciones en Salud Pública*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), División de Salud y Desarrollo Humano, Documentos Técnicos N°6.
- Palloni, A., S. De Vos y M. Peláez, "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", *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.
- WHO (World Health Organization) (1999), *A Life Course Perspective of Maintaining Independence in Older Age*, Ageing and Health, Ginebra.
- 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 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	276,146,84	100.0	507,932,04	100.0	685,074,05	100.0
60 - 64	6,110,50	2.2	12,797,26	2.5	30,306,12	4.4
65 - 69	4,654,62	1.7	10,018,91	2.0	23,797,28	3.5
70 - 74	3,346,51	1.2	7,709,20	1.5	17,947,02	2.6
75 - 79	2,074,68	0.8	5,104,64	1.0	12,115,23	1.8
80 y +	1,428,25	0.5	4,445,21	0.9	11,864,23	1.7
Total 60 y +	17,614,58	6.4	40,075,23	7.9	96,029,89	14.0
Hombres	138,140,966	100.0	251,807,096	100.0	338,007,19	100.0
60 - 64	2,950,83	2.1	6,038,92	2.4	14,190,34	4.2
65 - 69	2,222,13	1.6	4,618,09	1.8	10,855,62	3.2
70 - 74	1,546,01	1.1	3,444,24	1.4	7,932,92	2.3
75 - 79	933,829	0.7	2,188,53	0.9	5,115,66	1.5
80 y +	607,643	0.4	1,745,41	0.7	4,477,38	1.3
Total 60 y +	8,260,45	6.0	18,035,21	7.2	42,571,93	12.6
Mujeres	138,005,88	100.0	256,124,94	100.0	347,066,85	100.0
60 - 64	3,159,67	2.3	6,758,34	2.6	16,115,78	4.6
65 - 69	2,432,49	1.8	5,400,81	2.1	12,941,65	3.7
70 - 74	1,800,49	1.3	4,264,95	1.7	10,014,10	2.9
75 - 79	1,140,85	0.8	2,916,10	1.1	6,999,56	2.0
80 y +	820,608	0.6	2,699,80	1.1	7,386,85	2.1
Total 60 y +	9,354,12	6.8	22,040,02	8.6	53,457,96	15.4

Fuente: CELADE, Proyecciones de población

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
Domínica	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
Bahamas	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, Deneny 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	Población bajo	Población de 60 y más años	
		en Salud (% del PIB) 1990-1995a/	la línea de Pobreza (%) 1996-1997	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 Río 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	%
Am bos sexos	17614581	100.0	40075236	100.0	96029898	100.0
H om bres	8260452	46.9	18035216	45.0	42571935	44.3
M ujeres	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		
	Am bos	H om bres	M ujeres	Am bos	H om bres	M ujeres
	Sexos			Sexos		
Am érica 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
Centroam érica	71.2	68.4	74.1	75.7	72.9	78.7
Sudam érica	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
Panamá	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
Ambo s 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	2,699,801	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	125300936	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.

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 de salud.

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

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

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 previsible.

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 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.

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 al 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. 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. También 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, con 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 fuertes dificultades. En primer lugar, el perfil de las enfermedades se ha vuelto más complejo que nunca. Ha ocurrido un cambio dramático 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. El 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, ha habido una serie de cambios que apuntan a un descomunal aumento de la demanda de servicios de salud en las próximas décadas (Frenk, 1994): el envejecimiento de la población aunado a una rápida y desordenada urbanización que a la vez que

generan riesgos, 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) y 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, ineficiencia y una inadecuada calidad, que se manifiestan en una insatisfacción del usuario (FUNSALUD, 1995) estando 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 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 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, 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 y otros, 1961) con fines epidemiológicos en la vejez. En el cuadro 1 se muestra cómo 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 considera su salud como buena o muy buena. Prevalece el optimismo al preguntárseles cómo se consideran respecto a sus contemporáneos, ya que 34.7% se considera 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 cómo 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 acumulo 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 de 1987 (Secretaría de Salud, 1988) 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 valor 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, García, Ostrosky, 1997). Respecto a la depresión los estudios de prevalencia actualmente disponibles (Wagner, Gallo, Delva, 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 la de síntomas depresivos el 30% (Gutiérrez Robledo, 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, Villa, Gutiérrez, 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, Lerman, Gutiérrez, 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, Llaca, Gutiérrez, 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, 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, Galvan y Martin, 1982), demuestra con claridad, cómo 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, 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% tenía 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, 1998), muestra de nuevo claramente cómo 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 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 puede salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años puede hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) están paralizados en cama, esto 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 solo 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 puede de ninguna manera salir de la cama siendo, por ende, totalmente dependiente 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 viejos jóvenes 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 octogenarios 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”, o “dependencia”, han sido definidos (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 la 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, 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, 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 (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 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 (esposos 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 hace ver cómo la población anciana "dependiente" en realidad participa en una compleja malla de interdependencia dentro de la familia (Montes de Oca, 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 ese 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, Frenk, González, 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 este 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 ese 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 cérvico-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 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, 1998) el análisis de la situación de salud comparativa 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, 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 otros 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 esté 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, Gutiérrez y otros, 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, Reyes y otros, 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, 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 este 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 instituciones 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 cómo esto no depende tan sólo 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, 1999) efectuado de 1983 a 1993 inclusive, en el estado de Morelos se seleccionaron 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, 1997): deben 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 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 este 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 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” demográficas 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 (por ejemplo, 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 conjugue 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, 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 sobrestima 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 de los diferentes sectores de la salud, así como de las asociaciones civiles e instituciones que se encuentran trabajando por la salud de los adultos mayores de México (ver apéndice).

Bibliografía

- Aguilar, C., I. Lerman y L. Gutiérrez Robledo (1999), *Atherosclerosis*, aceptado para publicación.
- Alvarez, R. y M. Brown (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 México", en: Hill, K., R. Morelos y R. Wong, *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, México, El Colegio de México, 1a ed.
- Bobadilla, J.L. (1997), "Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud", en: Frenk, J., Ed., *Observatorio de la salud*, México D. F., Fundación Mexicana para la salud, pp. 255-274.
- Borges, A., L. Gutiérrez Robledo y otros (1996), *Utilización de servicios hospitalarios por ancianos en la ciudad de México*, *Salud Pública de México*, 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. (1990), "Panorama de la dépendance en France", *Revue Francaise des Affaires Sociales*, 44(1): 15-2.
- 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*, México D.F., Fundación Mexicana para la Salud.
- FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud) (1995), *Encuesta de satisfacción con los servicios de salud en México*, México D.F., FUNSAUD.
- Gutiérrez Robledo, L. (1989), "Diagnóstico funcional en el anciano institucionalizado: adecuando los recursos a las necesidades", *Rev. Soc. Mex. Ger.*, 1(2):30-41.
- (1990), "Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México", *Sal. Pub. Mex.*, 32(6):693-701.
- (1998), "Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México", en: Hernández Bringas, H. y C. Menkes, *La población de México al final del siglo XX, V Reunión de investigación demográfica en México*, México D.F., UNAM CRIM, pp. 431-448.

- Gutiérrez Robledo, L., G. Reyes y otros (1996), "Evaluación de instituciones de cuidados prolongados en el Distrito Federal. Una visión crítica", *Sal. Pub. Mex.*, 38:487-500.
- Gutiérrez Robledo, L., G. García Ramos y F. Ostrosky (1997), "Epidemiología de los padecimientos demenciales en la Ciudad de México", desarrollo del protocolo de investigación, memorias de la reunión de la Academia Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México D.F..
- Gutiérrez Robledo, L. y A. Vazquez (1999), "Nutritional status in elderly mexicans in urban and rural communities", aceptado para publicación *Age & Nutrition*.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (1995), Anuario estadístico, México D.F.
- Lerman, I., A. Villa y L. Gutiérrez Robledo (1998), "Epidemiology of diabetes and coronary risk factors in urban and rural elderly mexicans", *J. Am. Ger. Soc.*
- Lerman, I., C. Llaca y L. Gutiérrez Robledo (1999), *Obesity Research*, 34:735
- Lozano Ascencio, R., J. Frenk, MA. González Bloch (1996), "El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994", *Sal. Pub. Mex.*, 38:419-429.
- Lozano Ascencio, R., C. Murray y J. Frenk (1999), "El peso de las enfermedades en México", en: Hill, K, J. Morelos, R. Wong, *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, El Colegio de México, México, pp. 121-146.
- 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 C. Menkes, *La población de México al final del siglo XX*, México D.F., SOMEDE CRIM.
- Neugarten, B.L. y otros (1961), "The measurement of Life Satisfaction", *J. Gerontol.*, 16:134,143.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1990), *Las condiciones de salud en las Américas*, Washington, publicación científica No. 524.
- Rosales, L., S. Galvan y A. Martin (1982), *Encuesta nacional de invalidez*, México D.F., Sistema Nacional DIF.
- Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1988), *Encuesta nacional de salud*, México D.F.
- Secretaría de Salud (1993), *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*, SSA., México DF., Dirección General de Epidemiología.
- (1996), "Daños a la salud", *Bol. Inform. Estad.* 16, México D.F.
- Wagner, F.A., J. Gallo y J. Delva (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: Hernández, H. y C. Menkes, *La población de México al final del siglo XX*, México, SOMEDE CRIM.

Cuadro 1

SATISFACCIÓN VITAL POR EDAD Y GÉNERO 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: Gutiérrez Robledo, 1998.

Cuadro 2

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR EDAD Y GÉNERO 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: Gutiérrez Robledo, 1998.

Cuadro 3

PREVALENCIA DE LA DIABETES POR GRUPOS DE EDAD, GÉNERO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO EN PORCENTAJE

Grupo etáreo y género	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 GÉNERO 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 SOCIOECONÓMICO

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 SOCIOECONÓMICO

Ámbito	Urbana media	Urbana pobre	Rural
Hipoalbuminemia	10	16	13
Desnutrición	0.7	2.1	7.8
Bajo peso	5	3.8	7.8

Cuadro 7
INCAPACIDADES PREVALENTES EN MAYORES DE 65 AÑOS Y
GRADO DE AFECCIÓN

Incapacidad	Fracción de individuos afectados (%)	
Visión ^a	Debilidad visual 66.6	Amaurosis 3.2
Audición ^b	Hipoacusia 37	Sordera profunda 4
Salud dental ^c	Deterioro con repercusión funcional 63	Deterioro total 21
Afecciones de los miembros ^d	Incapacidad funcional parcial 40.7	Incapacidad funcional total 3.3
Incontinencia urinaria ^e	Parcial 6.5	Total 1.2

^a sólo 40% emplean un auxiliar visual.

^b sólo 2.9% emplean un auxiliar auditivo.

^c 34% usan algún tipo de prótesis, sólo 0.2% son vigilados por su dentista.

^d sólo 16% de los casos afectados emplean alguna prótesis.

^e sólo 7.6% de los afectados usan alguna protección.

Cuadro 8
GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL SEGÚN COLVEZ, 1990

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: Gutiérrez Robledo, 1998.

Cuadro 10

**PORCENTAJES DE MAYORES DE 60 AÑOS CON ALTA DEPENDENCIA FUNCIONAL,
POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO, MÉXICO 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

Fuente: Solís, 1998.

Cuadro 11

**PORCENTAJE DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS RESPECTO AL TOTAL
Y AVISA PERDIDOS POR 1000 EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
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
África subsahariana	3.9	494.0
Mundo	13.4	373.1

Fuente: Lozano, 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 protéico-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.

La salud de las personas de edad en Brasil

Luiz Roberto Ramos*

Introducción

En el Brasil, a semejanza de lo ocurrido con las tasas de mortalidad general, se ha registrado una caída abrupta de la mortalidad causada por enfermedades transmisibles y un incremento correlativo de la mortalidad provocada por enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las de origen cardiovascular. En un período de menos de 30 años (1950-1980) las enfermedades transmisibles cayeron del primer al tercer lugar mientras que las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer puesto como causa de mortalidad en el país y en cada una de las regiones geográficas (Ramos, Veras y Kalache, 1987).

Las enfermedades cardiovasculares, antes consideradas enfermedades del desarrollo, hoy pueden ser caracterizadas más adecuadamente como enfermedades de la urbanización. Los países como el Brasil, pese a que no han logrado un desarrollo social pleno, sufren una epidemia de enfermedades cardiovasculares, causada con toda probabilidad por la modificación de los hábitos alimenticios, el

* Médico, PhD, Jefe de la Cátedra de Geriátría de la Universidad Federal de San Pablo, Brasil (lrr@uol.com.br).

exceso de estrés y los contaminantes del medio ambiente derivados del proceso de urbanización. En realidad, si se mantienen los bajos niveles socioeconómicos y de educación actuales, es probable que el costo social del aumento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares sea aún más significativo que el observado en los países desarrollados a mediados de este siglo (Ramos y otros, 1992b).

Los datos recientes del Ministerio de Salud del Brasil demuestran que la principal causa individual de internación en el Brasil es la insuficiencia cardíaca congestiva. Se trata de una enfermedad crónica que exige una atención especializada, procedimientos de diagnóstico y seguimiento caros y un pronóstico poco alentador a largo plazo (Ramos, Santos y Marcopito, 1996).

Las enfermedades cuyo principal factor de riesgo sigue siendo el aumento de la edad tienden a asumir dimensiones epidémicas con el envejecimiento de la población. Un ejemplo ilustrativo es la enfermedad de Alzheimer. Se trata de una afección degenerativa del sistema nervioso, con una incidencia sumamente baja antes de los 60 años de edad, pero cuya importancia crece exponencialmente a medida que la persona envejece. Los estudios epidemiológicos demuestran que más del 10% de la población mayor de 65 años sufre de esta enfermedad y que su prevalencia se duplica cada cinco años, pudiendo llegar a cerca del 50% en los más ancianos (85 años o más) (Evans y otros, 1989). Por tratarse de una enfermedad evolutiva, extremadamente discapacitante y para la cual no existen medidas terapéuticas eficaces aunque sí paliativas, puede ser considerada uno de los grandes problemas de la salud pública en el mundo.

Los defensores de los hábitos de vida saludables sostienen que las medidas de promoción de la salud y de educación sanitaria pueden retrasar la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las discapacidades conexas, originando una rectangularización de la curva de supervivencia —la mayoría de la población fallece a edades avanzadas— y de las curvas de morbilidad y de discapacidad, que se refleja en una disminución de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las discapacidades conexas (Fries, 1980). Se trata de una teoría controvertida, pues no existen pruebas de que las curvas de morbilidad y de discapacidad tengan algún paralelismo con la curva de mortalidad. O sea, cuanto mayor es la esperanza de vida de una población, mayor tiende a ser el número de personas vivas pero afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades concomitantes. Esta última corriente puede ejemplificarse mediante las actividades de las unidades de terapia intensiva que hoy día “salvan” muchas vidas que en el pasado se habrían perdido, pero que difícilmente restauran las condiciones de salud anteriores a la internación (Kane, Radosevich y Vaupel, 1990).

Si, por otro lado, se han producido cambios en los hábitos alimentarios, la actividad física, el control del estrés, el tabaquismo y el alcoholismo en los países desarrollados, que son, sin duda, factores que contribuyeron a la declinación de los fallecimientos causados por ciertas enfermedades, principalmente las cardiovasculares, no existen pruebas de que la incidencia de estas enfermedades esté disminuyendo (Kane, Radosevich y Vaupel, 1990). En los países como el Brasil todo parece indicar que los hábitos de vida no saludables todavía son bastante frecuentes (Rego y otros, 1990).

En circunstancias en que los recursos son escasos y las prioridades muy numerosas, no es suficiente afirmar que el problema del envejecimiento existe, que se está agravando y que va a exigir inversiones enormes. Es preciso decidir por dónde comenzar y cuáles son las medidas de menor costo y mayor impacto en función de los beneficios. Los desafíos al ingresar en el nuevo siglo serán enormes: terminar de sanear el medio ambiente y derrotar definitivamente las enfermedades infecciosas y, al mismo tiempo, desarrollar un sistema de promoción de la salud y de asistencia médica que atienda a las necesidades de una población cada vez más numerosa de personas de edad afectadas por problemas crónicos que requieren procedimientos caros y

especializados que no ofrecen garantía alguna de curación y dejan siempre abierta la posibilidad de que se agrave el estado de los pacientes debido a las discapacidades asociadas con la enfermedad de base.

Capacidad funcional: un nuevo concepto de la salud de las personas de edad

Si bien la gran mayoría de los adultos mayores sufre de al menos una enfermedad crónica (Furner, Brody y Jankowski, 1997), no todos viven limitados por ella y muchos llevan una vida perfectamente normal, con la enfermedad controlada y una satisfacción manifiesta por su calidad de vida. Una persona de edad que sufre una o más enfermedades crónicas, puede considerarse saludable si se la compara con otra, aquejada por la mismas enfermedad pero que no está en tratamiento y sufre las secuelas y las discapacidades concomitantes. En tal sentido, el concepto clásico de salud resulta inadecuado para describir el universo de la salud de los senescentes ya que la carencia de enfermedades es privilegio de unos pocos y muchos pueden lograr una buena calidad de vida, independientemente de las enfermedades que los afectan (Grimley-Evans, 1984).

Por lo tanto, la capacidad funcional surge como un concepto nuevo de salud especialmente pertinente para las personas de edad (Fillenbaum, 1984; y Kane y Kane, 1981). Según esta nueva óptica, la salud pasa a ser la resultante de las interacciones multidimensionales entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida cotidiana, la integración social, el apoyo familiar y la independencia económica. Si se compromete alguna de esas dimensiones la capacidad funcional del senescente puede verse afectada. La pérdida de un ser querido, las dificultades económicas, una enfermedad discapacitante, una afección mental o un accidente, son acontecimientos que pueden, juntos o en forma aislada, comprometer la capacidad funcional de una persona. El bienestar en la vejez, o la salud en sentido amplio, sería el resultado del equilibrio entre varias dimensiones de la capacidad funcional de las personas de edad, sin que ello signifique, necesariamente, la carencia de problemas en todas las dimensiones.

Envejecimiento saludable: factores conexos

La vejez es un periodo de la vida en que se registra una elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, limitaciones físicas, problemas cognoscitivos, síntomas depresivos, declinaciones sensoriales, accidentes y aislamiento social. A pesar de ello, ha aumentado el interés por establecer cuáles son los factores que, aislada o conjuntamente, explican mejor el riesgo de que una persona de edad pueda fallecer a corto plazo. Se trata de una noción útil desde el punto de vista epidemiológico y clínico. Sin embargo, para responder a ese interrogante es preciso realizar estudios epidemiológicos que abarquen la cohorte de las personas de edad, controlando estadísticamente todas las variables de confusión.

En estudios epidemiológicos anteriores se evaluaron, en forma transversal, las capacidades funcionales de las personas de edad residentes en las zonas urbanas del Brasil (Ramos, 1987; y Ramos, Rosa, Oliveira, Medina y Santos, 1993b). Los resultados demostraron que, al igual que en el mundo desarrollado, la prevalencia de enfermedades crónicas y de limitaciones físicas conexas era muy elevada. La situación variaba considerablemente según el nivel socioeconómico y el apoyo de la familia, en el sentido de que la capacidad funcional de los más pobres era más limitada y pronunciada y vivían en hogares multigeneracionales, junto con sus hijos y nietos. Lamentablemente, la gran mayoría pertenecía a ese grupo (Ramos, 1992).

Proyecto EPIDOSO

En 1991, de un total de 2 525 personas empadronadas en un barrio de clase media de San Pablo, 1 667 fueron entrevistadas en su domicilio, pasando a constituir la cohorte inicial que sería entrevistada nuevamente al cabo de dos años (Ramos y otros, 1998). La mayoría eran mujeres (65%) y el promedio general de edad era de 74.9 años. Casi la mitad de la cohorte pertenecía al grupo de edad de 75 años o más (46%) y el 23% tenía 80 años o más. Al realizar un desglose por sexo, no se observaron variaciones significativas en la distribución de las edades y en el promedio de edad.

Sólo el 5% de los entrevistados era totalmente analfabeto, mientras que el 17% sabía leer y escribir pero no había terminado la escuela primaria, lo que representa un 22% con un nivel de educación bajo. Menos de la tercera parte había completado los estudios secundarios (27.9%). La proporción de mujeres con un nivel de educación bajo era significativamente mayor, pero lo contrario ocurría con la proporción de personas que por lo menos habían concurrido a la escuela secundaria (25% y 15% con bajo nivel de educación y 22% y 40% con altos niveles de educación, para mujeres y hombres, respectivamente).

La renta media per cápita era de 230 dólares de los Estados Unidos (a valores de la época), con una renta significativamente mayor para los hombres (249 dólares) contra 221 dólares para las mujeres. En general, el 68% de los adultos mayores vivía en hogares con una renta per cápita de más de 100 dólares mensuales.

La mayoría de los encuestados estaban casados (51%) o eran viudos (37%), aunque existían diferencias marcadas según los sexos. Había una mayoría absoluta de hombres casados (80%), la proporción de viudos era del 12% y los solteros apenas llegaban al 5%. En tanto, las mujeres viudas eran mayoría (49%) y una minoría significativa era soltera (11%).

La estructura del hogar puede considerarse como el resultado de la situación conyugal, observándose también en este caso diferencias significativas entre los sexos. En general, una minoría vivía sola (14%) mientras que la mayoría vivía en hogares multigeneracionales (50%): con sus hijos (32%) —dos generaciones— o con sus hijos y sus nietos (18%) —tres generaciones. Sólo el 36% vivía solamente con su cónyuge. En relación con la media, entre las mujeres predominaban las senescentes que vivían solas (18%) o con sus hijos y sus nietos (21%) mientras que lo más frecuente entre los hombres era que vivieran con su pareja solamente (44%) o con sus hijos y sus nietos (35%).

En términos generales, la autoevaluación subjetiva de la salud de las personas de edad de la cohorte fue muy buena. El 70% declaró que su salud era buena u óptima, mientras que el 82% consideró que su propia salud era mejor que la de sus pares. En este tipo de evaluación, las mujeres tuvieron una actitud ligeramente más pesimista en relación con su propia salud y esta diferencia resultó estadísticamente significativa.

En relación con los órganos de los sentidos, la autoevaluación también fue bastante positiva. Las dos terceras partes de los encuestados (67%) dijo no tener dificultades auditivas, pudiendo sostener una conversación en una sala con mucho movimiento. Esta evaluación no registró variaciones entre los sexos. El 60% de los encuestados consideró que su vista era buena o excelente, aunque significativamente mejor entre los hombres (65%). Lamentablemente, el estado de la dentadura resultó, en general, calamitoso. Apenas el 3% de los encuestados manifestó tener todos los dientes naturales, mientras que el 55% no tenía ninguno (edentulismo total). El porcentaje de edentulismo total era significativamente mayor entre las mujeres (cerca del 60%).

La determinación de la salud física mediante una lista de comprobación de enfermedades crónicas demostró que una mayoría absoluta de los encuestados sufría de al menos una enfermedad

crónica (94%) y que en las mujeres la proporción podía llegar al 97%. En realidad, la tercera parte de los encuestados menciona al menos cinco enfermedades crónicas. Esta proporción aumenta al 40% para las mujeres y baja al 20% para los hombres. Entre las enfermedades mencionadas, las de mayor prevalencia eran los dolores lumbares (44%), las várices (43%), la hipertensión (40%) y los dolores articulares (34%). Una proporción más baja, pero significativa, de las personas de edad, mencionaron las cataratas (26%), la incontinencia urinaria (17%), la diabetes (13%), el asma (10%) y un derrame cerebral previo (5%). Las afecciones más prevalentes (dolores lumbares, várices, hipertensión y dolores articulares) eran más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Un problema frecuente en las personas de edad, y que rara vez es recordado por los médicos, es la ocurrencia de caídas, a menudo asociadas a fracturas. Entre las personas de edad que integran la cohorte, el 32% mencionó una caída en el último año mientras que el 6% se refirió a fracturas en el mismo período. Estas proporciones varían significativamente según el sexo, siendo más elevadas para las mujeres (37% y 7% para las caídas y las fracturas, respectivamente).

La quinta parte de la cohorte mostró síntomas de trastornos afectivos. Para las mujeres la proporción fue significativamente más elevada (23%) que para los hombres (13%). En la evaluación cognoscitiva, el 29% de los encuestados presentó síntomas de deficiencias cognoscitivas, siendo la proporción significativamente mayor para las mujeres (33%) que para los hombres (22%).

En cuanto a las capacidades funcionales, medidas teniendo en cuenta la capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana —es decir, la capacidad para realizar sin ayuda 15 actividades de ese tipo—, más de un tercio (34%) demostró ser totalmente independiente (puntaje cero), observándose una variación significativa entre ambos sexos —apenas el 27% de las mujeres, comparadas con el 45% de los hombres declararon poder realizar las actividades de la vida cotidiana con total independencia. Una minoría significativa (16%) mencionó dificultades para realizar al menos siete actividades de la vida cotidiana, constituyendo un grupo de alta dependencia, más prevalente entre las mujeres (18%) que entre los hombres (12%).

Conclusiones

Al concluir el siglo, Brasil atraviesa un proceso de envejecimiento demográfico acelerado e intenso. Si bien por un lado el país todavía tiene que recorrer un largo camino para erradicar totalmente las enfermedades infecciosas, reduciendo la mortalidad infantil a niveles aceptables, por el otro enfrenta el mayor desafío del siglo XXI: el cuidado de una población de más de 32 millones de personas de edad, la mayoría de bajo nivel socioeconómico y educativo y con una prevalencia elevada de enfermedades crónicas y discapacitantes.

Hay pocos profesionales de salud especializados en el cuidado de los senescentes y la mayoría actúa en el marco de un sistema mal equipado para hacer frente a las necesidades multifacéticas de los adultos mayores. Para poder salvar en el mediano plazo la brecha entre la realidad demográfica y epidemiológica y el sistema de salud, será necesario establecer indicadores de salud capaces de identificar a las personas de edad de alto riesgo y orientar las actividades dirigidas a promover la salud y mantener la capacidad funcional. Cabe definir una línea de acción prioritaria encaminada a desarrollar una estructura de atención de salud primaria, secundaria y terciaria para los adultos mayores. La experiencia de otros países demuestra que el problema tiende a agravarse a medida que va aumentando la longevidad de las personas, acentuando cada vez más las deficiencias del sistema y generando un círculo vicioso en el que las personas de edad mal tratadas comenzarán a exigir progresivamente más servicios y recursos.

El objetivo principal del sistema debe ser el mantenimiento de la capacidad funcional de los senescentes, tratando de que vivan en la comunidad el mayor tiempo posible y gozando del máximo nivel de independencia asequible. Para ello será fundamental determinar las pérdidas cognoscitivas y de independencia en las actividades cotidianas, caracterizar la *jerarquía de la dependencia* (Ramos, Perracini, Rosa, Kalache, 1993b), buscando las formas de superarlas, analizando los factores de riesgo de muerte o de pérdida de capacidad funcional, y buscar soluciones adecuadas al momento que vive el país y a las condiciones de desarrollo.

En el contexto del planeamiento estratégico de la salud, en el protocolo de evaluación básica de las personas de edad de cualquier nivel deberán constar los instrumentos de evaluación cognoscitiva y de independencia y otros dirigidos a evaluar la calidad de vida. Las causas de las pérdidas cognoscitivas y de la capacidad funcional susceptibles de tratamiento y rehabilitación deberán tener prioridad en la asignación de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

El mantenimiento de la capacidad funcional es, esencialmente, una actividad interdisciplinaria en la que convergen las funciones de los médicos, los profesionales de la enfermería, los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales, los psicólogos y los asistentes sociales. La presencia de estos profesionales en la red de salud debe considerarse una prioridad. Sin embargo, para que la atención de los senescentes pueda realizarse en forma interdisciplinaria es fundamental estimular la capacitación de los profesionales a través de cursos especializados en universidades, residencias médicas, y también con líneas de financiamiento para la investigación en el área de la geriatría y la gerontología.

Bibliografía

- Evans, D.A., Funkenstein, H.H., Albert, M.S., Scherr, P.A., Cook, N.R., Chown, M.J., Hebert, L.E., Hennekens, C.H., y Taylor, J.O. (1989), "Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported" *JAMA*, vol. 262 N°18, pp. 2551 a 2556.
- Fillenbaum, G.G. (1984). *The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment* (Informe Técnico N° 84), Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Fries, J. (1980), "Aging, natural death and the compression of mortality", *NEJM*, vol. 303, pp. 130 a 135.
- Furner, S., Brody, J., y Jankowski, L. (1997), "Epidemiology of aging", en C. Cassel, H. Cohen, E. Larson, D. Meier, N. Resnick, L. Rubenstein, & L. Sorenson (Eds.), *Geriatric Medicine*. Nueva York, Springer-Verlag.
- Grimley-Evans, J. (1984), "Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches", *J Chronic Dis*, vol. 37, N° 5, pp. 353 a 363.
- Kane, R.A., y 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.
- 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*, vol. 33, N° 5, pp. 397 a 407.
- 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*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Londres.
- Ramos, L.R., Veras, R., y Kalache, A. (1987), "Populational ageing: a Brazilian reality", *Rev Saude Publ*, vol. 21, N° 3, pp. 211 a 224.
- Ramos, L.R. (1992), "Family Support for the Elderly in Sao Paulo, Brazil", en 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*, vol. 1, Nº 3, pp. 6 a 12.
- Ramos, L., Santos, F., & Marcopito, L. (1996), "Morbidade e mortalidade por doenças cardíacas em São Paulo", en A. Souza & A. Mansur (Eds.), *SOCESP - Cardiologia*. San Pablo: 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*, vol. 8, pp. 313 a 323.
- Ramos, L.R., Rosa, T.E.C., Oliveira, Z., Medina, M.C., & Santos, F.R.G. (1993b), "Profile of the elderly residents in São Paulo, Brazil: results from a household survey", *Rev Saude Publ*, vol. 27, Nº 2, pp. 87 a 94.
- 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 São Paulo, SP (Brazil). Methodology and preliminary results", *Rev Saude Publ*, vol. 24, Nº 4.

Atención de salud de las personas de edad en un país del Caribe

Anselm J.M. Hennis¹

El envejecimiento de la población en la región del Caribe

Si bien durante el período 1995-2000 la población total del mundo ha crecido con una tasa estimada anual de 1.49%, el crecimiento proyectado de la población de 60 o más años de edad fue de 3.15% durante mismo período (Naciones Unidas, 1995). La transición demográfica, caracterizada por diversos cambios en el crecimiento y la composición de la población, tiene un alto grado de correlación con el desarrollo socioeconómico. Los cambios ocurridos en esta transición comprenden un aumento de la proporción de las personas de edad y una reducción de la proporción de personas de entre 0 y 14 años. La mayoría de los países del Caribe se encuentran en las últimas etapas de la transición demográfica, caracterizada por lo reducido de las tasas de mortalidad y de fecundidad, cuyos valores están incluso por debajo del crecimiento vegetativo (OPS, 1994). Como puede verse en el cuadro 1, la población de las personas de edad en los países de habla inglesa del Caribe era de aproximadamente

¹ Catedrático de la Escuela de Medicina Clínica e Investigación, Universidad de las Indias Occidentales (UWI) (ahennis@caribsurf.com).

500 000 personas en 1998 y, según las proyecciones, esta cifra excedería el millón de personas para el año 2025 (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 1998). Del mismo modo, si bien la población de personas de edad en los países latinos del Caribe —como Cuba, Haití, Puerto Rico y la República Dominicana— es mucho más numerosa, ya que en 1998 ascendía a 2.9 millones de personas, también se prevé que para 2025 aumentará al doble.

Los países han realizado la transición demográfica por distintos caminos. En Barbados, el envejecimiento de la población se produjo a través de una disminución de la tasa de fecundidad complementada con la emigración de jóvenes en los años cincuenta y sesenta (Eldemire, 1997). Últimamente han comenzado a regresar los miembros de este grupo, ahora jubilados, factor que ha contribuido al envejecimiento de la población. La misma situación se ha producido en muchas otras islas del Caribe.

Otra tendencia demográfica importante es el aumento de la población de las personas más ancianas, es decir, las personas de 75 o más años de edad. En consonancia con las tendencias globales, especialmente en los países más desarrollados, hoy día la tasa de crecimiento de este grupo es la más alta de la población de más edad en la región del Caribe. Como puede verse en el cuadro 1, las proyecciones actuales en los países de habla inglesa del Caribe indican que para 2025 se producirá un aumento (del 2.1% al 4.7%) de la población global de las personas de 75 o más años de edad. Algunos expertos sostienen que la progresión de la transición demográfica ha creado una "cuarta generación" de ancianos, relativamente frágiles y con necesidades específicas (Townsend, 1968).

El proceso de envejecimiento y las estructuras de apoyo en el Caribe: implicancias en materia de género

La relación de dependencia es el cociente entre el número de personas que no trabajan —de entre 0 y 14 años y de 60 o más años de edad— y la población en edad laboral, es decir, de 15 a 59 años de edad. Constituye un índice mediante el cual se trata de medir el número de personas que la población activa debe sostener económicamente. En el cuadro de 2 se muestran los coeficientes de dependencia de algunos países del Caribe. Puede observarse que, en los países seleccionados, la variación de este coeficiente es muy amplia. La declinación global del número de jóvenes en las poblaciones del Caribe, resultante de la transición demográfica y del crecimiento de la población de más edad, y cuya esperanza de vida es más alta, traerá aparejado un aumento de los coeficientes de dependencia. Este hecho tiene repercusiones inmediatas en los regímenes jubilatorios, cuyas coberturas varían en los distintos países del Caribe, como se demuestra en el cuadro 3. Así, la cobertura jubilatoria oscila entre alrededor del 80% en Barbados —que se ubica en el extremo superior de la escala— y cerca del 30% en Jamaica. Por lo general, los haberes jubilatorios no están indizados según el índice del costo de vida y en la mayoría de los casos su valor cae por debajo del salario mínimo. Hoy día en Barbados las contribuciones de los trabajadores superan el costo actual de las prestaciones y, en consecuencia, el excedente se utiliza para aumentar los activos que pueden invertirse para financiar los costos futuros. Sin embargo, el incremento sistemático del coeficiente de dependencia puede llevar a una situación en la que el número de jubilados exceda el de los contribuyentes. Así, en Barbados, la relación entre el número total de jubilados y el de contribuyentes era de 28.9% en 1996 y, según las proyecciones, esta relación llegará al 50% en 2025. A menos que se adopten medidas apropiadas y con la debida anticipación, se producirá un derrumbe de este régimen de jubilaciones y de otros sistemas similares de seguridad social.

No se dispone de gran cantidad de datos sobre los recursos económicos de las personas de edad en el Caribe (Edelmire, 1997). Como la longevidad de la mujer es más elevada, la cantidad

relativa de personas de edad de ese sexo supera a la de los hombres, tendencia que, según las proyecciones, habrá de mantenerse en el futuro (véase el cuadro 1). La asistencia social, en su sentido más amplio, debe analizarse teniendo en cuenta los miembros de más edad de las comunidades estables. Tanto Edelmire (1997) como Brathwaithe (1986) han demostrado que, por lo general, la mayoría de las mujeres de edad en el Caribe viven solas. Además de los problemas psicosociales, de por sí evidentes, también existen consideraciones económicas importantes. Pese a las limitaciones de los datos disponibles, parece más probable que los hombres de edad se mantengan económicamente activos (véase el cuadro 4). Este hecho coincide con las observaciones realizadas por Brathwaithe (1986), quien señaló que la situación social y económica de las mujeres de edad de Barbados, especialmente las más ancianas, suele ser desfavorable. Por lo tanto, las causas subyacentes parecen residir en su mayor longevidad y una situación económica más estrecha que las coloca en situaciones de pobreza más graves. En general, se hace caso omiso del bienestar social, económico, físico y psicológico de los miembros más ancianos de la comunidad. Por lo tanto, ahora es preciso considerar las repercusiones del bienestar económico en función de las evidentes desigualdades basadas en el género. En consecuencia, las mujeres de más edad del Caribe constituyen un grupo sumamente vulnerable de la sociedad.

Barbados. Panorama socioeconómico y demográfico

Barbados es una isla ubicada en el extremo oriental del archipiélago del Caribe, con una superficie de 166 millas cuadradas, o sea, 430 kilómetros cuadrados. Es un país de habla inglesa, con un fuerte espíritu británico, que muchas veces le ha ganado el nombre de "pequeña Inglaterra". Barbados posee un sistema de gobierno democrático y celebra elecciones parlamentarias cada cinco años. La Cámara de Asambleas, o cámara baja, es la tercera en antigüedad de todo el Commonwealth. Este estado insular es un país de ingresos medios, que actualmente ocupa el lugar 29 en la lista de 45 países con mayor índice de desarrollo humano (Informe sobre el Desarrollo Humano, 1999). En Barbados, la tasa de alfabetización de los adultos es de 97.6% y la enseñanza primaria y secundaria son obligatorias hasta los 16 años de edad. La esperanza de vida al nacer es de 76.4 años, y todos los habitantes tienen acceso al agua salubre y a los servicios de salud y de saneamiento. Más del 75% de los hogares posee teléfono y más del 90% tiene servicios de electricidad (Organización Panamericana de la Salud, 1998). El PIB real per cápita, calculado sobre la base de estimaciones de 1997, es de 12 000 dólares de los Estados Unidos.

Se estima que la población actual es de 268 000 habitantes, con la siguiente distribución étnica: el 93% corresponde a los negros de origen africano, el 4% a las personas de raza mixta —blancos y negros— y el 3% a las personas de raza blanca (Leske y otros, 1994). Durante el período 1992-1995, la tasa de crecimiento demográfico anual fue inferior al 1% y la tasa bruta de mortalidad se mantuvo en un valor constante de 9 por 1000 (Organización Panamericana de la Salud, 1998). En el último decenio, el perfil demográfico se ha modificado a raíz del aumento de la proporción de personas de edad. En 1998, cerca del 13% de la población tenía más de 60 años de edad. Si bien hoy día el 52.1% de la población corresponde a mujeres y el 47.9% a hombres, entre las personas de 60 o más años de edad el número de mujeres supera en un 20% al número de hombres.

Situación sanitaria de Barbados: la transición epidemiológica

Barbados fue descubierta por los portugueses en 1536 y colonizada posteriormente por los británicos en 1627. Cuando, en su segundo viaje, Colón introdujo la caña de azúcar al Nuevo Mundo se produjo la así llamada "Revolución del Azúcar", que provocó cambios profundos en la

demografía y la salud de las generaciones posteriores del país. Para satisfacer las necesidades de recursos humanos de esta actividad de alta densidad de mano de obra se trajeron esclavos de África y, hoy día, sus descendientes constituyen la mayoría de la población de la isla. Aunque en 1700 este territorio había alcanzado un alto nivel de prosperidad, a mediados de ese siglo la tasa de mortalidad era del 60 por 1000 y muchos esclavos morían de hidropesía, o malnutrición proteinoenergética. Luego de la abolición de la esclavitud, las condiciones de vida en la isla se deterioraron considerablemente. A principios del siglo XX, la tasa de mortalidad infantil en Barbados era una de las más altas del hemisferio occidental y se consideraba que la isla era la "colonia más insalubre de todo el imperio británico". Las principales causas de muerte en la infancia eran la malnutrición, las enfermedades gastrointestinales y la sífilis congénita. Hace tan sólo treinta años la malnutrición infantil continuaba siendo un problema importante en Barbados, hasta que las estrategias de intervención promovidas por Ramsey y sus colegas comenzaron a dar resultados positivos (Ramsey, 1979).

Los avances logrados en materia de salud pública, nutrición y vacunación y la evolución del suministro de atención secundaria y terciaria, sumados a un mejoramiento de los niveles de vida, han llevado a Barbados a la vanguardia del denominado mundo en desarrollo. Hoy día, la transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles está bien arraigada y, en 1995, las cuatro causas principales de los fallecimientos eran las siguientes:

Enfermedades cardiovasculares:	18.8%
Neoplasias malignas:	17.2%
Enfermedades cerebrovasculares:	13.7%
Diabetes mellitus:	10.0%

Otras enfermedades del sistema circulatorio son responsables del 3.9% de las muertes (*Annual Report of the Chief Medical Officer*, Barbados, 1995). Estos datos están en consonancia con los patrones esperados en un país relativamente desarrollado en el que se registra un proceso de envejecimiento de la población.

Situación de las personas de edad en Barbados: las enfermedades de la población

Uno de los desafíos principales que enfrenta el sistema de atención de salud de Barbados es la atención de las personas de edad. A través del *Barbados Eye Study*, hoy día el país cuenta con un cúmulo importante de información sobre la morbilidad de las personas de edad.

Oftalmopatías y deficiencias de la visión

Aunque es sabido que el riesgo de ceguera en las poblaciones de origen africano es mayor que en las poblaciones blancas, los datos epidemiológicos sobre la distribución y los factores de riesgo sobre las principales oftalmopatías de la población negra son escasos. Además, a medida que la población envejece, las enfermedades debilitantes de la vista afectarán a un número creciente de personas, deteriorando su calidad de vida. El *Barbados Eye Study* es una serie de estudios epidemiológicos importantes, financiados por el *National Eye Institute* de los Estados Unidos, cuyo propósito es reunir datos poblacionales sobre las personas negras adultas relativos a las principales oftalmopatías, a saber: el glaucoma de ángulo abierto, las cataratas y las enfermedades degenerativas de la mácula asociadas con la edad y las retinopatías asociadas con la diabetes. El objetivo fundamental de estas investigaciones es evitar o reducir al máximo la pérdida de la visión.

El estudio inicial sobre la prevalencia —*Barbados Eye Study* o *BES*— se realizó entre 1988 y 1992 y se continuó con dos estudios sobre la incidencia de las oftalmopatías en Barbados

(Barbados *Incidence Study of Eye Diseases*) (BISED 1992-1997 y BISED II 1997-2002). La incidencia de los factores genéticos sobre el glaucoma se está estudiando en el marco del *Family Study of Open-angle Glaucoma* (1995-2000).

En el BES se utiliza una muestra aleatoria simple de residentes nacidos en Barbados de entre 40 y 84 años de edad, e incluye a 4 709 personas, es decir, una participación del 84%. La mediana de la edad era de 58 años y el 57% de las personas incluidas en el estudio eran mujeres. El protocolo normalizado comprendía la realización de mediciones oftálmicas exhaustivas, mediciones de la presión arterial, mediciones antropométricas, una entrevista y una determinación de hemoglobina glicosilada. En consonancia con la estructura demográfica del país, el 93% de la población que participó en el estudio era de raza negra.

El glaucoma de ángulo abierto —definido en el estudio como una deficiencia del campo visual con lesiones al disco óptico en ausencia de otras causas— afectaba al 6.8% de toda la población (8.3% de los hombres y 5.7% de las mujeres) y su prevalencia era mayor en las personas de 60 y más años de edad (véase el cuadro 5). Cabe resaltar que la mitad de las personas afectadas por esta dolencia no habían sido diagnosticadas previamente y sólo se detectaron mediante los procedimientos de tamizaje utilizados en el estudio (Leske y otros, 1994). Como se indica en el cuadro 6, la prevalencia de cataratas también era muy alta entre las personas negras que participaban en el BES, encontrándose opacidad del cristalino en el 41% de la población que participaba en el estudio y un aumento de la frecuencia con la edad (Leske y otros, 1997). Las cataratas corticales eran frecuentes entre los adultos de Barbados y estaban asociadas con la diabetes, la hipertensión y la obesidad central (Leske y otros, 1999a). Como puede verse en el cuadro 7, las retinopatías diabéticas afectan aproximadamente a la tercera parte de las personas que sufren de diabetes, sin que se observe una relación evidente con la edad, mientras que el 5.3% de la población en su conjunto padece de alteraciones de la retina (Leske y otros, 1999b). La prevalencia de la ceguera y de las deficiencias de la visión —conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)— entre las personas de color que participaban en el BES era de 1.7% y 5.9%, respectivamente. En consonancia con la distribución de las principales afecciones oculares, la frecuencia de la ceguera y de las deficiencias de la visión también aumentaba con la edad. Las cataratas y el glaucoma de ángulo abierto eran las causas más importantes de ceguera entre las personas que padecían de ceguera bilateral, siendo su proporción de 30% y 29%, respectivamente.

Estos datos subrayan la importancia, desde el punto de vista de la salud pública, de los principales factores que determinan las deficiencias de la visión en la población negra del Caribe y, por lo que sabemos, la prevalencia del glaucoma de ángulo abierto que afecta a las personas negras de Barbados es, a la fecha y conforme a la información disponible, la más alta de cualquier población representativa a nivel nacional. Las relaciones entre las enfermedades oftálmicas y las enfermedades crónicas también son pertinentes para las poblaciones de alto riesgo en la región del Caribe.

Enfermedades crónicas

Las afecciones crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes son las causas más importantes de mala salud en las personas de edad de la región del Caribe. Los datos obtenidos a través del BES también están contribuyendo significativamente a nuestro conocimiento sobre estas afecciones. En los cuadros 8 y 9 se presentan datos sobre la prevalencia de la hipertensión y de la diabetes, desglosadas por edad y por sexo, en la población que participa en el BES. Se determinó que la prevalencia global de la hipertensión en la población de 40 o más años de edad era de 55.4%, y afectaba al 49.8% de los hombres y al 59.6% de las mujeres. A medida que aumenta la edad, se observa una diferencia entre ambos sexos. Ésta se hace más marcada entre los participantes de más edad, comprobándose que entre las

personas de 70 o más años de edad, el 82% de las mujeres y el 64% de los hombres padecía de hipertensión. De la misma manera, la prevalencia global de la diabetes en las mujeres (21.5%) era 1.3 veces mayor que la de los hombres (16.5%).

Las diferencias por sexo del peso de las enfermedades crónicas entre los barbadenses de más edad están vinculadas con la obesidad, tanto central como global. Esto también se refleja en la mayor prevalencia de las enfermedades coronarias en las mujeres que en los hombres, con una incidencia del 5.7% y el 3.5%, respectivamente (Hennis y otros, 1999a).

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares, incluidas las afecciones cerebrovasculares, isquémicas y de hipertensión, dan cuenta de más del 25% de todos los fallecimientos ocurridos en los países caribeños de habla inglesa, y la hipertensión constituye el principal determinante de la mala salud en toda la región (Holder y Lewis, 1997; y Hennis, 1999b).

Los datos disponibles en el Centro de Epidemiología del Caribe subrayan la importancia de las enfermedades malignas en las personas de edad de las Indias Occidentales. El cáncer del aparato digestivo es la enfermedad maligna más prevalente, tanto en los hombres como en las mujeres. Entre las enfermedades malignas, el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en la población masculina, del mismo modo que el cáncer de los órganos reproductivos —cuello del útero, útero y mamas— en la población femenina (Eldemire, 1997).

En Barbados, los datos sobre los problemas como las caídas son escasos. Peddi (datos no publicados) documentó que la proporción de este tipo de accidentes en los pacientes que residen en el principal hospital geriátrico de la isla asciende a 44 de cada 100 personas. Nurse (1986) informó que aproximadamente el 55% de las personas de edad encuestadas hace diez años padecían de problemas podológicos —como la artritis, los juanetes, los callos, las uñas largas o encarnadas— que afectaban su movilidad. Asimismo, el 6.2% de los encuestados de mayor edad informó de problemas de audición, mientras que el 46% y el 26% indicó que carecían de todos sus dientes o de algunos de ellos, respectivamente. Es interesante señalar que esta información corrobora la observación de que aproximadamente el 50% de las personas de edad no tenían acceso a los servicios odontológicos. Aproximadamente el 80% de las personas de edad encuestadas informaron que podían realizar las actividades cotidianas sin asistencia. Los datos sobre las discapacidades en el Caribe siguen siendo inadecuados, aunque en Jamaica se están haciendo esfuerzos significativos (Edelmire, 1997).

Servicios de atención para las personas de edad en Barbados

Servicios públicos de atención

Los servicios de atención primaria, con inclusión de la salud maternoinfantil y de los dispensarios para las enfermedades agudas y crónicas, se proporcionan en forma gratuita a través de una red de ocho hospitales financiados por el gobierno y tres dispensarios para pacientes ambulatorios que prestan servicios eficazmente a toda la isla. Estas instituciones prestan otros servicios, como los de podología, orientación sobre nutrición, fisioterapia y terapia ocupacional, así como servicios odontológicos. Las consultas con especialistas se realizan por derivación en el hospital Queen Mary, una institución de 600 camas que proporciona atención secundaria y terciaria y que también funciona como hospital escuela de la Universidad de las Indias Occidentales. Más del 90% de las camas para la atención de casos agudos están en este hospital.

Instituciones geriátricas

En 1997, el Estado sufragaba 764 (el 60%) de las 1 274 camas geriátricas disponibles en el país. Todos los pacientes de edad que requieren atención de salud financiada por el Estado se internan en el hospital geriátrico St. Michael. Luego, los menos graves se transfieren a los cuatro hospitales públicos de distrito a medida que se dispone de las camas necesarias. La tasa combinada de ocupación en el hospital geriátrico y en los hospitales de distrito es elevada, alcanzando una cifra de 96.9%. En el período 1997-1998, aproximadamente el 8.8% del presupuesto total de salud se asignaba a la atención de las personas de edad mientras que en el período 1996-1997 la cifra fue del 9.4%, al tiempo que el presupuesto se reducía en un 1.4%, equivalente a 18.3 millones de dólares de Barbados (*Barbados Economic Report*, 1997).

Servicios

También existen diversos programas de servicios sociales para las personas de edad, con inclusión de los servicios de asistencia domiciliaria, los servicios de bienestar social, la asistencia para la vivienda y los servicios de transporte gratuitos. El Ministerio de Trabajo, Asuntos Comunitarios y Deportes, mediante sus organismos como la Junta Nacional de Asistencia y el Departamento de Asistencia Pública, proporciona la mayor parte de los servicios comunitarios. La Junta Nacional de Asistencia desempeña un papel muy importante en la prestación de servicios a las personas de edad y a los indigentes a través de programas que comprenden la construcción y reparación de las viviendas, la donación de artículos para el hogar y la coordinación de los servicios de atención domiciliaria. Mediante éstos últimos, las personas de edad reciben visitas a domicilio dos o tres veces por semana de personas que los ayudan en las tareas del hogar y otras tareas. La Junta Nacional de Asistencia también colabora con el Departamento de Extensión de la Universidad de las Indias Occidentales en la capacitación del personal asistencial de ambas instituciones, del *Golden Rock Home* y del *Black Rock Hostel*. En los centros de actividades diurnas de estas instituciones se producen artesanías y, además, se supervisan las actividades de recreación.

El Departamento de Asistencia Pública individualiza a las personas de edad de la comunidad que se encuentran en situación de riesgo y asegura el suministro de alojamiento de urgencia y de prendas de vestir a las personas afectadas por situaciones de desastre. La sección de servicios para la familia proporciona servicios especiales, como la gestión fiduciaria y la coordinación de servicios internacionales para las personas que tienen familiares en el extranjero. La sección de asistencia nacional del mismo Departamento tiene oficinas en los 11 distritos y administra un programa de mitigación de la pobreza que se ocupa de dar sepultura a los indigentes y de sufragar pagos diferenciados según ingreso a beneficiarios de entre 55 y 65 años de edad hasta que se hagan acreedores de las pensiones no contributivas. El Departamento también supervisa el pago de las facturas de los servicios de luz o electricidad, los arrendamientos y el suministro de prendas de vestir, gafas, prótesis dentales y audífonos y otorga una subvención al Ejército de Salvación para que suministre "comidas sobre ruedas".

La Comisión de Desarrollo Rural del Ministerio de Agricultura y la Comisión de Desarrollo Urbano del Ministerio de Vivienda prestan asistencia para mejorar las condiciones de las casas de madera y proporcionar instalaciones de aseo modernas. La labor de estas comisiones y de la Junta Nacional de Asistencia se ha visto facilitada por el Fondo de Mitigación de la Pobreza. En la actualidad también se está prestando asistencia a las personas de edad a través del Ministerio de Transformación Social, creado recientemente.

Atención privada y organizaciones no gubernamentales

En toda la isla se puede consultar con facilidad a los médicos generales y a los especialistas a través del sistema de atención de salud privado. Puede resultar de interés indicar que Nurse (1986) señaló que el 53% de las personas de edad se atienden con más frecuencia con un médico particular mientras que el 30% acude a las instituciones públicas. Esta observación es coherente con el concepto no demostrado, aunque señalado con frecuencia, de que los servicios de atención de salud pagados son de mejor calidad.

Muchas organizaciones de servicios, como el Club de Leones, el *Kiwanis Club* y los clubes rotarios, proporcionan asistencia a las personas de edad mediante proyectos especiales. La organización *Soroptomists International* dispone de una aldea comunitaria bastante singular, donde alojan a arrendatarios de edad en un entorno en el que se alienta un alto grado de independencia. Las personas que no son arrendatarios pueden acceder a las actividades diurnas en las que se promueven los ejercicios, las actividades artesanales y los juegos de mesa.

La Asociación de Jubilados de Barbados se creó en octubre de 1995 y actualmente cuenta con 3 700 miembros. Teniendo en cuenta que el objetivo de la organización es mejorar la calidad de vida de las personas de edad de Barbados, la Asociación ha logrado beneficios especiales para sus miembros en una amplia gama de tiendas, proveedores de servicios y profesionales de la salud, así como un régimen de seguro de salud. Asimismo, ha participado con éxito en los cabildos dirigidos a eximir a los alimentos del impuesto sobre el valor agregado (IVA). Además, prosigue con su labor en pro del mejoramiento de la seguridad económica de las personas de edad y de la solución de sus problemas de salud.

Pese a que disponen de una amplia gama de servicios gratuitos, en un estudio realizado durante un lapso de tres meses por el Director Médico del Hospital Geriátrico se comprobó que 53 personas de más de 60 años de edad fueron encontradas muertas o incapacitadas solas en su hogar. De éstas, la mitad había fallecido. Esta experiencia es coherente con la experiencia del Departamento de Accidentes y Emergencias del Hospital Queen Elizabeth, donde se envían aproximadamente dos personas de edad por semana y a menudo se las mantiene allí varias semanas hasta encontrar un lugar donde ubicarlos (*Report of the Commission of Inquiry*, 1998). Además, aproximadamente el 20% de las camas de los sectores de medicina general y de cirugía de esta institución se destina a personas de edad que estarían mejor atendidas en una institución geriátrica. Esta situación parece facilitada por el hecho de que muchas familias saben que es muy sencillo dejar a sus familiares ancianos en las instituciones públicas mientras siguen cobrando su pensión.

El Caribe es una región en la que se está produciendo una transición demográfica gradual. En algunos países, como Barbados, la población de personas de edad ya excede el 10% del total de la población. Según las proyecciones actuales, en la mayoría de los países de la región la proporción de personas de edad se duplicará en los próximos 25 años. Esta situación ubica en primer plano varios problemas. Los regímenes de seguridad social se verán afectados significativamente a medida que el número de personas que necesitan el apoyo del Estado vaya aumentando y se produzca una disminución relativa de la fuerza de trabajo activa. Es evidente que las estrategias correctivas en la región deben resolver problemas complejos, como el aumento de las contribuciones jubilatorias o el incremento de la edad de la jubilación. Las mujeres de la región del Caribe son más longevas que los hombres y, como lo demuestran los datos presentados, padecen de enfermedades crónicas en forma desproporcionada. Además, en virtud de su longevidad, las mujeres están más expuestas a verse privadas de compañía y a enfrentar dificultades económicas que los hombres y, en consecuencia, constituyen un grupo social vulnerable.

En relación con la experiencia de Barbados, una consulta nacional reciente sobre salud y envejecimiento permitió determinar que los servicios para las personas de edad no se han ido adecuando a los cambios demográficos. Además, se plantearon inquietudes sobre el permanente abandono que sufren las personas de edad y también sobre la incapacidad de la sociedad para valorar las contribuciones de este segmento de la población (*Report of a National Consultation on Health and Aging*: Barbados, 1998). Se acordó que para "lograr un proceso de envejecimiento con salud, es preciso promover actitudes, comportamientos y prácticas saludables desde una edad temprana y mantenerlas durante toda la vida". Es indudable que la vía es la promoción de la salud con el objeto de evitar que las cohortes futuras de personas de edad desarrollen enfermedades crónicas prevenibles o neoplasias, logrando una modificación del estilo de vida. Sería beneficioso optimizar el uso de las instalaciones de atención primaria existentes para el desarrollo de programas comunitarios que promuevan la salud integral de las personas de edad. Los programas de actividades diurnas formarían parte integrante de este marco conceptual. Los programas comunitarios entrañarían también la individualización de las personas con necesidades especiales o que estén en situaciones de riesgo y el desarrollo de la capacidad para proporcionar las respuestas adecuadas. Esta estrategia debería comprender la capacitación permanente de los proveedores de asistencia primaria. También sería necesario asegurar la interacción con los sistemas de atención secundaria y los servicios pertinentes deberían incluir servicios ambulatorios, instalaciones de internación, de atención a largo plazo y de atención a enfermos terminales. Si bien los sistemas de atención primaria constituyen la piedra angular de la atención, los servicios de atención secundaria y terciaria son esenciales, ya que nadie debería verse privado de la atención adecuada en razón de su edad. Es probable que una utilización adecuada y oportuna de estos servicios permita reducir la incidencia de las discapacidades a largo plazo en las personas de edad. Si bien el acceso a los medicamentos es un factor limitante frecuente en muchos sistemas de atención de salud, Barbados ha tenido la previsión de proporcionar medicamentos para las afecciones crónicas, como la diabetes y la hipertensión, en forma gratuita a todos los residentes. Asimismo, los ciudadanos pueden obtener medicamentos gratuitos en el servicio de salud del Estado. Sin embargo, el aumento acelerado de los costos de los medicamentos y de la atención de salud es motivo de preocupación y será necesario implementar reformas en el sector de la salud a fin de proporcionar, en el nuevo milenio, servicios eficaces desde el punto de vista de los costos.

Cualquier enfoque de la atención de salud de las personas de edad debe ser multidimensional y tener en cuenta parámetros sociales, económicos, físicos, mentales y psicológicos. Es realmente alentador señalar que el primer Foro de la Conferencia del Caribe sobre Salud y Envejecimiento se celebró finalmente en 1998 y cabe esperar que este hito sea un buen augurio para la atención permanente de las personas de edad en nuestras comunidades.

Bibliografía

- Annual Report of the Chief Medical Officer (Barbados), 1995.
- Brathwaithe, F. (1987), "The Elderly in Barbados", Caribbean Research and Publication Inc.
- División de Población de las Naciones Unidas (1995), *World Population Prospects: the 1994 Revision*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Eldemire, D. (1997), "Health of the Elderly. In: Health Conditions in the Caribbean". Publicación Científica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Nº 561, pp. 251 a 264.
- Hennis, A., S.Y. Wu, B. Nemesure, X. Li, M.C. Leske and the Barbados Eye Study Group (1999a), "Gender differentials in blood pressure and cardiovascular disease in the Barbados Eye Study", *Am J Hypertension*, vol 12 (parte 2) pág. 91A.
- Hennis, A. (1999b), "Hypertension in the Caribbean", *Postgraduate Doctor*, vol. 15, pp. 148 a 154.

- Holder, Y., M.J. Lewis. (1997), "Epidemiological overview of morbidity and mortality", en: *Health Conditions in the Caribbean*, Publicación Científica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), N° 561, pp. 22 a 61.
- Informe sobre el Desarrollo Humano (1999), Publ. Oxford University Press Inc.
- Leske, M.C., A.M.S. Connell, A.P. Schachat, L. Hyman and the Barbados Eye Study Group (1994), "The Barbados Eye Study: Prevalence of open angle glaucoma", *Arch Ophthalmol*, vol. 112, pp. 821 a 829.
- Leske, M.C., A. Connell, S.Y. Wu, L. Hyman, A. Schachat and the Barbados Eye Study Group (1997), "Prevalence of lens opacities in the Barbados Eye Study", *Arch Ophthalmol*, vol. 115, p. 105 a 111.
- Leske, M.C., S.Y. Wu, A. Hennis, A. Connell, L. Hyman, A. Schachat and the Barbados Eye Study Group (1999a), "Diabetes, hypertension, and central obesity as cataract risk factors in a black population – The Barbados Eye Study", *Ophthalmology*, vol. 106, pp. 35 a 41.
- Leske, M.C., S.Y. Wu, L. Hyman, X. Li, A. Hennis, A. Connell, A. Schachat and the Barbados Eye Studies Group (1999b), "Diabetic retinopathy in a black population: the Barbados Eye Study", *Ophthalmology*, vol. 106, pp. 1893 a 1899.
- Nurse, J. (1986), "Epidemiological Survey of the Aged: Barbados", vol. 1: "The Survey and the Findings" y vol. 11: "Appendices (Tables of the findings)".
- Oficina del Censo de los Estados Unidos (1998), International Database.
- Organización Panamericana de la Salud (1994) *La salud en las Américas, Edición de 1994*, vol. I, N° 549.
- (1998) *La salud en las Américas, Edición de 1998*, vol. II, N° 569.
- Ramsey, F. (1979), "Protein-Energy Malnutrition in Barbados", Publ: Port City Press, Baltimore.
- Report of the Advisory Commission of Inquiry into the Queen Elizabeth Hospital (1998).
- Report of the National Consultation on Health and Aging: Barbados (1998), Oficina del Programa de Coordinación del Caribe de la OPS/OMS, Barbados.
- Townsend, P. (1968), "The structure of the family", en: *Social Structure of the Family*, Nueva York, Prentice Hall.

Cuadro 1

**EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN LOS PAÍSES DE HABLA INGLESA DEL CARIBE.
PRESENTE Y FUTURO**

País	Población de más de 60 años		Porcentaje de la población de más de 60 años		Porcentaje de mujeres en la población de más de 60 años		Porcentaje de la población de más de 75 años	
	1998	2025	1998	2025	1998	2025	1998	2025
Anguila	1 074	3 229	9.6	19.9	55.0	51.6	3.6	4.9
Antigua y 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
Granada	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 y Nevis	3 351	6 525	7.9	10.9	58.9	56.4	3.2	1.5
Santa Lucía	11 033	24 667	7.2	12.2	61.0	57.9	2.2	2.5
San Vicente y las Granadinas	9 106	22 186	7.6	14.7	58.3	53.4	2.4	3.0
Trinidad y Tabago	113 870	231 412	10.2	21.4	53.8	52.1	2.8	5.0
Total	501 648	1 057 496						
Promedio			9.0	19.5	55.3	55.0	2.1	4.7

Fuente: Oficina del Censo de los Estados Unidos, 1998, Base de Datos Internacional.

Cuadro 2

COEFICIENTES DE DEPENDENCIA EN ALGUNOS PAÍSES DEL CARIBE

País	Coefficiente de dependencia (en porcentaje)
Barbados	57.3
Guyana	60.8
Jamaica	40.7
Trinidad y Tabago	38.2

Fuente: Base de Datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos.

Cuadro 3

COBERTURA JUBILATORIA EN ALGUNOS PAÍSES DEL CARIBE
(En porcentaje)

	Hombres	Mujeres	Total
Barbados	82.8	80.5	81.3
Trinidad y Tabago	78.2	73.4	75.7
Guyana	65.7	49.9	55.8
Jamaica	34.0	25.9	29.5

Fuente: Edelmire (1997).

Cuadro 4

APOYO SOCIOECONÓMICO A LAS PERSONAS DE EDAD DEL CARIBE

	Personas de más de 60 años de edad que viven sin pareja**		Personas económicamente activas de más de 65 años*	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Barbados	21.2	35.9	5.7	3.5
Trinidad y Tabago	22.1	26.5	NA	NA
Guyana	24.6	34.8	NA	NA
Jamaica	17.4	21.8	16.2	6.8

Fuente: ** Edelmire (1997)

* Base de Datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos.

Cuadro 5

PREVALENCIA DEL GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO EN LAS PERSONAS DE RAZA NEGRA O MIXTA QUE PARTICIPAN EN EL BES
(En porcentaje)

Grupo de edad (en años)	Número (en porcentaje)		
	Hombres	Mujeres	Global
40-49	11 (1.9)	7 (1.0)	18 (1.4)
50-59	21 (4.6)	24 (3.7)	45 (4.1)
60-69	40 (9.4)	31 (4.9)	71 (6.7)
70-79	64 (17.5)	58 (12.7)	122 (14.8)
80+	25 (24.8)	27 (22.0)	52 (23.2)
Total	161 (8.3)	147 (5.7)	308 (6.8)

Fuente: Leske y otros, 1994.

Cuadro 6

PREVALENCIA DE LA OPACIDAD DEL CRISTALINO EN LAS PERSONAS DE RAZA NEGRA O MIXTA QUE PARTICIPAN EN EL BES
(En porcentaje)

Edad	Número (en porcentaje)			
	Subcapsulares posteriores solamente	Nucleares solamente	Corticales solamente	Opacidades mixtas
40-49	5 (0.4)	3 (0.2)	49 (3.9)	3 (0.2)
50-59	5 (0.5)	21 (2.0)	208 (19.4)	28 (2.6)
60-69	7 (0.7)	76 (7.7)	355 (35.7)	132 (13.3)
70-79	2 (0.3)	117 (15.7)	235 (31.5)	287 (38.4)
80+	0 (0.0)	21 (11.8)	32 (18.0)	122 (68.5)
Total	19 (0.4)	238 (5.6)	879 (20.6)	572 (13.4)

Fuente: Leske y otros, 1997.

Cuadro 7
PREVALENCIA DE LAS RETINOPATÍAS DIABÉTICAS EN EN LAS PERSONAS DE RAZA
NEGRA O MIXTA QUE PARTICIPAN EN EL BES
(En porcentaje)

Edad	En los participantes del BES con fotografías de color escalonables (n = 3 546)			En los participantes del BES con diabetes (n = 636)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
40-49	4.9	3.0	3.9	34.0	27.5	30.3
50-59	6.4	5.3	5.8	34.9	23.4	27.3
60-69	5.8	8.0	7.1	22.1	29.2	26.6
70+	6.3	10.9	8.8	26.2	34.6	31.7
Total	5.7	6.0	5.9	28.9	28.2	28.5

Fuente: Leske y otros, 1999b.

Cuadro 8
PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN EN LAS PERSONAS DE RAZA
NEGRA QUE PARTICIPAN EN EL BES
(En porcentaje)

Edad (en años)	Hipertensión		
	Hombres	Mujeres	Global
40-49	32.7	34.0	33.4
50-59	46.7	56.4	52.5
60-69	61.3	71.7	67.6
70+	64.2	81.7	74.0
Total	49.8	59.6	55.4

Fuente: Hennis, 1999b

Cuadro 9
PREVALENCIA DE LA DIABETES EN LAS PERSONAS DE RAZA
NEGRA QUE PARTICIPAN EN EL BES
(En porcentaje)

Edad (en años)	Diabetes		
	Hombres	Mujeres	Global
40-49	9.3	10.6	10.0
50-59	15.7	20.8	18.7
60-69	23.3	28.8	26.6
70+	20.4	28.2	24.7
Total	16.5	21.5	19.4

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión II: Salud del adulto mayor

Daniel Titelman¹

Quisiera enfocar mis comentarios sobre estos dos interesantes estudios desde la perspectiva de los desafíos que las propuestas contenidas en los trabajos plantean a las reformas que se están llevando a cabo en el sector de la salud en los países de América Latina y el Caribe.

Por una parte, en el estudio de Jean-Marie Robine se menciona que la correlación entre el aumento de la expectativa de vida y la ausencia de enfermedad no es muy marcada y que cabe esperar que una prolongación de la primera vaya acompañada de un incremento de la demanda de servicios de salud.

En el trabajo de Peláez y Palloni se refuerza este planteamiento al argumentarse que, en el contexto de los países de América Latina y el Caribe, lo más probable es que los adultos mayores presenten más cuadros de enfermedad o mayores probabilidades de enfermedad o disfuncionalidad que sus homólogos de países desarrollados.

¹ Unidad de Financiamiento (ditelman@eclac.cl), División de Comercio Internacional y Financiamiento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Esto, desde la perspectiva del sector de la salud, sugiere que el aumento de la expectativa de vida está estrechamente vinculado a un crecimiento importante de la demanda de servicios de salud. Este crecimiento es, a su vez, potenciado por el desarrollo tecnológico que, junto con haber expandido la capacidad para atender ciertos tipos de enfermedades, ha conllevado un significativo aumento de los costos. Tenemos así asociado un aumento de la demanda con un alza apreciable de los costos, lo cual es un nuevo desafío de la transición demográfica y epidemiológica.

Otro reto importante en la región es incrementar la cobertura y calidad de los servicios que actualmente se prestan. Si esto se logra, sin duda se convertirá, junto con los factores arriba mencionados, en una fuente importante de demanda de servicios de salud. Estos elementos hacen prever para el futuro cercano una expansión esperada de la demanda de servicios de salud bastante superior a cualquier proyección del crecimiento del producto interno bruto, es decir, un aumento del gasto en salud mayor que el que la economía sería capaz de financiar. Por lo tanto, estamos en una situación que no es nueva, y que se caracteriza por una escasez crónica de recursos, en la que cabría esperar que una parte importante del incremento de la demanda de servicios de salud se dé en el segmento de los adultos mayores.. Esto nos propone el desafío de cómo enfrentar esa mayor demanda en un contexto de escasez de financiamiento.

En los países de América Latina, tal preocupación ha sido central en muchos de los debates sobre el tema de las reformas y ahí se ha fundamentado la necesidad de que éstas sean capaces de conciliar aumentos de eficacia y eficiencia en la asignación de recursos con mejoras en materia de solidaridad y equidad en los servicios. Partimos de una situación bastante inequitativa en términos de acceso a servicios de salud y lo más probable es que este estado de cosas tienda a perpetuarse o a empeorar, con un impacto negativo en el adulto mayor.

El adulto mayor se encuentra en una situación en la que su demanda de servicios de salud tiende a incrementarse, en tanto que sus ingresos tienden a bajar. Esto debe llevarnos a mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos para poder implementar mecanismos de solidaridad que, en el caso de la salud, me parecen importantes. Sobre la base de los indicadores demográficos presentados en los trabajos, uno de los desafíos que se plantean es el de financiar las mayores demandas provenientes de un segmento de la población cuyos niveles de ingreso van en descenso.

Este es un tema que cruza las reformas de los sistemas de salud, pero que en ningún país ha sido realmente enfrentado y solucionado en forma cabal. Generalmente, las reformas han tenido por objetivo modificar la combinación público-privada en el financiamiento y la provisión de servicios de salud, lo que supone cambiar las responsabilidades públicas y privadas con respecto a encargarse de los distintos segmentos de la población.

La forma en que se modifica la combinación público-privada no es neutra en términos de su futuro impacto sobre la población mayor y sobre la capacidad de ésta para acceder a servicios de salud. Dos experiencias bastante diferentes, que podrían servir de puntos de referencias, son los casos de Chile y de Colombia.

Cuando se realiza una reforma del sector de la salud, alterando la combinación público-privada, esto es, la división de responsabilidades entre los ámbitos público y privado en términos de financiamiento y provisión, el impacto que esto va a ejercer, en particular en el caso de los adultos mayores, será muy distinto si se da en un contexto de mercados regulados o de mercados desregulados y también dependerá del tipo de regulación e institucionalidad de la reforma.

En el caso de Chile, la distribución de la población según ingresos, edad y afiliación al sistema público o privado de salud, muestra que a medida que se sube en la escala de distribución del ingreso, la mayor parte de la población tiende a optar por el sector privado; así, en el primer quintil (el más pobre), el 84% de la población está afiliado al sistema público y sólo un 5.4% al sistema privado, que en Chile está formado por las instituciones de salud previsional (Isapres). En

cambio en el quinto quintil, aproximadamente 60% de la población está afiliada a alguna Isapre y sólo un 26% al sistema público.

Ahora, para los efectos de este debate, lo interesante es que cuando se observa la distribución por edades se encuentra que aun en el quintil más alto de la distribución del ingreso la población de más de 50 años de edad tiende a estar mayoritariamente afiliada al sistema público. El privado hace lo que en economía se denomina “selección de riesgos” (*cream skimming*), que consiste en excluir del esquema de seguros privados a las personas de más alto riesgo o con mayor probabilidad de acarrear gastos, por lo que éstas pasan a ser responsabilidad del Estado.

Cuando, como producto de las reformas, se modifica la combinación público–privada hay que ser cuidadosos al definir las reglas del juego de las nuevas responsabilidades. Lo que se observa es una tendencia a que los más pobres y los más viejos queden en manos del Estado, en tanto que los de más altos ingresos y con menos probabilidad de enfermarse sean acogidos por el sector privado. Esto implica diferencias en cuanto a la disponibilidad de atención o de recursos para financiar esa atención en la medida en que los ingresos más altos y la gente que menos gasta tiende a concentrarse en el sector privado, lo que lleva a que las cotizaciones y el financiamiento canalizados hacia el sector público se reduzcan, mientras se incrementa la cartera de riesgos o la demanda efectiva a la que este sector debe responder.

Desde la perspectiva de las reformas es entonces sumamente importante tomar conciencia de que, a menos que se introduzca una política explícita sobre las responsabilidades públicas y las privadas, en particular en el ámbito del adulto mayor, esta responsabilidad va a tender a recaer en el sector público, el que a su vez, dados los cambios en la composición de las fuentes de financiamiento, dispondrá de menores recursos para hacer frente a esta cartera de riesgos expandida.

Esto, por supuesto, es una importante fuente de inequidad, tanto en términos de acceso como de calidad de los servicios, y puede dar origen a futuros problemas fiscales que redundarían en reducciones de la calidad de la atención y de la cobertura, en un contexto en que el adulto mayor va a generar una gran demanda de servicios de salud.

Si no somos capaces de incluir explícitamente un marco regulatorio y políticas destinadas a establecer la forma de financiamiento de estos potenciales aumentos de la demanda de servicios de salud, nos encontraremos en una situación en la que el Estado, con recursos progresivamente decrecientes, deberá atender a éste y otros segmentos de la población. Esto originará marcadas inequidades y, en particular, va a plantear un difícil desafío a la política pública.

En este sentido, me parece que dos de los mensajes contenidos en los trabajos son fundamentales para orientar las reformas del sector de la salud. Primero, que vivimos en una región donde las probabilidades de enfermarse que enfrenta el adulto mayor son más altas que en los países desarrollados. Segundo, que no existe una correlación muy estrecha entre aumento de la expectativa de vida y buen estado de salud o grados de disfuncionalidad o discapacidad. Ambos factores acrecentarán la demanda de recursos para los servicios de salud.

Lamentablemente, las reformas observadas en la región no han sido capaces de abordar estos problemas y menos de presentar soluciones con respecto a la salud del adulto mayor. En forma creciente, dependiendo del marco institucional en que se realice la reforma, la atención de salud del adulto mayor será de responsabilidad del Estado, en tanto que éste se debilita progresivamente en términos financieros a medida que las transformaciones de la combinación público–privada le van restando parte del financiamiento que antes obtenía para el sector de la salud y, a la vez, le mantienen la carga de demanda efectiva que debe cubrir.

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión II: Salud del adulto mayor

Dra. Juana Silva Opazo¹

En primer lugar quisiera agradecer a los organizadores de este encuentro el haberme invitado a participar y, especialmente, el privilegio de poder comentar estos tres excelentes trabajos, en los que hay una serie de elementos comunes que es importante destacar, relacionados con los procesos de transición epidemiológica y demográfica que, evidentemente, llevan a un aumento de las personas mayores y, en particular, de la población de 75 y más años de edad.

Se aprecia una mayor longevidad de las mujeres, en proporciones que varían en los tres países examinados, especialmente en el caso del grupo de menores ingresos. También son las que viven solas en mayores porcentajes. En todos estos países se observa asimismo un progresivo aumento del índice de dependencia, hecho que tiene implicaciones socioeconómicas importantes.

En el informe sobre Barbados, en particular, se plantea que cualquiera que fuese el sistema vigente de seguro social establecido, se encontraría en riesgo de colapsar en el 2025. Estamos frente a un nuevo escenario en el que, evidentemente, con la disminución de las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, hay un aumento de

¹ Instituto Nacional de Geriatria "Presidente Eduardo Frei Montalva", Chile.

las enfermedades crónicas no transmisibles y, entre ellas, de las patologías predominantes: hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías. Es interesante observar que en varios países la insuficiencia cardiaca se ha convertido en una de las primeras causas de hospitalización de los adultos mayores. A esto se agregan neumopatías, enfermedades neoplásicas, alteraciones nutricionales con mayor incidencia de la obesidad, deficiencias sensoriales, especialmente ópticas y auditivas, accidentes y violencias, con las consiguientes caídas y fracturas del cuello del fémur, alteraciones del estado de ánimo y del metabolismo de los lípidos, demencias, enfermedades del aparato circulatorio y el problema de las várices, que comienza a aparecer. En este marco es importante el comentario del doctor Ramos, quien plantea que más que enfermedades vinculadas a los países en desarrollo, son enfermedades que se relacionan con la urbanización, especialmente las cardiovasculares, y las asociadas a la edad, entre las cuales se cuentan las demencias.

También se destaca la importancia de los hábitos de vida, como la actividad física, la alimentación, el control del estrés y el alcoholismo, entre otros. Por lo menos en dos de los países examinados existe escasez de recursos, lo que afecta a los ancianos tanto en términos de apoyo social como de atención de salud.

Un elemento común a todos los trabajos es que se debe utilizar el criterio de la capacidad funcional como el indicador más relevante del estado de salud del adulto mayor.

Con respecto a la evaluación de la capacidad funcional, en todos los estudios se indica que la incapacidad y la invalidez comienzan a hacerse presentes con mayor frecuencia en los grupos de 75, 80 y 90 años y más. Uno de los autores plantea que la progresiva invalidez y la consiguiente dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe soportar el entorno y propician una baja del umbral de tolerancia familiar y un deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad en el hogar. Todos subrayan la necesidad de desarrollar servicios en que se incorpore el concepto de la presencia de la cuarta generación.

Es importante destacar, por su relación con la pérdida de funcionalidad, el estudio de Barbados sobre la visión, las probabilidades de intervención y los elementos a favor o en contra, dadas sus repercusiones en la capacidad funcional y la calidad de vida de los adultos mayores. También corresponde estudiar y medir las caídas, que constituyen uno de los problemas de las personas de edad avanzada, al igual que las alteraciones de los pies, el deterioro auditivo y el estado de la dentadura, temas que se analizaron en los tres estudios.

En el caso de Brasil es importante resaltar que el autor mostró que una quinta parte de la población tendría trastornos del estado de ánimo, lo que incide en alto grado en el nivel de funcionalidad, el déficit cognitivo y otras deficiencias que afectan desde el punto de vista de la capacidad de acción.

Creo que también es importante señalar que en el estudio elaborado por el colega de México se presentan algunos indicadores bastante más finos para la medición de la funcionalidad: por ejemplo, en relación con la movilidad se plantea que 90% del grupo de 60 a 64 años de edad sale de su casa sin problemas, a diferencia del grupo de más de 90 años, en que esta proporción se reduce a 33%.

Además, a los conceptos ya conocidos respecto de las actividades básicas del diario vivir, se agrega un elemento de medición, que es la capacidad para permanecer solo durante la noche. También incluye entre las actividades instrumentales otros indicadores, como cortarse las uñas de los pies, tomarse un medicamento, manejar su dinero y ejecutar algunas tareas domésticas ligeras. Según sus mediciones, esto puede hacerlo sólo un 40% en el grupo de los octogenarios y nonagenarios.

También incorpora el concepto de la desventaja funcional, formulado por el doctor Colvez, que ayuda a la planificación, ya que permite subdividir el grupo altamente dependiente según grados de dependencia. Igualmente, el concepto de condición de alta dependencia funcional, propuesto por Chamie, ayuda a separar algunos grupos de población de mayor riesgo. Otro instrumento es el indicador AVISA, en el cual se combina muerte prematura y discapacidad. Entre las primeras causas que van a impactar este último indicador se mencionan la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y la demencia.

Es de bastante interés el estudio económico efectuado en Morelos, sobre la base de un modelo ficticio que analiza el impacto del envejecimiento. Allí se seleccionaron algunos trazadores, para mostrar lo que ocurrió con este seguimiento. Se constató que los costos de atención habían experimentado un incremento global, pero con un impacto tres veces superior en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas, sin que decreciera el costo real de las enfermedades infectocontagiosas.

Deseo agregar una observación relacionada con la experiencia de nuestro país, que tiene un perfil parecido al de los tres casos examinados, ya que nos encontramos en una etapa avanzada del proceso de transición epidemiológica, pero con una condición importante, que es la de haber definido una política para el adulto mayor cuya finalidad general es lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato de los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta del envejecimiento, y elevar los niveles de calidad de vida de todo este segmento de población.

A fines de 1998, el Ministerio de Salud formuló una política nacional de salud para el adulto mayor, la que se encuentra en proceso de implementación. Los objetivos principales son mantener la funcionalidad de los adultos mayores y disminuir su mortalidad por causas prevenibles. En este marco se han definido algunos modelos de atención que se están ejecutando como proyectos piloto, cuya base es un enfoque médico social de la atención de salud de las personas de edad.

Para concluir, los tres expositores han coincidido en las siguientes conclusiones respecto de lo que se debería hacer en materia de atención del adulto mayor en los próximos años, las que en conjunto configuran un gran desafío:

i) Modificar el sistema de jubilaciones. Uno de los autores propone retrasar la edad de jubilación, otros aumentar el porcentaje de las cotizaciones, pero la decisión final requiere un cuidadoso estudio.

ii) Considerar las diferencias entre el envejecimiento femenino y masculino.

iii) Fijar el envejecimiento saludable como meta, pero en un contexto de desarrollo de actitudes favorables a tempranas edades. Los tres expositores plantean que el logro de este objetivo supone comenzar a trabajar desde la primera infancia.

iv) Incorporar el concepto de promoción de la salud, en términos de prevención de las enfermedades crónicas o neoplasmas mediante el apoyo a las modificaciones del estilo de vida, incluido el uso óptimo de las instalaciones existentes, en especial en atención primaria.

v) Ejecutar programas basados en la comunidad y que permitan identificar a adultos mayores en riesgo.

vi) Encargar del cuidado y mantenimiento de las capacidades funcionales a equipos multidisciplinarios integrados por médicos, enfermeras y otros profesionales.

vii) Estimular la formación de recursos humanos en geriatría, objetivo que se plantea en los tres trabajos. A ello quisiera agregar las áreas de la psicogeriatría y la gerontología, en pre y posgrado, residencias médicas, instituciones de salud y otras.

viii) Fomentar y apoyar la investigación sobre el envejecimiento; diseñar programas que apoyen el mantenimiento de adultos mayores en sus domicilios; desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica para monitorear el nivel de independencia en términos de funcionalidad.

ix) Hacer uso de indicadores que permitan efectuar un seguimiento de los adultos mayores en términos de nivel de autonomía; construir indicadores para identificar a los adultos mayores de alto riesgo.

x) Impulsar acciones de promoción de la salud y el mantenimiento de la capacidad funcional.

xi) Implementar estructuras de atención primaria, secundaria y terciaria específicas para el adulto mayor.

xii) Concebir el mantenimiento de la funcionalidad como una interacción multidimensional entre aspectos como salud física, mental, integración social, soporte familiar, independencia económica y la realización de las actividades de la vida diaria. Identificar las pérdidas cognitivas y utilizar protocolos específicos para evaluar la condición funcional en todos los niveles de atención.

xiii) Efectuar estudios de costo-efectividad, aspecto ya destacado en el estudio de Morelos, promover un enfoque multisectorial en el sector de la salud, profundizar en la evaluación de las necesidades de salud utilizando indicadores compuestos, realizar estudios de discapacidad y minusvalía para conocer la calidad de vida de los adultos mayores y, finalmente, modificar y reformar los sistemas de salud, en forma armónica con el desarrollo económico y social, e incorporar a los modelos de atención curativa aquellos de atención preventiva.

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

Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro

Gary R. Andrews¹

Los problemas

Al comienzo del nuevo siglo, las perspectivas de envejecimiento de las personas y de las poblaciones plantean algunos de los desafíos sociales, económicos y humanitarios más grandes que ha conocido la humanidad en su conjunto.

El número total y la proporción de personas de edad están creciendo en todo lo mundo a una escala sin precedentes y a un ritmo espectacular (Naciones Unidas, 1999). En 1950, el número de personas de 60 años de edad o más era de aproximadamente 204 millones. En 1998 la cifra ascendía a 579 millones y las proyecciones indican que para 2050 será de 1 900 millones, e igualará a la población infantil (0 a 14 años de edad). La inversión histórica que significa el aumento de la proporción de personas de edad y la disminución de la proporción de niños es el símbolo de que, por primera vez, se igualará el número de personas de ambos grupos.

¹ Presidente de la Asociación Internacional de Gerontología, Consultor Superior del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Entre 1950 y 2000, la población total del mundo habrá aumentado en un 141%. Sin embargo, en el mismo período, la población de personas de 65 años o más aumentó en un 218% y la población de personas de 80 años o más aumentó en un 386%. Entre 2000 y 2050, la población del mundo podría aumentar en un 54%, según la variante media de las proyecciones demográficas elaboradas por la División de Población de las Naciones Unidas, mientras que el número de personas de más de 65 años y de más de 80 años podría aumentar un 241% y un 380%, respectivamente.

Otros aspectos salientes del fenómeno de envejecimiento de la población son los siguientes:

- Desde 1950, la esperanza de vida al nacer en todo el mundo ha aumentado 19 años.
- Hoy día, una de cada diez personas tiene 60 años de edad y más; para 2050 se estima que la relación será de 1 a 5 para el mundo en su conjunto y de 1 a 3 para el mundo desarrollado.
- Según las proyecciones, el número de centenarios —de cien años de edad o más— aumentará 15 veces, de aproximadamente 145 000 de personas en 1999 a 2.2 millones en 2050.
- Entre 1999 y 2050 el coeficiente entre la población activa y la población inactiva —es decir, el número de personas de entre 15 y 64 años de edad por cada persona de 65 años y más— disminuirá en menos de la mitad en las regiones desarrolladas y en una fracción aún mayor en las menos desarrolladas.

Este desplazamiento demográfico, así como otros de igual magnitud, se está produciendo en forma simultánea con otros cambios profundos en todo mundo.

Es probable que el envejecimiento de la población tenga consecuencias económicas y sociales de gran amplitud a través de factores como el crecimiento económico, el ahorro y la inversión, la oferta de mano de obra y los regímenes de jubilación, la salud y la atención a largo plazo, la tributación, la composición de la familia y las formas de vida. Además, su impacto sobre el hombre y la mujer será bien distinto. Por ejemplo, en los países de la Unión Europea, el 15% de los hombres de más de 60 años de edad viven solos, mientras que para las mujeres del mismo grupo de edad esta proporción es del 39%. Al mismo tiempo, la población de personas de edad tendrá un nivel de educación mayor que hoy y habrá vivido en mejores condiciones de alimentación y de salud, lo que puede favorecer su estado de salud, su situación socioeconómica y su calidad de vida.

Si bien las preocupaciones con respecto a las consecuencias del envejecimiento se limitaban a los países desarrollados, éstas se han hecho extensivas a muchos países en desarrollo que han experimentado una declinación de las tasas de fecundidad relativamente acelerada (FNUAP, 1998). Ya en 1970, el número de habitantes de las **regiones menos desarrolladas** equivalía al 73% de la población mundial y para 1995 esta participación había aumentado al 79%, siendo doble esperar que para el 2020 llegue al 84%. En consecuencia, independientemente de la distribución proporcional de edades *en cada* región, las regiones menos desarrolladas tienen muchos más niños, más adultos en edad laboral y más personas de edad que las regiones desarrolladas, y la participación de todos estos grupos seguirá aumentando. Concretamente, en 1995, en las regiones menos desarrolladas vivía el 87% de los niños, el 78% de las personas en edad laboral y el 61% de las personas de edad. Se estima que para 2020 éstas proporciones aumentarán a 89%, 85% y 70%, respectivamente. Este hecho tendrá repercusiones importantes en el suministro de educación, la oferta de trabajo productivo y el apoyo a las personas de edad, sin contar con las necesidades básicas como la alimentación, la vestimenta y la vivienda.

Las consecuencias

Ya se ha señalado reiteradamente que el envejecimiento de la población es, sin duda, un indicador de progreso económico y social. El hecho de que la mayoría de la población tenga la esperanza de alcanzar una edad avanzada y que en casi todo el mundo se haya registrado una disminución significativa del crecimiento demográfico, como consecuencia de una caída de las tasas de fecundidad, es uno de los logros más importantes de este último siglo. Sin embargo, tanto en los medios de difusión como en otros ámbitos se sigue hablando mucho de la inminente "crisis de las personas de edad". Con frecuencia se utilizan palabras como "ominoso", "carga" e "insostenible" para producir la sensación de que el envejecimiento de la población constituye una amenaza potencialmente inmanejable al bienestar general de las sociedades. El dramatismo con que se analiza este problema trasmite una imagen equivocadamente pesimista del futuro.

Consecuencias económicas

El inverso del índice de dependencia de la vejez —es decir, el número de personas de entre 15 y 64 años de edad por cada persona de 65 años de edad o más— es una medida de la carga de dependencia que recae sobre la población de trabajadores potenciales. Este índice está disminuyendo tanto en las regiones en desarrollo como en las desarrolladas. Entre 1999 y 2050, éste se reducirá en menos de la mitad en las regiones más desarrolladas y en una fracción aún mayor en las menos desarrolladas. Dicho índice tiene repercusiones importantes para los regímenes de seguridad social, especialmente para los sistemas de reparto tradicionales en los que las personas en actividad sufragan las prestaciones de los jubilados.

Schulz (Schulz, s/f) ha señalado que en la bibliografía sobre la economía del proceso de envejecimiento predominan estimaciones alarmantes como:

- En el futuro, cada trabajador deberá sostener a demasiados jubilados.
- A menos que se proceda a abolir o modificar radicalmente los programas de seguridad social, éstos irán a la quiebra y cuando los trabajadores más jóvenes alcancen la edad de la jubilación quedarán sin protección alguna.
- Existe el riesgo cierto de que, en última instancia, muchos países deban destinar la totalidad de su presupuesto para sufragar las prestaciones de vejez.
- Hoy día, la mayoría de las personas de edad reciben una asistencia generosa a expensas de sus hijos.
- El envejecimiento de la población destruirá la competitividad global de las naciones industrializadas, perpetuando la lacra de la falta de crecimiento y de la contracción de los recursos económicos distribuibles.

Los índices de dependencia constituyen un instrumento con el que se pretende medir la relación entre las personas que no generan recursos económicos y los integrantes de la fuerza de trabajo que sí lo hacen. El índice de dependencia *de las personas de edad* es la relación entre el número de personas de más de 60 o 65 años de edad —que probablemente no tienen empleo remunerado— y el número de personas pertenecientes al grupo de edad que tienen más posibilidades de realizar aportes al sistema de seguridad social en razón de su participación en la fuerza de trabajo.

Como bien lo saben los demógrafos, la verdad es que el índice de dependencia de las personas de edad es unilateral y puede inducir a error muy fácilmente. En la mayoría de los países industrializados del mundo, el índice de dependencia global —es decir, el que tiene en cuenta tanto

a los niños como a las personas de edad— en realidad es muy bajo; mucho más bajo que hace algunos años y mucho más bajo que los actuales de los países en desarrollo.

Una medida mucho más adecuada es la que utiliza índices que tienen en cuenta a las personas de cualquier edad que integran la fuerza de trabajo. Por ejemplo, las proyecciones sobre el índice de dependencia de la fuerza de trabajo —es decir, la relación entre el número de trabajadores que integran la fuerza de trabajo del sector estructurado de la economía y el número de personas que no trabajan— en los Estados Unidos indican que este índice registrará una declinación hasta alrededor del año 2010 y luego *aumentará pero no llegará a superar los altos niveles alcanzados alrededor de 1960*. Cuando se examina el número de personas que trabajan y no trabajan *en todos los grupos de edad* —niños, jóvenes, personas de mediana edad y personas de edad— el aumento del número de personas de edad que no trabajan se compensa en gran medida por una disminución en los demás grupos de edad.

Consecuencias en materia de salud

Los cambios demográficos a nivel mundial a que hacemos referencia se producen simultáneamente —y así seguirá ocurriendo— con transformaciones de gran amplitud en los patrones de mortalidad y morbilidad, a veces conocidos como la transición epidemiológica. Davies ha descrito muy acertadamente estas tendencias (Davies, 1998), que se bosquejan a continuación. En los últimos 25 años, la proporción de muertes provocadas por las enfermedades del sistema circulatorio en el mundo en desarrollo aumentó del 16% al 25% y es indudable que en los próximos decenios esta tendencia habrá de mantenerse. En los países desarrollados, la epidemia de muertes por afecciones cardíacas está en declinación y las enfermedades del sistema circulatorio dieron cuenta del 45% de las muertes en 1997, lo que representa una disminución con respecto al 52% registrado en 1985 (OMS, 1998). Si bien el cáncer sigue siendo la causa del 21% de las muertes en los países desarrollados, existen indicios muy sólidos de que en el próximo siglo se convertirá en la causa de fallecimientos más importante en los países con mayor proporción de personas de edad (Davis y otros, 1994). Todas las hipótesis de cambio analizadas por Murray y López (Murray y López, 1996) de aquí a 2020 permiten pronosticar, en todas las regiones, un desplazamiento significativo de la mortalidad a edades más avanzadas, como resultado de una declinación de las muertes provocadas por enfermedades transmisibles, partos, afecciones perinatales y problemas de nutrición. En casi todas las regiones se registrará un aumento de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares y otras enfermedades crónicas y accidentes. La tasa de aumento más reducida se registrará en África al sur del Sahara.

El aumento acelerado del número de personas de más de 80 años de edad provoca un aumento de los problemas de demencia que, en los países desarrollados, pueden afectar al 40% de las personas de entre 80 y 84 años de edad. La prevalencia de estas afecciones crece aún más en las edades más avanzadas pero parece estabilizarse a los 95 años de edad (Ritchie y Kildea, 1995).

Consecuencias para los países menos adelantados

Las dos terceras partes de los ancianos del mundo vivirán en el año 2025 en países de distinto nivel de subdesarrollo, la mayoría de ellos muy pobres. En buena parte de estos países, la principal causa subyacente de la mala salud será la pobreza, que sólo se mitigará muy lentamente. Los informes de los organismos internacionales transmiten una imagen muy desalentadora para el futuro previsible (Naciones Unidas, 1995).

Sin embargo, a largo plazo hay cierto margen de optimismo a medida que se amplía el proceso de globalización. Este proceso, resultante del desarrollo de las comunicaciones, el comercio, los adelantos técnicos y la movilidad humana, ya está mostrando sus efectos sobre el desarrollo económico y social de muchos países y, en alguna medida, debería incidir incluso en los países menos adelantados. Pero, si algo podemos aprender de la historia, es probable que la

velocidad de los cambios y ajustes resultantes, especialmente (pero no sólo) en los países con un alto nivel de analfabetismo y pocos recursos, produzca un proceso de desintegración social, de desempleo y, para algunos, un agravamiento de la pobreza. Pero ciertos países tendrán más prosperidad y las subpoblaciones más saludables y mejor alimentadas serán más longevas y necesitarán más atención y mejores cuidados. Las tendencias actuales indican que la brecha entre los ricos y los pobres se ampliará en los países y entre ellos y será una característica permanente de las economías en rápida transformación (Naciones Unidas, 1995, op. cit.).

La respuesta

El proceso de envejecimiento como problema del desarrollo

El envejecimiento de las personas y de la población afecta a todas las esferas de la estructura y las funciones de la sociedad. Además de la explosión de los sistemas de información, la globalización y el avance tecnológico, el envejecimiento surge como un componente esencial de los cambios mundiales y del desarrollo.

... Estamos en el medio de una revolución silenciosa, que se extiende mucho más allá de la demografía, con repercusiones económicas, sociales, culturales, psicológicas y espirituales de gran trascendencia, señaló el Secretario General de las Naciones Unidas al inaugurar el Año Internacional de las Personas de Edad, el 1º de octubre de 1998.

Los cambios revolucionarios que se están produciendo en la sociedad exigen un pensamiento nuevo y revolucionario y soluciones innovadoras. Este nuevo pensamiento entraña considerar el proceso de envejecimiento no como un fenómeno que sólo atañe a las personas de edad sino como un fenómeno que afecta a toda la sociedad y a la vida de las personas en toda su extensión.

Las soluciones innovadoras deben orientarse conforme a estrategias a largo plazo, que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento a lo largo del próximo siglo. Asimismo, deben incluir un enfoque (holístico) que integre a todos los grupos de edad y a todos los sectores, basado en el concepto de que la sociedad pertenece a las personas de todas las edades. Esto puede hacerse desde diversas perspectivas.

Mejorar la situación de las personas más ancianas —que a menudo es una emergencia— seguirá siendo una tarea de primordial importancia en el marco de la nueva estrategia. En tal sentido, es preciso formular nuevos enfoques, que integren los problemas del envejecimiento en lugar de disociarlos corriendo el riesgo de aislar y marginar a las personas más ancianas.

En lo esencial, será cada vez más importante encontrar formas de capitalizar el aumento del número y de la proporción de personas de más edad, considerándolas como un recurso positivo y un bien social y no como una carga. Es preciso reevaluar el proceso de maduración de la sociedad a fin de aquilatar la contribución de las personas mayores a los objetivos del desarrollo.

El concepto de "Una sociedad para toda las edades"

El Año Internacional de las Personas de Edad se inauguró el 1º de octubre de 1998 y continuó hasta el fin del año civil de 1999. Una amplia gama de actividades realizadas en todo el mundo ha contribuido a aumentar la conciencia de los problemas vinculados con el envejecimiento y a llamar la atención sobre la necesidad de un pensamiento más imaginativo, proactivo y orientado hacia el futuro con respecto a este proceso y las respuestas que debe dar la sociedad al fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias. (Véase el sitio web www.un.org/esa/socdev/iyop). Se han puesto en marcha iniciativas locales, nacionales, regionales e internacionales cuyo objeto es crear conciencia, mirar hacia delante, tender la mano y establecer vínculos. Más allá de los festejos, el Año proporcionó una oportunidad única para encarar los desafíos del envejecimiento y para

determinar las oportunidades de formular políticas sensatas. Esta reunión constituyó un hito importante en los esfuerzos realizados en tal sentido por las Naciones Unidas. Desde un principio, se propusieron cuatro aspectos para el debate y la acción durante el Año Internacional de las Personas de Edad.

El primer aspecto, la **"situación de las personas de edad"**, establece un vínculo retrospectivo con las áreas de mayor interés enumeradas en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (1982), como la salud y la nutrición, la vivienda y el medio ambiente, la familia, la seguridad social, la seguridad de ingresos y el empleo. El Año Internacional facilitó la revaloración de estos temas con arreglo a las recomendaciones del propio Plan de Acción y las metas globales sobre el envejecimiento desarrolladas posteriormente para el año 2001. Estas consideraciones deberían facilitar la adopción de medidas prácticas, que apoyen la interdependencia, la participación, la atención, la realización personal y la dignidad de las personas de más edad, conforme a lo establecido en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. De hecho, en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento se señala que "... es muy posible que un día las propias personas de edad, con la fuerza dimanante del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar un concepto de la vejez positivo, activo y orientado hacia el desarrollo. La conciencia colectiva de ser anciano, como concepto socialmente unificador, puede convertirse así en un factor positivo".

A través del segundo aspecto, **"el desarrollo individual permanente"**, se reconoce que, en un mundo en el que cada vez más personas tienen la esperanza de vivir hasta los noventa años o más, y en un entorno que se modifica permanentemente, éstas necesitan adquirir aptitudes especiales para la vida: previsión, independencia, interdependencia, flexibilidad e inventiva. Necesitan contar con un entorno favorable que promueva la educación, la actualización de las capacidades y un estilo de vida saludable durante toda la vida. Muchos necesitan apoyo durante la edad madura para su transición a la vejez, un período para cumplir con las aspiraciones personales y realizar los ajustes necesarios en su vida familiar, sus carreras y sus estilos de vida.

El tercer aspecto hace hincapié en las **"relaciones entre generaciones"**, señalando que la revolución demográfica, socioeconómica y cultural que viven las sociedades también afecta las relaciones entre las generaciones, es decir, entre hijos, padres y abuelos y entre trabajadores y jubilados. Así, estos procesos afectan las relaciones familiares y sociales. A menudo, el contacto intergeneracional se ve dificultado por la proliferación de instituciones diferenciadas en función de la edad, como los jardines de infantes, las escuelas, los lugares de trabajo de los adultos y las instituciones para jubilados, así como por el fenómeno de las migraciones desde el campo a los centros urbanos que, con frecuencia, relegan a los ancianos a las aldeas rurales. Como cada vez más personas alcanzan una edad avanzada, saltan al primer plano dos necesidades: la seguridad de los medios de vida y la atención. En las sociedades tradicionales ambas necesidades son satisfechas por la sociedad y la familia. A medida que se modernizan las sociedades (y envejece la población) estas responsabilidades recaen sobre la sociedad en su conjunto a través de las transferencias intergeneracionales entre la población trabajadora y los jubilados. Este proceso a menudo se facilita a través de los seguros y los ahorros que los ancianos han acumulado en sus años más jóvenes.

El último aspecto es el **"desarrollo y el envejecimiento de las poblaciones"**, que plantea el desafío de conciliar el proceso de envejecimiento con otras tendencias importantes, como el progreso tecnológico y la globalización, que realzarían el desarrollo socioeconómico. Para ello es preciso realizar ajustes multisectoriales que comprendan el empleo, la seguridad de los medios de vida, la asistencia social, la atención de salud y la educación, así como la inversión, el consumo y los patrones de ahorro. Uno de los objetivos más importantes de estos ajustes es asegurar que las personas de edad tengan la posibilidad de participar y contribuir a los ajustes mencionados y recibir una atención adecuada cuando la necesiten. Otro objetivo es lograr una sociedad que integre las

personas de distintas edades, que aliente la reciprocidad y la equidad entre generaciones, y que fomente el desarrollo permanente y la independencia de todas las personas.

La situación de las personas de edad y la relación entre el envejecimiento y el desarrollo siguen siendo problemas importantes y merecen una atención y acción permanentes e intensivas. De hecho, constituyen dos de los cuatro aspectos cuyo examen y debate se propuso para el Año Internacional. En el marco conceptual aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas para la preparación y la observancia del Año Internacional las Personas de Edad, que los Estados Miembros fueron invitados a adaptar a las condiciones de su país, se proponía prestar mucho más atención al proceso de envejecimiento de los seres humanos. En este marco, se otorga mayor importancia al desarrollo individual permanente y a las relaciones intergeneracionales. Según este enfoque, nuestra concepción del envejecimiento como proceso aislado se reemplaza por una visión más amplia de la experiencia de vida en su conjunto. De esta manera, las consideraciones sobre el número y la proporción de personas de edad en un momento determinado siguen siendo un tema fundamental, pero deja de constituir el foco principal de nuestras preocupaciones.

El envejecimiento se convierte en un tema importante durante todo el período de vida. Las interacciones entre personas de distinta edad, entre los diversos grupos de edad y entre las personas y sus familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto se convierten en áreas de interés en relación con las políticas. Todo esto conduce al lema adoptado para el Año Internacional de las Personas de Edad: "Una sociedad para todas las edades".

Este lema nació del concepto de una sociedad para todos. Una sociedad para todos es la que ajusta su estructura y su funcionamiento, así como sus políticas y planes, a las necesidades y capacidades de todos, liberando de este modo las potencialidades de cada uno en beneficio de todos.

En consecuencia, el concepto de una sociedad para todas las edades considera a la vida como proceso continuo y se reconoce que la vida de cada persona puede dividirse en etapas, cada una de las cuales suele caracterizarse con la idea de grupos de edad. En estos procesos temporales hay una transición permanente de una etapa a la siguiente y una interacción constante entre las personas y los diversos grupos de edad. A medida que las personas van cambiando, ocurre lo mismo con las sociedades en todos sus niveles: la familia, el vecindario, la comunidad, el país y el mundo. Los diversos acontecimientos inciden en gran medida en la vida de cada uno y esta influencia depende de la etapa que atraviesa cada persona. Las actitudes, aspiraciones y capacidades de las cohortes sucesivas de cualquier población estarán determinadas en alguna medida por el impacto de los principales acontecimientos históricos como la guerra y las hambrunas y las oportunidades en materia de educación, trabajo, información, viajes, etc.

En la declaración formulada por el Secretario General con ocasión de la inauguración del Año Internacional en la Sede de las Naciones Unidas, resumía la etapa inicial de la exploración de una sociedad para todas las edades, definiéndola como una sociedad *en que las personas de edad son a la vez actores y beneficiarios del desarrollo*. Agregó que *esta sociedad es multigeneracional. No es una sociedad fragmentada en la que los jóvenes, los adultos y las personas de edad siguen cada uno su propio camino. Más bien, abarca a todas las edades y en ella las distintas generaciones reconocen que tienen intereses comunes y actúan en consecuencia*.

Para fomentar la conciencia sobre el tema y los objetivos del Año Internacional se realizaron diversas actividades en los planos local, nacional, regional e internacional. Entre ellas cabe mencionar las campañas de información, las conferencias, los debates por radio y televisión, las exposiciones de arte y de fotografía, las páginas de Internet, así como paseos, conciertos y ferias.

Además de fomentar la conciencia sobre la sociedad para todas las edades, las celebraciones del Año Internacional también se focalizaron en otros tres aspectos: mirar al porvenir, más allá del año 1999; acercarse a los actores no tradicionales; y establecer redes de investigación y de intercambio de información.

Mirar al porvenir, más allá del año 1999, entraña revisar los enfoques "tradicionales" sobre el envejecimiento individual y de la población y poner en marcha políticas de largo alcance, dirigidas a construir una sociedad para toda las edades. Las consecuencias a largo plazo del envejecimiento se están encarando a través de la legislación, los programas, las proyecciones demográficas y la formulación de hipótesis de futuro.

La necesidad de formular políticas

Los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar el bienestar y la salud de todos los ciudadanos. Esta responsabilidad trasciende cualquier consideración sobre el género, la clase social, el grupo de edad, el origen étnico o cualquier otra característica individual o de grupo. Del mismo modo, muchas de las políticas y prácticas convencionales aplicadas en distintas sociedades con respecto a los problemas de la edad por lo general se han mantenido sin modificaciones pese a los profundos cambios en materia de demografía, esperanza de vida individual, estructura familiar, tecnología y comunicaciones. En una sociedad que envejece, las políticas aplicadas deben focalizarse en inversiones que tengan en cuenta el aumento de la longevidad en lugar de limitarse a proporcionar mayor asistencia y atención.

En un mundo que enfrenta lo que se ha dado en denominar una "revolución demográfica", los gobiernos tienen ante sí el desafío urgente de formular políticas capaces de responder eficazmente a las necesidades, expectativas, derechos y obligaciones de sociedades cuyas estructuras serán muy distintas a las actuales.

En sentido amplio, los aspectos clave que presentarán los mayores desafíos comprenden:

- La necesidad de desarrollar sistemas de educación permanente;
- La promoción de una senescencia saludable;
- La necesidad de flexibilizar las políticas laborales, con inclusión de los patrones de trabajo y de jubilación;
- La necesidad de mejorar las zonas edificadas a fin de facilitar el desplazamiento de las personas de edad;
- La necesidad de realizar inversiones en favor de la sociedad civil; y
- La necesidad de elaborar enfoques creadores que aseguren servicios sociales y de bienestar adecuados.

Además de estos aspectos clave específicos, es preciso examinar el papel del Estado en la creación de un marco propicio que asegure una actitud responsable de los medios de difusión, mejore las actitudes y percepciones sobre el envejecimiento, promueva un debate público más fundamentado y facilite la adopción de medidas positivas por parte de la comunidad y de los organismos no gubernamentales.

En el presente siglo, la esperanza de vida en muchos países ha aumentado de menos de 50 a más de 80 años. Esta nueva proliferación de la vida humana nos impulsa a reconocer que el envejecimiento es un proceso que se inicia con el nacimiento y se desarrolla en un marco de interacciones complejas entre personas y múltiples contextos sociales. A lo largo de la vida, la maduración y la senescencia se conforman a través del dar y el recibir, en la familia, los parientes, las comunidades y la sociedad en general. Las personas de más edad realizan aportes a sus comunidades y se benefician de ellas y son, quizás, el único recurso natural del planeta que está creciendo. Para favorecer esta nueva abundancia de vida en el mundo en el próximo siglo no sólo será necesario brindar seguridad en los medios de vida y atención de salud sino también

posibilidades a las personas de edad para que participen en forma significativa en la conformación de la sociedad en que viven.

Perspectivas

El Año Internacional de las Personas de Edad llama a adoptar muchas medidas y realizar muchos proyectos y actividades en todos los niveles a fin de alcanzar las metas y los objetivos definidos para este período. Quisiera concluir haciendo referencia concreta a dos aspectos importantes.

Elaboración de un programa de investigación para el siglo XXI

Este proyecto se llevará cabo durante un período de tres años, y comienza con la formulación de un programa inicial de investigación elaborado por un grupo consultivo de expertos que se reunió a principios de 1999. En esta reunión se definieron las esferas fundamentales de investigación necesarias para orientar las políticas futuras e identificar, además, las organizaciones, organismos y personas que puedan ocuparse del examen en profundidad de cada una de las esferas prioritarias. En otra reunión consultiva de expertos, que se celebrará en Nueva York en noviembre de 1999, se seguirá avanzando sobre estos temas. Los resultados de las consultas iniciales y la definición ulterior de esferas principales tendrán una amplia difusión a fin de continuar el debate y el examen antes de proceder a la formulación definitiva del programa en otra reunión consultiva de expertos cuya celebración se prevé para principios de 2001. Este programa se someterá a la consideración y aprobación definitivas de la Asamblea General para remitirla luego, oficialmente, a los Estados Miembros para que lo que examinen y adopten las medidas pertinentes. El programa de investigación tiene por objeto centrar la atención, facilitar el debate y el examen y avivar la imaginación para, finalmente, lograr el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales, las fundaciones de investigación y los propios investigadores para que examinen los problemas esenciales y las consecuencias del envejecimiento que se hubieran individualizado durante el proceso.

El desarrollo de un marco de políticas para una sociedad para todas las edades es la segunda actividad que deseo mencionar. Este proceso también se inició con una reunión interregional de grupos de expertos celebrada en Seúl, República de Corea, en junio de este año. El propósito es proporcionar orientaciones a los gobiernos nacionales para que elaboren respuestas de políticas apropiadas al proceso de envejecimiento de la población que tendrá lugar en el próximo siglo.

Estas actividades tienen por objeto incorporar contenidos a la retórica; proponer medidas en respuesta a la reflexión; y proporcionar orientaciones a todas las naciones y a la comunidad internacional para la formulación de respuestas sensatas y prácticas a los problemas complejos y multifacéticos que plantean los profundos cambios demográficos que se están produciendo en todos los países.

Nada de esto puede lograrse en el vacío. Los entornos sociales, económicos, ambientales y políticos sufrirán cambios profundos en forma simultánea y estos deben tenerse en cuenta al examinar nuestras hipótesis sobre los años por venir. Ya estamos experimentando el shock del futuro y los cambios seguirán produciéndose a un ritmo acelerado. Nuestras respuestas deben constituir soluciones pensadas para el día de mañana y no meras reacciones a los problemas de ayer.

Finalmente, desafío a todos los que nos ocupamos del proceso de envejecimiento a que examinemos nuestros propios preceptos, motivaciones y orientaciones en lugar de dar por sentado que somos los dueños de la verdad. El año 1999 y los años subsiguientes deberían darnos la posibilidad de elaborar enfoques nuevos y creadores, lograr una mayor comprensión y formular respuestas más fundadas a todos los problemas vinculados con el envejecimiento.

Quisiera terminar con una cita del excelente libro de Susanne y James Paul, titulado *Humanity Comes of Age*:

“No hay ninguna necesidad de que el futuro constituya una lucha sin cuartel [entre jóvenes y ancianos] para apropiarse de unos pocos recursos, como pronostican los pesimistas. En los próximos años es posible alcanzar un mayor nivel de dignidad humana y de desarrollo social, especialmente si todos contribuimos a ello. Sin embargo, la transición no será fácil o automática. Los enormes cambios demográficos harán necesarios nuevos enfoques con respecto al empleo, la vivienda, la atención de salud, el apoyo a los medios de vida y los servicios sociales. Debemos examinar de qué manera puede construirse una vida decorosa, por y para las personas de edad, en estas nuevas condiciones, especialmente en los países más pobres en los que los recursos serán más escasos. Es preciso volver a inventar la longevidad a fin de superar la enfermedad, la pobreza, la impotencia, la soledad y el aislamiento para convertirla en una afirmación de la experiencia humana” (Susanne y James, 1994).

Bibliografía

- Davies, M. A. (1998), “Paper one: Ageing and Health in the 21st Century - An Overview”. Simposio de la Organización Mundial de la Salud "Ageing and Health: A Global Challenge for the 21st Century" celebrado en Kobe, Japón, 10 a 13 de noviembre de 1998
- Davis, D.L., Dinse, G.E. y Hoel, D.G. (1994), “Decreasing cardiovascular disease and increasing cancer among whites in the United States from 1973 through 1987”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, págs. 431 a 437.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1998), “Population Ageing Improving the Lives of Older Persons – Report of the ICPD+5 Technical Meeting on Population Ageing”, Bruselas, 6 a 9 de octubre de 1998.
- Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (Eds.) (1996), “The global burden of disease”, vol. 1, cap. 4, Boston, Harvard School of Public Health.
- Naciones Unidas (1999), Population Prospects: the 1998 Revision.
- (1995), Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhagen, Documento A/CONF. 166/9, 6 a 12 de marzo de 1995.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1998), Informe sobre la salud en el mundo, 1998. Ginebra.
- Ritchie, K. y Kildea, D. (1995), “Is senile dementia ‘age related’ or ‘ageing related’?- evidence from meta analysis of dementia prevalence in the oldest old”, *Lancet*, vol. 346, págs. 931 a 934.
- Schulz, J. H. (s/f), “Population ageing: economic growth, and generational transfers (labor, productivity and saving issues)”.
- Susanne S., Paul y James A. Paul (1994), “Humanity Comes of Age”, Ginebra, publicación del Consejo Mundial de Iglesias.

Desigualdades basadas en el género: la adulta mayor y su mayor vulnerabilidad

Joëlle Barbot-Coldevin¹

Introducción

El envejecimiento de la población humana se ha constituido en uno de los procesos demográficos más significativos de fines del siglo veinte y de las próximas décadas. La cantidad de gente joven que está entrando en su etapa productiva y fértil es mayor que nunca antes en la historia. Simultáneamente, las personas mayores de 65 años aumentan a una velocidad sin precedentes, tanto numérica como proporcionalmente. En el año 2000, en América Latina y el Caribe habrá 41 millones de personas de edad, lo que representa el 7,2% de la población total. Se estima que este porcentaje habrá aumentado a 10,8% en 2025. En otras palabras, la población de América Latina y el Caribe experimentará un claro y sostenido proceso de envejecimiento. "Nuestro futuro estará definido por la forma en que nuestras familias y sociedades enfrenen las necesidades de estas crecientes "nuevas generaciones": educación y salud para los jóvenes, y apoyo social, médico y financiero para las personas de edad." (FNUAP, 1998).

¹ Asesora en Estrategias de Género, Población y Desarrollo, Equipo Técnico de Apoyo (EAT)-Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

En 1982, la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento. El plan resumía los retos y oportunidades que la mayor cantidad y proporción de adultos mayores planteaban para el desarrollo. Entre las recomendaciones se incluía la necesidad de apoyar el empoderamiento de la adulta mayor a través del mejoramiento de servicios de salud, nutrición, participación social, seguridad económica y vivienda. En 1991, la Organización de Naciones Unidas en su resolución 46/91 aprobó los Principios a favor de las Personas de Edad, exhortando a los gobiernos a que los incorporasen en sus programas en la medida de sus posibilidades, a fin de mejorar la calidad de vida de los años que se han agregado a la vida.

El Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) estipula, entre otros, el desarrollo de "sistemas de seguridad social y económica para los adultos mayores, que aseguren equidad y solidaridad intra e intergeneracional, con especial atención a las necesidades de la mujer". La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) amplió estas recomendaciones, enfatizando las condiciones de las mujeres de edad que viven en la pobreza (párrafos 52, 58 y 101).

El Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) participa activamente en la promoción de estrategias diseñadas para cumplir con los compromisos de Naciones Unidas hacia las personas de edad, particularmente en relación con el empoderamiento de la mujer y el logro de la igualdad de género. Si bien las mujeres juegan un papel central en el desarrollo de sus sociedades, ellas continúan siendo proporcionalmente más numerosas entre los pobres, además de enfrentar desafíos para el ejercicio pleno de su ciudadanía y de los derechos humanos en todos los países. Los temas de equidad e igualdad de género son extremadamente importantes en el campo de las políticas sociales para la población de edad. La feminización de la pobreza y la mala salud durante la vejez son resultado de los riesgos exacerbados que viven las mujeres a lo largo del ciclo de vida. La población de edad en la mayor parte de los países está formada predominantemente por mujeres en condiciones de vulnerabilidad, lo que requiere la creación y utilización de instrumentos legales, económicos, sociales y culturales apropiados en apoyo a este grupo etario.

Este documento pretende destacar algunos temas de género que necesitan ser asumidos con respecto a la adulta mayor, con el fin de asegurar su pleno ejercicio de los derechos humanos y una vida digna y segura.

Diferencias basadas en género y la feminización de la pobreza en América

Información diferenciada por género

La situación de la mujer en América Latina y el Caribe ha experimentado una transformación sin precedentes en las últimas décadas. El aumento de mujeres matriculadas en instituciones educacionales de todos los niveles, así como su fuerte presencia en la fuerza laboral, la reafirmación legal de su ciudadanía basada en el derecho a voto y su creciente aceptación social en la política y en asuntos públicos, constituyen cambios cuya importancia trasciende su significado económico y social, y empiezan a manifestarse a través de modificaciones en los patrones culturales y conductuales. El aumento en la expectativa de vida —que permite a la mujer agregar el equivalente a casi una vida completa después de la etapa de maternidad y crianza— y la mayor difusión de métodos de control natal ofrecen a las mujeres de América Latina y el Caribe nuevas opciones de vida y oportunidades para ejercer sus derechos dentro de un contexto posiblemente más amplio que en períodos anteriores (CELADE, 1992). Desgraciadamente, a pesar de los prometedores avances logrados por las mujeres de la región, la mayoría de los indicadores de calidad de vida apuntan a la posición subordinada de la mujer en las sociedades de América Latina y el Caribe y a la discriminación que enfrentan para acceder a los servicios y ejercer plenamente sus derechos. La mayoría de los informes sobre la situación de la mujer, más allá de ser desalentadores, enfatizan la

necesidad de que los gobiernos y la sociedad civil presten atención sostenida al tema y amplíen su compromiso de erradicar el sinnúmero de barreras que afectan a las mujeres a lo largo de su ciclo de vida.

Las principales corrientes de investigación generalmente carecen de información cualitativa y cuantitativa desagregada por sexo, particularmente referente a las mujeres de edad. La información diferenciada por género se encuentra típicamente en publicaciones sobre temas de género. La revisión de documentación para producir este artículo refuerza, una vez más, la necesidad de que toda investigación en ciencias sociales recopile, analice y difunda información diferenciada por género y desagregada por sexo. La discusión sobre roles y relaciones de género, y su impacto en la igualdad de género y el desarrollo de la mujer constituiría un gran aporte. Existe una notable riqueza de información disponible, tanto sobre pobreza como envejecimiento, pero la mayoría carece de un análisis de las diferencias y desequilibrios de poder basados en género, y su impacto sobre la vida de la adulta mayor. Esto afecta nuestra capacidad para comprender en profundidad el problema que enfrentan tanto las mujeres como los hombres de edad, y para diseñar políticas, estrategias y acciones en función de sus necesidades.

La región de América Latina y el Caribe es extremadamente heterogénea, con marcadas diferencias entre países y al interior de ellos, influenciando la condición de la mujer y el ritmo de cambio. Como lo demuestran numerosas investigaciones y publicaciones, la mujer se ve afectada, a lo largo de su ciclo de vida, por roles y relaciones de género que la coloca en desventaja social, política, económica y culturalmente. La mujer todavía recibe un trato desigual en el mercado laboral formal; percibe menos salario por un trabajo de igual valor; se ubica predominantemente en el mercado laboral informal que ofrece poca seguridad y bajos salarios; tiene la responsabilidad de una doble o hasta triple jornada de trabajo al incluir el trabajo doméstico y comunitario; muestra prevalencia de niveles inferiores de salud y bienestar; participa escasamente en la toma de decisiones en los ámbitos social y familiar; es víctima de violencia en su hogar y en la esfera pública; tiene acceso desigual a sistemas de seguridad social; y, en general, goza de una autonomía personal limitada. La pobreza es la condición más perversa que afecta a la población de la región, y ésta afecta predominantemente a las mujeres (Restrepo y Rozenhal, 1994). Aún no hay una sociedad en la región que pueda enorgullecerse de tratar a la mujer tan bien como trata al hombre.

La feminización de la pobreza en la región

El alcance, profundidad y aún la existencia del fenómeno conocido como "la feminización de la pobreza" son temas que han originado mucho debate en la última década. Según Marcoux (1997), parte del problema radica en la escasez de observaciones de calidad, y la falta de información estadística sólida sobre la realidad del sesgo de género en la pobreza. Si bien el debate sobre recopilación, análisis e interpretación de información sobre mujer y pobreza es importante, el enfoque de este documento no abarca los alcances de esa discusión, sino más bien pretende destacar lo que la mayoría de los investigadores concuerdan: la proporción de mujeres es significativamente mayor en los sectores más pobres de la población, ya sean rurales o urbanos.

Los argumentos contra el análisis tradicional de la pobreza incluyen el hecho de que son incapaces de especificar lo característico de la posición de las mujeres integradas a situaciones de privación. Por ello, se plantea como una necesidad crucial decodificar lo que pasa en los hogares, para reconocer la existencia de pautas de convivencia entre géneros, normadas por vínculos que —al enmarcarse en sistemas de autoridad valorizadores de atributos patriarcales— provocan asimetrías que operan de modo sumamente desfavorable para las mujeres. El análisis de los hogares pobres con base en la composición por género y la generación de sus miembros es lo que posibilita la observación de ciertas situaciones de suma importancia para la óptica feminista de reconstrucción de los determinantes particulares que agudizan la pobreza de las mujeres (UNIFEM, 1995).

En relación con los indicadores a nivel de hogar, prevalecen aquéllos que miden el nivel de ingreso por hogar como indicador básico de pobreza. Sin embargo, este enfoque se basa más en el poder adquisitivo que en la satisfacción real de necesidades. Este enfoque es una medida adecuada de carencias sólo si todos los miembros de hogares pobres sufren iguales carencias. Este tipo de medición puede subestimar el número de miembros de un hogar que viven en la pobreza. Una serie de estudios recientes ha criticado la falta de relación entre las mediciones de pobreza basadas en los hogares y la satisfacción real de las necesidades individuales de cada miembro de la unidad doméstica. Esto ha originado el desarrollo de un grupo de mediciones que analizan, separadamente, el bienestar de cada individuo que comparte un mismo hogar, permitiendo a los investigadores centrarse más específicamente en el proceso de asegurar el bienestar y no tanto en la posesión de medios o recursos. También permite desagregar la información por género. El índice de desarrollo humano, diferenciado por género, usado en el Informe de Desarrollo Humano del PNUD, constituye un intento de proporcionar información sobre pobreza desagregada por sexo (UNIFEM, 1995). A pesar de los cambios registrados, año tras año el informe muestra que en todos los países de América Latina y el Caribe las mujeres están significativamente rezagadas en relación con los hombres. Según Restrepo y Rozental (1994), la región evidencia desigualdad de oportunidades, remuneraciones y condiciones laborales para las personas de edad y, dentro de este grupo etario, para las mujeres.

El fenómeno de los hogares con jefatura femenina (HJF) y su relación con los niveles de pobreza también ha recibido bastante atención durante la pasada década. El número de hogares encabezados por mujeres aumentó significativamente en América durante los años ochenta, continuando la tendencia en los años noventa. Este aumento ha ocurrido en un contexto de cambios demográficos mayores, incluyendo la reducción de las tasas globales de fecundidad y del tamaño promedio de los hogares. Dicho aumento no se ve reflejado en la mayoría de los censos y encuestas de hogares porque frecuentemente hay un subregistro de HJF, particularmente cuando el hombre vive en la misma casa.

En la mayoría de los países de la región, al menos uno de cada cinco hogares tiene jefatura femenina; en el Caribe, algunas estimaciones ascienden hasta un 50% del total de hogares. El aumento del número de familias con padre o madre soltero/a ha contribuido significativamente a la jefatura femenina, especialmente hogares a cargo de mujeres jóvenes, adultas mayores y aquéllos compuestos por una sola persona, debido al envejecimiento de la población y a la longevidad de la mujer.

La información recopilada por las encuestas de hogares en la región también muestra que los HJF son económicamente más vulnerables que aquellos con jefatura masculina. La investigación dirigida por CEPAL en 1995 en la región mostró que la pobreza era más aguda en los HJF en siete de los once países investigados.

Los hogares con jefatura femenina han sido foco de políticas sociales dirigidas a reducir los niveles de extrema pobreza en la región. Además de la naturaleza cuantitativa del problema, se requiere atender los temas cualitativos centrales para la jefatura femenina, como por ejemplo lo referente a las relaciones de poder y la organización y distribución del trabajo y los recursos dentro del hogar, la carga excesiva de trabajo de la mujer, particularmente al combinar tareas productivas y reproductivas, y las consecuencias físicas y mentales que de allí derivan. En comparación con el hombre, la mujer gasta una mayor proporción de sus ingresos o entradas en el bienestar de otros miembros de la familia y, por lo tanto, tiene menos dinero para ahorrar, afectando así su ingreso en la vejez. Los formuladores de políticas también deben tener conciencia de que un creciente número de estos hogares tienen a una adulta mayor como jefa de hogar, y por lo tanto requieren apoyo adicional.

Las mujeres también figuran en mayor proporción entre los desempleados, en todas las categorías de edad. En cuanto a las personas de edad y el desempleo, tomando el caso de México

como referente, las estadísticas muestran que tres cuartas partes de la población total de adultos y adultas mayores está inactiva aunque existe una demanda de empleo remunerado en todos los rangos de edad. El 62 % son jefes o jefas de hogar y solamente el 16% cuenta con una pensión o una jubilación. La situación por actividad económica, por género y grupos de edad, se presenta así: de los 60 a 64 años, el 13% de los varones y 4% de las mujeres se encuentran jubilados o pensionados y 68% de los varones se encuentran económicamente activos, en contraste con 9% de las mujeres en esta condición; de los 65 a 74 años: 55% de los varones y 7% de las mujeres; de 75 a 84 años, 21% de los hombres y 5.4% de las mujeres (CONAPO, 1999).

Como en occidente, las personas de edad en América Latina y el Caribe entregan apoyo a los miembros más jóvenes de su familia, aún cuando la literatura muestra una cierta tendencia a considerar a las personas de edad como completamente dependientes. Muy probablemente este sea una reflexión de la tendencia a considerar las tareas domésticas ejecutadas por mujeres como una actividad improductiva (en el sentido económico) (Nydegger, 1993). El flujo intergeneracional de recursos no es unidireccional; muchas personas de edad continúan apoyando material y financieramente a sus hijos hasta bien entrados en la edad adulta. También desempeñan importantes roles en la casa que facilitan la productividad de la generación más joven.

La adulta mayor y la urbanización

En la mayor parte del mundo, la cantidad de personas de edad que viven en áreas urbanas ha aumentado considerablemente. En América, la mayoría de las personas de edad que viven en áreas urbanas son mujeres.

Las proyecciones demográficas muestran que la tendencia a una mayor urbanización y al aumento del tamaño de la población de edad continuará, con más hombres de edad en áreas rurales y mujeres de edad en las ciudades. En algunos países, las diferencias por sexo en las personas de edad de zonas rurales y urbanas son notables: en 1985 la relación por sexo de la población de edad en Colombia era de 122 en el campo y 79 en las ciudades (Kinsella y Tacuber, 1993). La población rural de Cuba presenta una desproporción considerable de 159 hombres de edad por 100 mujeres de edad. Residir en la ciudad puede beneficiar a la adulta mayor, especialmente a la que es viuda, por la cercanía con sus hijos y los servicios especializados de salud o servicios sociales cuando éstos existen y están disponibles; pero hay escasa evidencia de migración por estos motivos en los países en desarrollo. La diferencia de mortalidad por sexo normalmente incrementa la proporción de mujeres al aumentar la edad, a menos que la envergadura de la migración la convierta en un factor determinante como para variar los resultados, como es el caso de América Latina.

Cada vez más, la mayoría de las personas de edad provienen o formarán parte de las clases socioeconómicas bajas. La mayoría son mujeres y muchas pertenecen a minorías étnicas que viven en condiciones desfavorables. Las implicaciones de estos factores son múltiples, pero todas conducen a una mayor dependencia de los beneficios sociales, mayor demanda de servicios, más riesgos sociales y de salud y una calidad de vida inferior. El reto entonces consiste en crear oportunidades y servicios durante toda la vida, que progresivamente vayan reduciendo la dependencia y aumenten la autonomía de las personas de edad, y que al mismo tiempo respondan adecuadamente a sus necesidades actuales y futuras. La tendencia es hoy hacia una mayor marginación y dependencia. (Restrepo y Rozental, 1994).

A pesar de la situación especial generada por una mayor migración de mujeres a centros urbanos, los derechos y el bienestar de la adulta mayor en zonas rurales de América Latina —donde se registran altos índices de pobreza— necesitan ser examinados críticamente, particularmente lo referente a la propiedad de la tierra. Esto, combinado con el mayor peso relativo del número total de personas de edad puede conducir a que los países en desarrollo que presten atención a este grupo etario, dirijan sus esfuerzos mayoritariamente a las personas de edad en zonas urbanas. Los

decesores deberán estar atentos a la relativa vulnerabilidad del/la adulto/a mayor tanto en el sector rural como urbano, y a sus necesidades de pensiones, seguro médico y sistemas de seguridad social.

Vínculos entre género y envejecimiento

Roles y relaciones de género a través del ciclo de vida

El envejecimiento es un complejo asunto biológico y cultural. Las diferencias culturales explican cómo los humanos, a pesar de ciertas igualdades biológicas básicas, presentan características diversas. La cultura determina los aspectos biológicos de los seres humanos, ya sea marcando límites o abriendo oportunidades. Para comprender los temas relacionados con el impacto social del envejecimiento, es esencial tener conciencia de que vivimos en una cultura de competitividad económica, una cultura que valora la productividad económica por sobre la social, y donde las desigualdades de clase, raza y género son generalmente aceptadas. A medida que envejecemos estamos influenciados por el contexto social, cultural, económico y político prevaleciente en distintos momentos de la vida. También estamos profundamente influenciados por nuestro género y por los cambios en las relaciones de género durante toda nuestra existencia. Las normas y actitudes sociales adoptadas en los años de formación continúan influenciando y moldeando nuestro comportamiento y actitudes.

La conexión entre género y envejecimiento proviene de los cambios sociales ocurridos con el pasar del tiempo y los acontecimientos ligados al ciclo de vida. No obstante, envejecimiento y género no han sido integrados por el pensamiento sociológico, siendo escasamente estudiados en términos de su influencia conjunta. Esto ha limitado nuestra capacidad de diseñar e implementar políticas y estrategias apropiadas. A nivel macro, necesitamos entender cómo la edad y el género están vinculados a la distribución del poder, los privilegios y el bienestar en la sociedad; y a nivel micro, cómo la edad y el género contribuyen a la identidad, valores, redes sociales, afiliaciones políticas y de otro tipo.

El significado social de la edad está profundamente vinculado al género. El doble estándar de envejecimiento es ampliamente reconocido: en la mayoría de las culturas, se espera que la mujer —y no el hombre— mantenga una apariencia juvenil, ocultando los signos de envejecimiento tanto como sea posible. En la mayoría de las sociedades los empleadores consideran el envejecimiento diferenciado por género, afectando con ello las oportunidades de empleo y promoción de la mujer, una práctica que crecientemente obstruye sus esfuerzos por encontrar y mantener un empleo en el mercado laboral formal después de los 55 años (Arber and Ginn, 1995) Un interesante estudio sobre género y jubilación realizado en Inglaterra mostró la existencia de un “techo de cristal de edad” para las mujeres. Entrevistas con varios gerentes y trabajadores revelaron que las mujeres eran consideradas como “viejas a una edad más joven” que los hombres, siendo mayormente hombres quienes así pensaban. Las mujeres por lo general enfrentaban obstáculos para su promoción a una edad más temprana que los hombres. Algunos gerentes percibían a las mujeres como “trabajadores mayores” a partir de los 30 años. También percibían a las mujeres entre 40 y 50 años como “trabajadores mayores”, más que a los hombres de la misma edad. Sin embargo, los sesgos de los empleadores en cuanto a su percepción de la edad eran más pronunciados hacia las mujeres de entre 50 y 60 años. Con frecuencia, estas percepciones y expectativas parecen estar internalizadas por las propias mujeres. Parece haber aceptación general respecto al hecho de que la mujer termina de ascender en su carrera siendo 10 años más joven que el hombre (Arber y Ginn, 1995).

La problemática de las personas de edad aún no recibe la atención necesaria de los gobiernos y de la sociedad civil en la región; quedando generalmente en manos de los principales involucrados. Este proceso tiende a enajenar a los individuos de una comprensión del problema, su involucramiento y planificación más allá de las circunstancias inmediatas. Con base en nuestro

conocimiento sobre la posición de la mujer, es fácil entender cómo las mujeres, particularmente las adultas mayores, son aún más vulnerables y están más marginadas de este proceso.

Los estudios interculturales sobre envejecimiento recalcan el hecho de que los roles de género atribuidos a cada sexo varían a través del ciclo de vida, y la situación del adulto y adulta mayor puede ser diferente de aquella en edades más jóvenes. En algunos casos, puede significar que las mujeres adquieren valor por su conocimiento y sabiduría, y en otros, permite a los hombres desempeñar más roles de crianza. Por ejemplo, en las áreas rurales de América Latina, las mujeres de edad son valoradas, tal vez porque continúan trabajando la tierra; en la región amazónica de Brasil y entre las poblaciones indígenas de Oaxaca, México, las curanderas ancianas son veneradas (Vivaldi, 96) por su talento y sabiduría. Un mayor conocimiento sobre cómo la mujer puede, y de hecho adquiere, poder y posición social a medida que envejece, nos permitirá desarrollar instrumentos para apoyar dicho proceso. Indudablemente, los medios de comunicación tienen un papel clave a desempeñar.

Se necesita desarrollar investigaciones específicas por país sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe en general, a pesar del importante trabajo que se está realizando en México y Brasil. Las investigaciones futuras deberían empeñarse en recopilar, analizar y diseminar información desagregada por género para apoyar el desarrollo de políticas y programas apropiados. Dado el relativo avance de la transición demográfica y epidemiológica en la región, sorprende la limitada atención que se le ha dado a estos temas.

La adulta mayor y la salud

La existencia de desigualdades sociales y económicas también implica que en muchos países las mujeres tienen dificultad en la satisfacción de sus necesidades básicas para una vida saludable. La "devaluación cultural" que sufren las mujeres también es un factor importante, aunque difícil de medir; dado que las mujeres pertenecen a un grupo considerado por la sociedad como menos valioso, es difícil para muchas desarrollar una autoimagen positiva y mantener su salud mental. Este proceso comienza en la niñez, en muchas culturas que valoran menos a las niñas y les ofrecen menos oportunidades que a los niños, y continúa en la edad adulta con "el trabajo de la mujer" no reconocido como tal, con un status disminuido y menos retribuciones. La CIPD + 5 destacó la importancia de preocuparse de los temas de salud de la mujer a través su ciclo de vida, incluyendo medidas para asegurar que las mujeres que hayan sobrepasado la edad reproductiva tengan acceso igualitario a los servicios de salud. Falta mucho para que esto se haga realidad en la región.

Las mujeres tienden a vivir más que los hombres, y la desproporción entre el número de hombres y mujeres aumenta con la edad. Las adultas mayores tienen más probabilidades de enviudar que los adultos mayores, y también más probabilidades de padecer enfermedades crónicas. Según Brody (1985), en los Estados Unidos las mujeres viven un promedio de 7 años más que los hombres. En 1950 la proporción era de 83 hombres/100 mujeres mayores de 65 años y 83/100 mayores de 75 años. En 1980 eran sólo 68 y 58/100 respectivamente. Estas proporciones son válidas tanto para los países desarrollados como para los en desarrollo.

Dada la diferencia de edad al matrimonio y en la mortalidad, los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de depender del cónyuge en caso de sufrir una incapacidad. Ese cuidado, así como el cuidado que las mujeres entregan a los miembros de su familia a lo largo de su vida, se toma como hecho y no se reconoce como una contribución significativa al bienestar individual y colectivo. Adicionalmente, la carga que este trabajo significa para la mujer constituye un factor no analizado ni comprendido por los formuladores de políticas, ni tampoco se considera dentro del costo total del cuidado de la salud.

A pesar de que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, su calidad de vida es con frecuencia inferior. Por ejemplo, Strauss et al. (1992) analizaron las determinantes de la salud de

adultos auto-reportada en Jamaica y encontraron, como era de esperarse, que los problemas de salud aumentaban con la edad. Sin embargo, lo interesante es que las mujeres reportaron más problemas de salud a una edad menor que los hombres. Pasada la etapa reproductiva, la mujer enfrenta problemas especiales de salud, los que recién empiezan a investigarse y abordarse. Por ejemplo, las adultas mayores experimentan altas tasas de osteoporosis, cáncer de mama y ovario, incontinencia y depresión. Muy pocos estudios han examinado el comportamiento de riesgo de VIH y características de riesgo entre adultas mayores. Los cánceres ginecológicos son más comunes después de los 40 años de edad (en virtud de su lento desarrollo), en particular el cáncer de mama y el cáncer cervical, y pueden curarse a bajo costo si se tratan a tiempo (Population Council, 1999). América Latina registra la tasa más alta de cáncer de ovario en el mundo.

El abuso físico y mental de las personas de edad es también un tema que debe ser investigado y abordado en la región. En ausencia de estadísticas e información confiable, es difícil establecer la extensión y el significado del problema. Estados Unidos y Canadá han avanzado considerablemente en investigación y desarrollo de políticas. Estudios en Inglaterra han diferenciado los tipos de abuso—incluyendo la negligencia de prestadores de servicios y abuso físico— y han descubierto diferencias de género estadísticamente significativas. Los hombres son más propensos a abusar física o sexualmente de adultas mayores, mientras que las mujeres reportan sentir tensión y negligencia hacia las personas de edad. Los gobiernos y las ONGs en América Latina y el Caribe tendrán que trabajar conjuntamente para lograr una mejor comprensión sobre los tipos de abuso que padecen las personas de edad en la región, y desarrollar intervenciones apropiadas.

Los avances en el cuidado de la salud han llevado a una disminución de la mortalidad masculina. Lee y Palloni (1992) estudiaron el efecto de esa menor mortalidad sobre la viudez en Korea. Su estudio reveló una reducción en la proporción de viudas en cada tramo de edad, retraso en el comienzo de la viudez, y una disminución de su duración. Sin embargo, como ellos mencionan “seguimos frente a la interrogante sobre cuánto de esta sobrevivencia mejorada del esposo se traducirá en bienestar para la adulta mayor.” (Lee y Palloni, 1992:86). Esto apunta a la necesidad de que tanto hombres y mujeres desarrollen relaciones más equitativas que aseguren una mejor calidad de vida para ambos.

Con la emergencia de nuevas tecnologías médicas y los países en vías de organizar o reorganizar sus servicios de salud, debe reconocerse que el comportamiento de búsqueda de atención de salud está condicionado no sólo por los servicios disponibles sino también por factores económicos, dinámicas de toma de decisiones en la familia y mecanismos para el manejo de los problemas al interior del hogar.

Roles y relaciones de género entre adultos mayores

Se requiere realizar estudios sobre cómo los adultos mayores, en pareja o individualmente, hacen uso de su tiempo, negocian y determinan el cuidado de su salud, y desarrollan mecanismos para salir adelante en contextos específicos de los países en desarrollo, con el fin de elaborar instrumentos legales y sociales apropiados para apoyar y mejorar su calidad de vida.

Aunque en años recientes la tasa de incorporación de mujeres a la escuela en América ha igualado, y en algunos casos sobrepasado, la de los hombres en todos los niveles educacionales en todos los países de la región, la situación era muy diferente hace sesenta o incluso cuarenta años, cuando las ahora adultas mayores eran entonces niñas de edad escolar. Los menores niveles de urbanización y una discriminación de género culturalmente arraigada resultaban en un acceso desigual de niñas al sistema escolar. Esto explica que las mujeres de más de 60 años registren menores niveles de educación que los hombres del mismo grupo de edad, situación aún más pronunciada entre los pobres y especialmente en la población indígena.

Además, las mujeres se casaban y tenían hijos a una edad más joven (factores importantes en la reproducción de la pobreza) y dedicaban la mayor parte de su tiempo a actividades reproductivas, en vez de actividades generadoras de ingresos. De este modo, al contrario de los hombres, las mujeres tienen menor acceso a una fuente de ingresos estable cuando llegan a una edad avanzada y sus hijos han dejado el hogar. Aunque el papel de proveedor, en términos de ganar un salario, termina con la jubilación, la pensión de los esposos en la mayoría de los países es mucho mayor que la de las mujeres, lo que contribuye a perpetuar el poder relativo del hombre dentro del matrimonio en su vida posterior.

La interpretación y valoración del cuidado proporcionado a las personas de edad es también un asunto de género. Estudios en una ciudad multicultural en Inglaterra mostraron que cuando el hombre de edad está dispuesto a asumir el rol de cuidador al enfermarse su pareja, se ve a sí mismo como “Sr. Maravilla” y es admirado por su competencia por todos los que le rodean, mientras que la mujer que realiza la misma “heroica” tarea se ve a sí misma, y la gente a su alrededor también lo percibe así, como cumpliendo una labor obligatoria, asignando escasa estima social a las labores de cuidado ejercidas por la adulta mayor (Rose and Bruce, 1995).

Por lo tanto, aunque el envejecimiento presenta la oportunidad de cambiar los roles y relaciones de género estereotipados y perjudiciales para la mujer, un mejor entendimiento de cómo estos roles y relaciones de género se desarrollan y modifican con el tiempo, bajo qué condiciones y dentro de contextos culturales dados, aumentarían nuestra capacidad para responder y apoyar estos cambios en tanto se avanza en el empoderamiento de la mujer. Algunas de las interrogantes que deben ser respondidas incluyen: ¿Cómo se redistribuyen los roles y obligaciones de los esposos que envejecen y, eventualmente, del esposo fallecido, dentro del hogar o en la familia, y qué pasa con la viuda? ¿Qué pasa con temas como la propiedad o tenencia de la tierra y otros bienes? ¿Cómo puede el envejecimiento representar una liberación de las rígidas expectativas de los roles de género, una oportunidad para las mujeres de ser independientes y autodeterminantes, y para los hombres de asumir nuevos roles y formas de relacionarse con otros?

A pesar de que la expectativa de vida de la mujer es de sobre cinco años más que los hombres, la brecha de género en lo concerniente a la esperanza de años libres de discapacidades (expectativa de vida activa) es más estrecha. Esta diferencia de género en el envejecimiento fisiológico, junto con la diferencia de edad en el matrimonio, significa que la mujer no solamente tiende a enviudar más que el hombre, sino que depende mucho más de redes familiares amplias y del estado para obtener apoyo (Arber y Ginn, 1995). En lo positivo, la próxima generación de gente de edad que creció durante las décadas de los sesenta y setenta (principalmente los que viven en centros urbanos), habrá estado expuesta a cambios en su vida laboral y en las expectativas de los roles de género. La sociedad tendrá que asumir el reto de responder a estas experiencias y expectativas con un enfoque equitativo y de empoderamiento.

La adulta mayor y el acceso a pensiones

Debido a su historia de trabajo, la mujer participa menos en planes de seguridad social y su acceso es normalmente a través del esposo. Dado que las mujeres viven más que los hombres, especialmente en el grupo de 75 años o más, hay más viudas que viudos. Esto, combinado con los sistemas de pensión y los niveles de pobreza de la adulta mayor, deriva en que la viuda habitualmente reciba una fracción de lo que su esposo recibía, lo cual es insuficiente para cubrir necesidades básicas. Esta es una de las razones por qué la mayoría de las mujeres empobrecen cuando enviudan.

A pesar de los sesgos de género en el acceso y disponibilidad de pensiones, éstas pueden tener una importancia económica crucial para las personas de edad en la región. Por ejemplo, cerca del 90 por ciento de los hombres y el 70 por ciento de las mujeres de 65 años o más en Argentina, y más del 60 por ciento de ambos sexos en Guyana, reciben algún tipo de pensión (Organización

Panamericana de la Salud, 1989^a,b). Algunas naciones latinoamericanas han tenido sistemas de seguridad social por más de 50 años, así como planes que cubren ciertos trabajadores rurales y/o independientes, además de personas en los sectores más modernos (Williamson, 1992). Sin embargo, la realidad económica actual limita frecuentemente los beneficios a los jubilados.

La mayoría de los sistemas de seguridad social latinoamericanos se financian mediante un impuesto sobre el sector laboral formal, que en algunos países representa una pequeña base, y en todos ellos está sujeto a contracción durante periodos de trastornos económicos (McGreevey, 1990). Las iniciativas para asegurar el bienestar económico de las personas de edad pueden entrar en conflicto con políticas de ajuste estructural que tienden a reducir el gasto público. Como resultado, los niveles de beneficio están frecuentemente desfasados con respecto a la inflación. En América Latina, cada vez más, donde un número creciente de personas de edad se ha vuelto elegible para pensiones de vejez, ha habido una disminución del poder de compra de las pensiones y un severo deterioro en los niveles de vida de muchas personas de edad (Hoskins, 1991). En Argentina, por ejemplo, se supone que aproximadamente 3,5 millones de jubilados deben recibir pensiones que representan entre el 70 y el 82 por ciento de sus salarios previos. En realidad, ellos ahora reciben cerca de la mitad de esa cantidad, y su poder adquisitivo se deteriora a medida que la inflación continúa. Dadas las diferenciales salariales durante sus años de generación de ingresos, las mujeres se encuentran, nuevamente, en situación de mayor vulnerabilidad y expuestas a mayores privaciones económicas.

En una región de tanta diversidad cultural como es América, con un tratamiento diferencial de distintos grupos, es importante que además de profundizar nuestra comprensión de las conexiones entre género y envejecimiento, también analicemos las interacciones de género, edad y otras bases de diferenciación social, tales como clase, raza y etnia.

El empoderamiento de las personas de edad es un proceso que lleva a la igualdad, autodeterminación y autosuficiencia al remover barreras hacia una calidad de vida satisfactoria. Las personas de edad son, en su mayoría, desamparados, pobres y marginados, por lo que su empoderamiento constituye una difícil tarea (Restrepo y Rozenthal, 1994).

El rol del gobierno y la sociedad civil en la promoción de los derechos de la adulta mayor

En lo que respecta a la seguridad financiera del/la adulto/a mayor, los países desarrollados generalmente promueven un enfoque tridimensional: apoyo a su familia y a las estructuras comunitarias; prioridad al desarrollo rural para contener la emigración de los jóvenes; y oportunidades para que las personas de edad tengan un medio de subsistencia, incluyendo su participación en empresas cooperativas, familiares o microempresas, así como acceso a la capacitación y al crédito.

Todas las estrategias anteriores pueden tener un impacto significativo en la capacidad de la adulta mayor para autosustentarse en forma digna. Aunque las actividades generadoras de ingreso permitan a las mujeres alcanzar cierto grado de independencia y mantener a sus familias, como lo han destacado varios investigadores, los sistemas generadores de ingreso y de microcrédito no son una panacea por si solos. Es posible que se requieran medidas especiales (por ejemplo, acceso a capacitación, control sobre las ganancias, acceso a ahorros) para asegurar que las actividades generadoras de ingreso de las personas de edad sean rentables y sostenibles, y contribuyan al empoderamiento de la mujer.

Como ya se ha mencionado, las instituciones tienen sesgos de género, y ofrecen a la mujer un acceso desigual al ingreso, promoción y jubilación. Esto es especialmente significativo en el sector formal, pero para la mayoría de las mujeres que laboran en el sector informal el problema de

acceder a una pensión es también crítico. El alcance de este problema, que afecta el bienestar de la mujer y de la sociedad en la región, debe ser objeto de investigación y de atención de parte de los gobiernos y el sector privado para asegurar a la adulta mayor el acceso a planes de pensión y programas de seguridad social adecuados.

Las personas de edad poseen amplia experiencia y sabiduría para compartir con la juventud y con otras personas, y debieran ser alentados para educar a la sociedad a través de programas comunitarios. Las personas de edad pueden ser fuente de apoyo para ayudar y guiar a los jóvenes en tiempos de acelerados cambios socioeconómicos, y las mujeres debieran ser especialmente estimuladas para asumir liderazgo en este rol.

La adopción de un enfoque que permita efectivamente a las personas de edad continuar participando en la sociedad requiere una colaboración estrecha entre gobiernos, ONGs y el sector privado. Las ONGs pueden jugar un papel importante en la entrega de capacitación en atención en salud, y actuar como catalizadores en la interacción con gobiernos y otras agencias para que la voz del/la adulto/a mayor sea escuchada en las decisiones de política. Aún se desconoce el grado en que las ONGs en la región están trabajando y abogando por el bienestar de las personas de edad. Los medios de comunicación deben jugar también un rol, promoviendo imágenes positivas de las personas de edad para cambiar las actitudes relacionadas con el envejecimiento y los estereotipos negativos.

Conclusiones

El Año Internacional de las Personas de Edad celebrado recientemente nos advierte la necesidad de reflexionar sobre las lecciones aprendidas y continuar desarrollando estrategias innovadoras para apoyar el envejecimiento de la humanidad y la promesa que ello implica para madurar actitudes y capacidades en materias concernientes a lo social, económico, cultural y espiritual. Sin embargo, las personas de edad todavía no constituyen un grupo prioritario, a pesar de que en muchos países de la región la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más será, en los próximos años, muy superior a la que experimentará el resto de la población.

Los compromisos asumidos durante el Año Internacional de las Personas de Edad no pueden cumplirse si las desigualdades de género continúan limitando la capacidad de la mujer de ejercer plenamente sus derechos humanos y vivir una vida digna, particularmente en la vejez. Las políticas y estrategias de reducción de la pobreza no sólo deben aportar directamente bienes y servicios tales como salud y educación subsidiados, sino también implementar mecanismos para el reforzamiento y la adquisición de capacidades a través del ciclo vital, con el fin de que los pobres, y sobre todo las mujeres pobres, produzcan espacios pertinentes para satisfacer sus necesidades a través de la actividad productiva y la integración social plena.

Hemos hecho grandes adelantos al añadir años a la vida —ahora el reto es asegurar que se agregue calidad de vida a esos años, particularmente eliminando las situaciones que colocan a la adulta mayor en posición de vulnerabilidad. Existe la imperiosa necesidad de enfoques alternativos de desarrollo social con base en una transformación de las relaciones desiguales e inequitativas entre hombres y mujeres, hacia una donde la asociación completa e igualitaria se valore por derecho propio. Como se ha expuesto en este artículo, las estrategias para apoyar la calidad de vida de la mujer a través del ciclo de vida, podrían incluir:

- Mejorar nuestra comprensión sobre cómo los roles y relaciones de género cambian con el tiempo, y cómo estos cambios pueden apoyar y promover el empoderamiento de la adulta mayor;
- Educar y trabajar con hombres a través de su ciclo de vida para adaptarse a cambios en los roles de género y apoyar el empoderamiento de la mujer;

- Asegurar que la investigación y recopilación de datos que informan el desarrollo de políticas y toma de decisiones (censos, encuestas y estudios socioculturales) estén desagregados por sexo, diferenciados por género y establezcan relaciones con variables como edad, clase y etnia;
- Asegurar que la investigación y práctica en salud consideren plenamente las necesidades tanto de la mujer como del hombre de edad. Se requiere especialmente investigaciones sobre osteoporosis, cáncer cervical y de mama, incontinencia, VIH y depresión;
- Abordar, a través de políticas, práctica e investigación, la necesidad de un ingreso sustentable y seguridad social para la adulta mayor;
- Aumentar la colaboración entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y el sector privado a fin de permitir que las personas de edad participen y continúen integrados en la sociedad;
- Asegurar que la población en general reciba educación sobre los derechos de las personas de edad;
- Asegurar que los programas de población, tales como aquéllos apoyados por el FNUAP que incluyen análisis de tendencias demográficas y su relación con el desarrollo social y económico, sean sensibles a las diferencias de género que afectan la capacidad de la adulta mayor para participar y beneficiarse de los grandes avances alcanzados en el campo de población.

Bibliografía

- Arber, A. y Ginn, J. (1995), *Connecting Gender and Ageing: A Sociological Approach*. Open University Press: Buckingham.
- Brody, J. (1985), Lo que revela la investigación epidemiológica sobre las necesidades de salud del anciano. En OPS. *Hacia el Bienestar de los Ancianos*. P. 126. Pub. Cient. 492, Washington, D.C.
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1992), *América Latina: Población Económicamente Activa, 1970-2000*, Boletín Demográfico No. 49 (LC/DEDM:G:118), Santiago, Chile.
- (1996), *Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina: Contribución al Diseño de Políticas y Programas*. Santiago, Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1995), *Panorama Social de América Latina*. Santiago: Naciones Unidas.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1995), *La Mujeres de la Tercera Edad, Perspectivas y Necesidades*. Consejo Nacional de Población, México, D.F.
- (1999), *Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas*. Consejo Nacional de Población, México, D.F.
- 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>
- Eldemire, Denise (1997), *The Jamaican Elderly, a Socioeconomic Perspective and Policy Implications*. *Social and Economic Studies* 46:1.
- Kinsella, K. (1993), *Living Arrangements of the Elderly – A Cross National Data Comparison*. Documento presentado en la Conferencia sobre Envejecimiento de la Población, San Diego, California.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (1997), *Población 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>
- Population Council (1999), *Mensajes Sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Restrepo, H. and Rozental, M. (1994), *The Social Impact of Ageing Populations: Some Major Issues*. *Social Science Medicine* Vol. 39, No.9, pp. 1323-1338.

- UNIFEM (1995), The Human Cost of Women's Poverty: Perspectives from Latin America and the Caribbean.
- 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/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 the World Population 1998: New Generations. New York.
- Vivaldi, M.I. Matamala (1996), Mujeres Después de los 40: Una Perspectiva de Género. En Revista Mujer Salud, 4/96, 55-60.

La incidencia económica de las personas de edad en la sociedad

Wendell A. Samuel¹

Introducción

Las tendencias demográficas globales permiten suponer que se producirá un envejecimiento acelerado de la población mundial. Se prevé un crecimiento más rápido de la población en las economías maduras de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) a medida que el enorme número de personas nacidas en el período de posguerra vaya envejeciendo. Incluso en los países cuyas poblaciones son relativamente jóvenes se prevé una maduración más rápida que en los países desarrollados del mundo, pues el crecimiento económico acelerado se traduce en una declinación de las tasas de fecundidad. Por ejemplo, Suecia tardó 86 años en duplicar la proporción de personas de edad. En Francia, el tiempo transcurrido fue de 140 años y en el Reino Unido de 45 años. Según las estimaciones, este proceso llevará 34 años en China y 22 años en Venezuela. Además, en los países en desarrollo el envejecimiento de la población se producirá en un marco en que los niveles de ingreso per cápita serán mucho menores que el de los países desarrollados en las mismas circunstancias. El envejecimiento acelerado de la población induce a pensar que los países deberán elaborar planes con suficiente antelación y poner en práctica políticas para hacer frente a esta eventualidad.

¹ Director Superior del Departamento de Investigación e Información del Banco Central del Caribe Oriental (correo electrónico: eccbrei@caribsurf.com).

Afortunadamente, las poblaciones de la mayoría de los países del Caribe son relativamente jóvenes y por ende éstos tienen tiempo suficiente como para poner en marcha mecanismos y políticas que les permitan resolver los problemas relacionados con el aumento del número de personas de edad.²

La mayoría de los análisis recientes sobre la situación de los senescentes en la sociedad se centran en temas como la prestación de servicios sociales, las políticas dirigidas a proteger a los ancianos, el impacto sobre los regímenes jubilatorios públicos y privados y los desafíos que plantea el envejecimiento de la población para la sostenibilidad tributaria del Estado (véase por ejemplo, Banco Mundial, 1994 y Chand y Jaeger, 1996). Sin embargo, estos análisis sólo tienen en cuenta aspectos parciales del problema, ya que en ellos se hace caso omiso de las cuestiones relacionadas con la producción. Se presta muy poca atención a la contribución positiva que puede hacer la población de personas de edad al crecimiento económico y el desarrollo y a menudo se considera que los adultos mayores son más bien un problema que una parte de la solución.

La tesis central del presente documento es que los países del Caribe tienen poblaciones relativamente jóvenes pero que, hoy día, carecen de los medios necesarios para solucionar los problemas que plantea una población cuya proporción de personas de más de 60 años de edad es considerable. Así, estos países deberían aprovechar la tregua de que disponen para poner en marcha mecanismos y políticas que hagan frente a esta eventualidad. En tal sentido, en la sección 1 del presente documento se examina el marco teórico utilizado para analizar el proceso de envejecimiento. En la sección 2 se describen las características de la población de senescentes en algunos países del Caribe así como la situación actual y las tendencias observadas. En la sección 3 se examina que algunos temas relacionados con el envejecimiento de la población y sus repercusiones económicas. Éstas comprenden la migración, la pobreza, el financiamiento de la atención de los adultos mayores y el índice de dependencia. En la última sección se definen algunas medidas de políticas que surgen del examen anterior y se formulan algunas observaciones finales.

1. Marco teórico

El análisis del proceso de envejecimiento no se ha restringido en todos los casos a sus efectos sobre la carga tributaria y el gasto público en concepto de seguridad social. Para Keynes y otros autores de esa escuela, las consecuencias del envejecimiento de la población eran una reducción del potencial de crecimiento por conducto de una reducción de la demanda agregada y las decisiones concomitantes en materia de inversión (Messkoub, 1999). Para estos autores el crecimiento demográfico asegura un nivel de demanda adecuado que garantiza la rentabilidad y, en consecuencia, la formación de capital, lo que a su vez promueve el crecimiento económico. La disminución de la población tiene el efecto inverso. Además, si se produce una declinación de la economía, caerá la demanda de trabajo provocando una reducción de los ingresos del Estado. En cierto modo, la bibliografía moderna puede considerarse un retoño de esta tradición focalizada en el consumo.

La idea de que el envejecimiento de la población del mundo es una crisis en ciernes se basa en los efectos que tendría sobre el gasto mantener a una población de más edad y su formulación es relativamente reciente. El Banco Mundial (1994) y Chand y Jaeger (1996) son algunos de los difundidores más importantes de este punto de vista. En él, el marco de análisis es la hipótesis del ciclo de vida de Ando y Modigliani (1963). Mediante esta hipótesis se desarrolla una función del consumo y el ahorro derivada del comportamiento microeconómico de los sujetos individuales. Conforme a la hipótesis del ciclo de vida, las personas planifican el consumo y el ahorro a lo largo de su vida a fin de maximizar las utilidades. Por lo general, deciden destinar durante toda la vida

² La población de Barbados y Montserrat es relativamente mayor. En este último país, la distribución de edades se ha hecho aún más asimétrica como consecuencia del éxodo provocado por las erupciones volcánicas. Muchos de los adultos mayores han optado por permanecer en el país en lugar de emigrar y comenzar una nueva vida.

una proporción constante o ligeramente creciente de sus ingresos al consumo. En el ciclo de vida característico de una persona, los ingresos son bajos en sus primeros años, elevados en el apogeo de su vida laboral y bajos a partir de la jubilación. Para mantener un nivel de consumo constante, los hogares jóvenes obtienen créditos para lograr el nivel deseado y en el apogeo de su vida laboral, ahorran para pagar sus deudas y para la jubilación. Después de la jubilación, gastan sus ahorros para mantener el mismo nivel de consumo.

Si este análisis se aplica al concepto macroeconómico del envejecimiento, se deduce que, como el consumo de las personas de edad supera sus ingresos a medida que la población envejece, si no han adoptado las provisiones necesarias para la jubilación durante el período de auge de los ingresos, el Estado debería hacerse cargo de la diferencia. En consecuencia, se agravarían los problemas fiscales en los sistemas jubilatorios oficiales y el Estado tendría que acudir en su ayuda.

Los argumentos utilizados en la hipótesis del ciclo de vida son intuitivos y atractivos. Sin embargo, en ellos se aplica un marco microeconómico para los análisis y los pronósticos macroeconómicos sin tener en cuenta las dificultades metodológicas y empíricas y los problemas de agregación que puedan surgir (Messkoub, 1999). El análisis del incremento del índice de dependencia de las personas de edad se focaliza casi exclusivamente en el gasto y tiene escasamente en cuenta el papel que desempeñan los cambios en la producción y la inversión.

Desde un punto de vista empírico, la información disponible parece indicar que los datos de los Estados Unidos no confirman los pronósticos formulados mediante la hipótesis del ciclo de vida. Dazinger y otros (1982) determinaron que los adultos mayores no sólo no gastan sus ahorros para financiar el consumo después de la jubilación sino que ahorran mucho más que las personas jóvenes. En realidad, en determinados niveles de ingresos, los más ancianos son los que más ahorran. Esto puede deberse a la incertidumbre sobre su salud y su longevidad y la disminución del capital humano y financiero y al hecho de que en la actualidad tienen un nivel de ingresos mayor que sus pares y que pueden haber estado en esa situación durante toda la vida.

Paradójicamente, la misma hipótesis del ciclo de vida se utilizó para apoyar una política de reducción de la tasa de fecundidad, cuyo éxito tuvo, como efecto secundario, el problema del envejecimiento que hoy día debemos enfrentar. Al principio, la aplicación de la hipótesis del ciclo de vida a los países en desarrollo apuntaba a resolver el problema de las elevadas tasas de fecundidad. Se argüía que las tasas de fecundidad muy elevadas producirían coeficientes de dependencia muy altos, ya que los jóvenes no contribuyen a los ingresos del hogar. Las tasas de fecundidad elevadas tienen los mismos efectos que el envejecimiento, es decir, aumentan la proporción de personas que dependen de la población que trabaja y provocan un aumento del consumo agregado y una declinación del ahorro.

Un estudio transversal realizado en algunos países en desarrollo demostró que existe una fuerte correlación negativa entre los índices de dependencia y el nivel de ahorro (Leff, 1969). La conclusión en materia de políticas fue que los países en desarrollo debían aplicar políticas de control de la natalidad para reducir sus tasas de fecundidad. Leff también determinó que el índice de dependencia de las personas de edad tenía menos efecto negativo sobre el ahorro que el de los jóvenes y por lo tanto una disminución de la tasa de fecundidad produciría un aumento de la tasa de ahorro. En consecuencia, el envejecimiento de la población aumentaría la tasa de ahorro.

La interacción entre el crecimiento de la población y el ahorro es el resultado de dos efectos compensatorios. La reducción de la tasa de fecundidad provoca una caída del índice de dependencia que, a su vez, resulta en una declinación del consumo y, por lo tanto, en un aumento de la tasa de ahorro. En el plano macroeconómico, la disminución del índice de dependencia produce un aumento del número de hogares que se encuentran en la etapa de ahorro del ciclo de vida y, en consecuencia, un incremento del ahorro. Del mismo modo, los ahorros destinados a las herencias aumentarían, ya que la disminución de los índices de dependencia produce una liberación de recursos que pueden convertirse en ahorros. El efecto de la dependencia sobre el ahorro será mayor

si al mismo tiempo aumentan los ingresos (Mason, 1988). Por otra parte, una disminución de la tasa de fecundidad también reduce la tasa de crecimiento de la población y, en consecuencia, el número de personas que ingresan a la etapa de ahorro del ciclo de vida. En consecuencia, la tasa de ahorro se reduciría. Los resultados empíricos parecen indicar que predominan los efectos de la dependencia.

Los efectos de la dependencia sobre el ahorro siguen siendo objeto de controversia, ya que estudios posteriores realizados tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados no han confirmado las conclusiones de Leff. Cutler y otros (1990) han concluido que la preocupación de los efectos del envejecimiento sobre el ahorro es injustificada. Sostienen que las tendencias demográficas permiten pronosticar un aumento de la población de personas de edad pero también una reducción del número de jóvenes —de entre 0 y 14 años de edad— y un aumento de la participación de las personas en edad laboral. Este último grupo estaría en su etapa de máxima productividad (o próximo a ella). Concluyen que, dadas las necesidades de consumo y de inversión de los diversos grupos, sería improbable que el cambio demográfico deteriore los resultados económicos en los Estados Unidos. Además, la reducción de la tasa de fecundidad genera un "dividendo de fecundidad" que puede destinarse al gasto en las personas de edad.

Las proyecciones demográficas de los países del Caribe muestran un patrón similar. La proporción de personas de edad está creciendo más rápidamente que la de cualquier otro grupo de edad. La proporción de jóvenes está declinando y se prevé que la proporción de personas en edad laboral seguirá aumentando hasta 2050. La evolución del empleo y de la productividad y la eficacia con que estas economías "utilicen" el segmento más joven de las personas de edad determinarán si estos cambios incidirán en la carga que debe soportar la población en edad laboral.

2. Características de la población de personas de edad

En esta sección del documento se examinan la estructura y las características de la población de personas de edad de algunos países del Caribe a fin de determinar los parámetros y las tendencias demográficas de esa población con el objeto de definir las medidas de políticas que puede ser preciso adoptar.

El envejecimiento demográfico se define como un aumento de la proporción de personas de edad con respecto a la población total. Este concepto es distinto al del envejecimiento de una persona, que aumenta en función del tiempo. En términos cronológicos, la población puede envejecer o rejuvenecer según cómo varíen las proporciones de los diversos grupos de edad. Es preciso establecer una distinción precisa entre el envejecimiento biológico, que guarda una estrecha relación con la edad cronológica, y los conceptos sociales del envejecimiento, como la edad de la jubilación. La definición oficial de envejecimiento individual está vinculada con la edad habitual de la jubilación, que oscila entre los 55 y los 65 años de edad. Sin embargo, la jubilación oficial no es equivalente a un retiro (Hurd, 1990). El período durante el cual las personas pueden seguir trabajando normalmente, cumplir con su función social y seguir siendo productivas excede con mucho la edad de la jubilación. La edad funcional depende de las capacidades físicas y mentales, que están determinadas por factores genéticos y del entorno. Estos factores afectan a las personas de distinta manera y pueden ser una de las causas por las cuales la edad de la jubilación varía de un país a otro y de la carencia de un límite común para los senescentes. Los más habituales son los 60 y los 65 años de edad. Como los datos utilizados en el presente estudio provienen de distintas fuentes, fue necesario utilizar ambos límites a fin de trazar un panorama más completo.

La juventud de la población del Caribe se refleja en los índices de envejecimiento incluidos en el cuadro 1. El índice de envejecimiento es la relación entre el número de personas de 0 a 14 años y el número de personas de 65 o más años de edad. Este índice es relativamente elevado, aunque está disminuyendo en todo los países con excepción de Barbados y Montserrat. En Guyana,

el índice de envejecimiento disminuyó de 15.7 en el censo de 1960 a 8 en el de 1990-1991. En Belice, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago las variaciones son similares. En 1960, los índices correspondientes a Barbados y Montserrat eran de 6.3 y 5.2, respectivamente. Para el período 1990-1991, estos índices habían disminuido a 3.8 y 1.8, respectivamente.

Para la edad mediana, se observa un patrón inverso, ya que en Guyana aumentó de 15.7 años en 1960 a 20.8 en 1990-1991. Del mismo modo, en San Vicente y las Granadinas, la edad mediana aumentó de 14.4 años en 1960 a 19.6 en 1990-1991. En Barbados, este indicador aumentó de 20.8 en 1960 a 28.4 en 1990-1991. En la mayoría de los países del Caribe la edad mediana en 1991 estaba por debajo de la de Barbados y de las Antillas Neerlandesas en 1960.

En consecuencia, la mayoría de las poblaciones de los países del Caribe son relativamente jóvenes, con la posible excepción de las Antillas Neerlandesas, Barbados y Montserrat, que son ligeramente más maduras. Las personas de más edad —de 60 años y más— constituían el 6.4% de la población de Belice en 1980 y el 6.1% o en 1990. Los porcentajes correspondientes a los censos de Santa Lucía eran 8.2% y 8.8%, respectivamente, mientras que en San Vicente y las Granadinas fueron 8.3% y 8.9% en 1980 y 1991, respectivamente. En Barbados, el 14.4% y el 14.6% de la población pertenecía a ese grupo de edad en 1980 y en 1990, respectivamente.

Para que las personas de edad puedan llevar una vida saludable y satisfactoria, necesitan tener acceso a diversos servicios e interactuar socialmente. La situación de los adultos mayores en el Caribe puede analizarse con respecto a los factores siguientes: la salud y la alimentación, la vivienda, las relaciones sociales y la percepción que pueden tener de las políticas que los afectan. Es muy difícil obtener información certera sobre la situación de los senescentes en el Caribe y, posiblemente, esto sea un síntoma de la falta de planificación de políticas coherentes sobre este tema. Los resultados de una encuesta reciente sobre las personas de edad en Santa Lucía son un reflejo de su situación. En el censo de 1990-1991 realizado en los países caribeños del Commonwealth (Secretaría de la CARICOM, 1995) se observó un patrón similar.

Salud y alimentación

El estado de salud de la mayoría de las personas de edad del Caribe puede considerarse regular o malo. En la encuesta realizada en Santa Lucía, sólo la tercera parte de los encuestados consideró que su salud era buena, mientras que el 45% y el 28%, respectivamente, la consideraron regular o mala. Los desembolsos en concepto de servicios de salud recaen principalmente en las propias personas de edad, ya que el 58% de los encuestados informó que pagaba la atención médica de su propio peculio. El 34% de los encuestados dijo que sus hijos se hacían cargo de sus gastos de atención médica, mientras que el 9% informó que estos gastos estaban a cargo de otros familiares. El 43% de los encuestados dijo que estaba tomando medicamentos para tratar diversas afecciones y las más frecuentes eran la sordera (58%), la hipertensión (13%) y la diabetes (8%).

Los exámenes médicos son poco frecuentes. El 60% de los encuestados informó que hacía entre uno y tres años que no se habían sometido a estos exámenes. La mayor parte de los exámenes se llevaba a cabo en centros de atención de salud comunitarios, dispensarios (37%) y hospitales (26%).

Con respecto a la situación alimentaria de las personas de edad, el 74% de los encuestados ingería tres comidas diarias, mientras que el 21% sólo ingería dos. El 42% de los encuestados habitualmente preparaba sus propias comidas mientras que el 16% sólo lo hacía ocasionalmente. Las frutas y las hortalizas no constituían un componente importante de su alimentación y se determinó que formaban parte de la dieta sólo en el 4% de los almuerzos. Parece que la mayoría de las personas de edad no ingiere habitualmente una alimentación equilibrada.

Vivienda

Si bien la mayoría de las personas de edad (85%) reside en viviendas de un solo ambiente (de las que son propietarios), la situación con respecto a la tenencia de la tierra en la que están ubicadas las viviendas no es tan favorable. Sólo el 29% de los integrantes de la muestra tenían el derecho de propiedad absoluto sobre ella. La calidad de las viviendas se refleja en las cifras siguientes: el 17% no tenía acceso a electricidad, el 13% utilizaba grifos instalados en la calle, el 9% no poseía radios, el 23% no tenía televisión y el 6% carecía de excusado.

El hecho de que la mitad de los encuestados viviera solo o con su cónyuge o pareja es índice de la desarticulación de los clanes familiares. Sólo el 45% de los encuestados vive en hogares integrados por 3 a 7 personas y el 3% de las personas de edad habita en casas con personas que no son familiares. Según la encuesta, la mayoría de las personas de edad vive sin su cónyuge, pues aproximadamente el 23% de los integrantes de la muestra corresponde a personas solteras o que nunca se habían casado y el 33% a viudos. El 62% de los encuestados vivía sin su cónyuge, y de este grupo, el 6% estaba divorciado o separado legalmente. Aproximadamente el 80% de los encuestados tenía hijos y el 75% de aquellos respondió que sus hijos aún vivían.

La mayoría de las personas de edad (72%) consideran que las autoridades no están haciendo lo suficiente para ellos y que los jóvenes recibían un trato mejor (33%). Esta situación se traduce en una sensación de marginación. La carencia de convenciones internacionales sobre las personas de edad refuerza esta opinión.

Consultados sobre las medidas que deberían adoptarse, las respuestas fueron las siguientes: asistencia pecuniaria (21%); atención de salud gratuita (14%); servicios sociales comunitarios (20%); y asistencia de la familia (16%). Estas cifras confirman la necesidad de establecer mecanismos combinados de apoyo oficial y no oficial.

3. Migración

Como resultado de las corrientes migratorias de los países del Caribe durante los años sesenta, setenta y en menor medida durante los años ochenta, se han originado comunidades de personas de ese origen que viven en países extranjeros y que, en algún momento, pasarán a ser personas de edad. Se estima que durante el período comprendido entre 1960 y 1999, aproximadamente el 16% de la población de 1990 de los países del Caribe emigró a otros países (Guengant, 1993). Las migraciones contribuyen al envejecimiento de la población de dos maneras. La primera deriva del hecho que la mayoría de los emigrantes pertenecen al grupo de edad de 25 a 39 años. La emigración en gran escala de estas cohortes de edad reduce la proporción de personas que se encuentran en el período de máxima productividad en relación con los grupos de edad más jóvenes y más viejos. El efecto neto sería un envejecimiento de la población en su conjunto.

La segunda es el resultado de que algunos trabajadores migrantes podrían decidir regresar a su país después de jubilarse incrementando el número de residentes de edad. La Secretaría de la CARICOM (1995) ha informado de que los datos que posee confirman este fenómeno. En algún momento, algunos emigrantes podrían optar por ejercer su derecho de residencia en el país que siguen considerando como su tierra natal. Para estas economías, el regreso de este grupo de personas de edad puede ser a la vez una ventaja y un problema. La ventaja radica en el aprovechamiento del capital humano y financiero que ellos representan. Sin embargo, si una proporción importante de estos emigrantes de edad decidiera ejercer ese derecho, los países podrían encontrarse en aprietos para proporcionarles los servicios sociales necesarios para mantener su nivel de vida.

Contribución de los emigrantes de edad que regresan al país

Siempre se ha considerado que la diáspora caribeña es una fuente potencial de financiación para el desarrollo de muchos países de la región. En el Informe de la Comisión de las Indias Occidentales (1992) se definen varias maneras en que los migrantes del Caribe que viven en el extranjero podrían contribuir al desarrollo de su tierra natal; nunca se ha elaborado una política coherente dirigida a aprovechar las posibilidades que ofrecen los trabajadores migrantes. Sin embargo, en los últimos años varios países han comenzado a alentar activamente el regreso de estos trabajadores jubilados. Por ejemplo, Granada ofrece a los emigrantes que regresan una exención del 50% sobre los derechos de importación de los efectos personales y de un automóvil por familia, a condición de que estos elementos acompañen a las personas que regresan o se importen en un plazo razonable anterior o posterior a su regreso. Los beneficios de una política de este tipo comprenden un flujo de recursos financieros vinculados con las jubilaciones de los migrantes y de transferencias realizadas por ellos; un aumento de la inversión si deciden traer con ellos una parte o la totalidad de sus ahorros acumulados; la repatriación del capital humano, que podría significar una transferencia de conocimientos y capacidades útiles; y un aporte al conjunto de actividades empresariales, pues muchos de los emigrantes que regresan pueden haber participado en actividades comerciales en sus países de adopción.

La magnitud de la emigración de los países del Caribe puede dar una idea de la cantidad de emigrantes que podrían volver a sus países de origen. Guengant (1993) estimó que la emigración neta de la región del Caribe ascendió a 5.6 millones de personas durante el período comprendido entre 1950 y 1990. Esta cifra representa el 16% de la población de la región en 1990 o el 32% de la población de 1950. De esta cifra total, 1.4 millones de personas emigraron en el decenio de 1980, un número ligeramente inferior a la pérdida neta de población de 1.7 millones registrada en los años setenta. Así, en los años cincuenta, sesenta y setenta emigraron casi 4 millones de personas que hoy día pueden estar jubilados o en vísperas de jubilarse.

Como era de suponer, la mayor pérdida absoluta de población se produjo en los países con más habitantes. Haití y Jamaica encabezan la lista, con una pérdida de población registrada de aproximadamente un millón de personas cada uno. Otros países que se registraron una emigración significativa fueron Puerto Rico (alrededor de 800 000 personas), Cuba y la República Dominicana (700 000 personas cada uno) y Guyana y Trinidad y Tobago (300 000 personas cada uno). Sin embargo, en algunos de los países más pequeños del Caribe las tasas de pérdida de población fueron las más elevadas. Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y la Granadinas y Saint Kitts y Nevis tuvieron pérdidas netas por emigración equivalentes a más del 80% de su población en 1950. Para los países de la CARICOM, considerados como grupo y con exclusión de las Bahamas, la tasa ponderada de pérdida por emigración fue del 62% de su población de 1950, lo que supera ampliamente el promedio de 32% correspondiente a la región del Gran Caribe en su conjunto.

Los principales países receptores de emigrantes del Caribe son el Canadá y los Estados Unidos. Los países de Europa también reciben número importante de emigrantes del mismo origen. Los dos primeros países recibieron 2.7 millones de inmigrantes legales de los países de la región. Esta cifra no incluye a los emigrantes de Puerto Rico que se han trasladado a los Estados Unidos y cuyo número es cercano a 800 000.

El primer beneficio que reporta a la economía el regreso de los emigrantes es una mejora de la balanza de pagos, resultante del ingreso de transferencias realizadas por éstos. Estas transferencias son de carácter financiero o en especie. Las transferencias financieras consisten en los fondos que traen los emigrantes cuando se vuelven a instalar en el país. Éstas pueden ser importantes si el trabajador migrante recibió una suma fija en concepto de jubilación, dinero que utilizado puede ser para adquirir bienes como tierras o casas en su nuevo país de residencia. Las

transferencias en especie comprenden mobiliario, automóviles y otros bienes de consumo durables que el trabajador migrante traerá consigo a su regreso.

Si se analiza el haber de las transferencias de los migrantes en la balanza de pagos, puede realizarse una estimación de la magnitud de estos flujos. Actualmente, éstos son insignificantes y representan menos del 1% del PIB y el 3% de las exportaciones de la mayoría los países. Sin embargo, la aplicación de una política que aliente el regreso de los trabajadores emigrantes jubilados podría aumentar estos flujos.

Otro elemento de los flujos financieros es el vinculado con los pagos por concepto de seguridad social y de pensiones que los trabajadores jubilados reciben del país donde trabajaron. Algunos países del Caribe poseen acuerdos bien arraigados en materia de seguridad social con Canadá y el Reino Unido para el pago de la seguridad social a los jubilados. Otros flujos financieros permanentes podrían ser los ingresos derivados de las inversiones realizadas en los países anfitriones. Así, si los trabajadores hubieran acumulado ahorros en esos países o recibido una suma fija al jubilarse, y optaran por invertir esos fondos en los países receptores en lugar de traerlos a su país de origen, el trabajador jubilado recibirá un flujo de ingresos en concepto del pago de intereses, utilidades o dividendos según las características de la inversión. Estos flujos no se reflejan específicamente en la balanza de pagos, pero son parte de los pagos respectivos en concepto de servicios.

Si la teoría del ciclo de vida del consumo se aplica individualmente a los trabajadores migrantes que, por lo general, emigran a la edad de máxima productividad, cabe suponer que habrán acumulado ahorros importantes para la jubilación. En la medida en que traigan esos ahorros consigo al regresar, darán un gran impulso a la inversión en su país de origen. Tales inversiones pueden adoptar diversas formas. En primer lugar, las inversiones en concepto de vivienda; en la medida en que el trabajador migrante no haya repatriado ahorros mientras trabajaba en el extranjero a fin, por ejemplo, de construir una vivienda, tendrá que realizar inversiones en este rubro. En segundo lugar, las inversiones en valores; los valores financieros en que pueden invertir los residentes de estos países son escasos, a menos que se trate de los países más avanzados de la región y, en consecuencia, estas inversiones pueden verse limitadas por la falta de posibilidades. En tercer lugar, pueden invertir en sus propios negocios. Muchos trabajadores migrantes jubilados lo han hecho porque han adquirido conocimientos técnicos y comerciales importantes que les permiten iniciar sus propias actividades comerciales.

En muchos países del Caribe, la capacidad empresarial es escasa. Estos países deploran la falta de capacidad del sector privado para desempeñar un papel más importante, coherente con el nuevo entorno económico internacional. Esta situación ha impulsado a algunos países del Caribe a tratar de importar capacidad empresarial implementando programas de "ciudadanía económica". Muchos jubilados tienen esas capacidades y han utilizado sus conocimientos técnicos para crear empresas y producir bienes no transables y servicios. Si bien la producción de bienes no transables y de servicios genera ingresos y empleo, la contribución de los emigrantes que regresan podría ser más importante si utilizaran sus contactos en los países donde han trabajado para desarrollar la exportación de bienes y servicios.

La transferencia de conocimientos es un beneficio conexo. Así, aunque los trabajadores jubilados no deseen participar en actividades comerciales pueden transmitir conocimientos valiosos que pudieran haber adquirido en el país anfitrión. Éstos podrían consistir en conocimientos técnicos y experiencia comercial.

También se considera que los emigrantes que regresan pueden incidir positivamente en la disciplina del trabajo. Muchos caribeños que trabajan en el exterior modifican su actitud con respecto al trabajo (a veces tienen más de un empleo a fin de mejorar su situación). Al regresar, aunque estén cerca de la edad de la jubilación, conservan la disciplina del trabajo adquirida.

La desventaja radica en que la aplicación de una política activa que aliente el regreso de los nacionales jubilados tiene varios riesgos. Surgen los problemas omnipresentes de la selección negativa y el riesgo moral. Es posible que las personas que decidan regresar no hayan adoptado las provisiones necesarias para su jubilación y en consecuencia se conviertan en una carga adicional para el Estado, que deberá proporcionar ingresos jubilatorios y atención médica a personas que son nacionales del país. Tal decisión sería una elección racional si esos jubilados consideran que el Estado se hará cargo de ellos y prefieren vivir en la pobreza en un clima tropical que en las mismas condiciones en las zonas templadas. Por otra parte, las personas más productivas pueden considerar que se encuentran muy bien en su país de adopción y decidan quedarse allí. El problema del riesgo moral se plantea si los jubilados que regresan despilfarran sus ahorros pensando que el Estado se hará cargo de ellos cuando sean más ancianos.

Muchos de los emigrantes que regresan están acostumbrados a recibir servicios de alta calidad en sus países de adopción y esperan recibir los mismos servicios a su regreso. Si éstos no están disponibles, se podría generar en las personas de edad un sentimiento de frustración y de depresión. Además, por haber emigrado muchos años atrás, no tendrán muchos amigos y carecerán de una red de apoyo en la sociedad e incluso pueden sentirse rechazados. Para muchos, resulta necesario crear asociaciones de emigrantes que regresan a fin de apoyarse mutuamente en una sociedad en la que son poco menos que extraños.

Otra esfera de preocupación es que aún los jubilados más activos y productivos algún día podrían necesitar atención y en consecuencia los países deberían prever la carga adicional que eso implica. Esto se debe al hecho de que la política mencionada llevaría a un envejecimiento de la población superior al previsto según las tendencias demográficas actuales.

4. Pobreza

Por lo general, se considera que las personas de edad constituyen uno de los grupos vulnerables a la pobreza. La medición de esta condición es uno de los problemas no resueltos en la investigación social, ya se trata de un concepto multidimensional. Se considera que una persona o un hogar son pobres si carecen de recursos para satisfacer sus necesidades básicas (Fields, 1994). Una primera aproximación a la medición de la pobreza puede hacerse estableciendo una cifra que defina la línea de pobreza. Aunque esta aproximación se ajuste en función de la inflación, los valores imputables a los bienes y servicios producidos por el hogar, el tiempo transcurrido, la ubicación geográfica, etc., la medición seguirá siendo limitada. El carácter de la pobreza puede determinar su gravedad. Por ejemplo, en ciertos casos la pobreza puede ser temporal y variar a lo largo del ciclo de vida, como ocurre con los jóvenes que ingresan al mercado de trabajo y los jubilados. Ese tipo de pobreza suele ser menos grave que la pobreza permanente (Streteen, 1994). La pobreza también debe ser relativa y las líneas de pobreza pueden variar según la cultura, el clima y el entorno socioeconómico. Según la línea de pobreza establecida oficialmente en los Estados Unidos, aproximadamente el 15% de su población es pobre, pero este grupo vive mejor que la mayoría de la población de África al Sur del Sahara.

Las evaluaciones detalladas de la pobreza en los países del Caribe son escasas. Sin embargo, últimamente se han realizado estudios de pobreza en algunos de ellos.³ Si se tienen en cuenta las limitaciones mencionadas, un examen de los estudios recientes sobre la pobreza en los países del Caribe parece indicar que los porcentajes de personas de edad que integran el quintil inferior son mayores que los porcentajes de la población total que integra el mismo quintil. De la misma manera, el porcentaje de personas de edad que integran el quintil superior es mucho mayor que su proporción en el conjunto de la población. Por ejemplo, en Santa Lucía la población de personas de

³ Kari Consultants ha realizado una serie de estudios de pobreza en Belice, Santa Lucía y San Vicente y la Granadinas.

edad —de 65 o más años de edad— constituye alrededor del 6% de la población total, el 15.4% de la población ubicada en el quintil inferior y el 23.7% de la población del quintil superior. Del mismo modo, en San Vicente y las Granadinas, los porcentajes fueron del 7.0% y 11.7% en el quintil inferior y superior, respectivamente, mientras que en relación con el conjunto de la población la proporción fue del 6%. En muchos distritos de Belice se observó un patrón similar.

Estas estadísticas aparentemente contradictorias parecen indicar que las personas de edad son muy vulnerables a la pobreza, ya sea porque no adoptaron las provisiones necesarias para su jubilación o porque siempre han vivido en la pobreza. Al mismo tiempo, en este grupo de edad siempre habrá un número desproporcionado de personas con niveles de ingresos relativamente más elevados, porque la esperanza de vida de las personas más adineradas es mayor, ya que pueden acceder más fácilmente a la atención de salud, se alimentan mejor y viven en un entorno más propicio. Cuando se formulan políticas dirigidas a intensificar la contribución de las personas de edad a la sociedad es preciso tener en cuenta lo que acabamos de señalar.

Pueden existir diferencias de género importantes en la población de más de 60 años de edad. En la mayoría de los países, las mujeres son más longevas que los hombres. La diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y de los hombres a los 15 años de edad es de 8 años en los Estados Unidos, de 7 años en Canadá y de 6 años en Alemania y Bélgica. Los datos correspondientes a la región del Caribe confirman este hecho: la esperanza de vida al nacer en Granada es de 67 años para los hombres y 72 años para las mujeres y en Dominica las cifras son de 64.1 y 74.1, respectivamente.

Además de la mayor longevidad de la mujer, la probabilidad de que las mujeres de edad sean más pobres que los hombres de mismo grupo es más alta debido a factores culturales y a las diferencias de ingresos. La mayoría de las mujeres se casan con hombres mayores que ellas y no es frecuente que vuelvan a casarse después de un divorcio. En la mayoría de los países del Caribe, el número de hogares encabezados por una mujer es mayor que el número de hogares cuyo jefe es un hombre. En consecuencia, la proporción de mujeres de edad que viven solas supera ampliamente a la de los hombres en esa condición, ya sea por que son viudas, divorciadas o porque nunca se han casado.

La responsabilidad de criar a los niños también significa que la participación de la mujer en la fuerza de trabajo suele ser más breve y más irregular. Esta situación restringe su capacidad de ahorro y sus derechos con respecto a los regímenes públicos o privados de jubilación. Otra desventaja es que en los países del Caribe los derechos de propiedad de las mujeres son más limitados. Aún hoy, una parte importante de las herencias se otorga al primogénito varón de la familia. La pobreza es un problema muy concreto para las mujeres a medida que envejecen. Como éstas constituyen la mayor proporción de las personas de edad pobres, las políticas que se apliquen para abordar el problema de la pobreza tendrán que focalizarse en las mujeres de edad, ya que constituyen un grupo extremadamente vulnerable.

5. Asistencia a las personas de edad

La asistencia a las personas de edad exige una transferencia de recursos a lo largo del tiempo. Una alternativa es que las personas que trabajan realicen aportes para las personas de edad a través de sistemas convencionales o no convencionales, con la esperanza de que las generaciones futuras harán lo propio por ellas. Otra alternativa, que parece la más aceptada en la bibliografía actual, es que las personas empleadas utilicen sus propios recursos para ahorrar para el futuro. Cada una de estas alternativas tiene sus limitaciones y, como se expone en el resto de esta sección, existen argumentos sólidos en favor de una complementación de ambas.

Seguridad social

Los sistemas de seguridad social de los países caribeños del Commonwealth son muy similares, pues la Organización Internacional del Trabajo (OIT) participó en su creación en calidad de organismo asesor. Desde el punto de vista financiero, todos los sistemas se financian a través de aportes de empleados y empleadores. Estas cargas oscilan entre el 5% en Jamaica y el 12% en Guyana (véase el cuadro 3). Si se excluye a Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago, la contribución total de empleadores y empleados oscila entre el 8% y el 10%, aunque existe una pequeña categoría de trabajadores de Barbados que aportan alrededor del 12%.

En términos relativos, la mayoría de los regímenes de seguridad social son relativamente recientes y no han tenido todavía que enfrentar toda la gama de obligaciones jubilatorias. Por este motivo, la mayoría de los sistemas ha acumulado un monto sustancial de fondos de inversión. Es esencial que estos fondos se inviertan con prudencia para que los sistemas puedan cumplir con sus obligaciones en los plazos de vencimiento.

La debilidad de los sistemas financieros internos impone limitaciones importantes a la cartera de inversiones de los sistemas de seguridad social. Este fenómeno se agrava por las normas vigentes en la mayoría de los países, que limitan las inversiones en activos extranjeros. Sólo Barbados, Guyana, Montserrat, Saint Kitts y Nevis y Trinidad y Tabago permiten las inversiones en otros países. Sin embargo, en estos países, la mayoría de los comités de inversión han limitado sus inversiones a la economía interna y sólo invierten en el exterior una proporción mínima de los fondos. Por ejemplo, en Guyana se ha invertido solamente el 0.02% en activos externos mientras que en los sistemas de Montserrat y de Saint Kitts y Nevis la proporción ha sido de 3.8% y 2.1%, respectivamente (La Foucade, 1995). Es necesario que una parte de las inversiones se realicen en el exterior con el objeto de diversificar geográficamente las carteras del sistema y mitigar así los riesgos. Las inversiones en países cuyos ciclos económicos no están correlacionados contribuirían a reducir los riesgos.

Si analizamos las ventajas también encontraremos cierto grado de similitud. Considerando en primer lugar el conjunto de prestaciones a largo plazo que ofrecen los sistemas de seguridad social —es decir, prestaciones jubilatorias, de invalidez y de supervivencia—, la edad de jubilación, el número de aportes habilitantes y las prestaciones máximas son muy similares, excepto en Jamaica. Las diferencias resultan de las prácticas administrativas, algunas de las cuales son anticuadas o necesitan ser revisadas, como señala La Foucade (1995). También se observa una similitud en las disposiciones con respecto a las prestaciones de supervivencia. Existen algunas diferencias con respecto a las disposiciones en materia de invalidez, ya que se trató de incorporar las prácticas preexistentes a los nuevos sistemas de seguridad social.

Con respecto a las prestaciones a corto plazo, que comprenden las prestaciones por desempleo, enfermedad, maternidad, etc., sólo Barbados proporciona prestaciones por desempleo y sólo Jamaica no proporciona prestaciones por enfermedad. La mayoría de las prestaciones a corto plazo no constituyen una proporción importante de los gastos de los sistemas de seguridad social en el Commonwealth del Caribe y es poco probable que esta situación se modifique como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población.

A la larga, las prestaciones a largo plazo de los sistemas de seguridad social enfrentan los mismos desafíos que otras instituciones similares del mundo. Sin embargo, tienen una ventaja. En su mayoría, son sistemas relativamente nuevos y, en consecuencia, no deberán hacer frente a la mayoría de las obligaciones jubilatorias hasta dentro de dos o tres decenios, es decir cuando comiencen a jubilar los miembros actuales del sistema. Si no se realizan modificaciones que tengan en cuenta el envejecimiento acelerado de la población, los sistemas pueden enfrentar dificultades financieras. Sin embargo, hay tiempo suficiente para efectuar los ajustes necesarios. La Foucade

(1995) señaló que el carácter político de tales cambios ha impedido modificar rápidamente los parámetros de los sistemas.

Hay dos enfoques básicos para la reforma del sistema de seguridad social (Chand y Jaeger, 1996). El primero es una reforma en la que se intenta modificar los parámetros del sistema de reparto (prestaciones definidas). El otro es un enfoque de reforma sistémico, que propone la implementación de un sistema de financiación parcial o total con fondos propios (aportes definidos). Para llevar a cabo una reforma de los parámetros, la primera alternativa es incrementar los ingresos. Esto puede lograrse aumentando el umbral de ingresos asegurables y las tasas de aporte. Sin embargo, si el nivel de desequilibrio financiero es muy alto estas medidas pueden resultar insuficientes. Quizás sea necesario introducir modificaciones que reduzcan el gasto en materia de prestaciones, con las dificultades políticas que ello implica. Estas modificaciones significan la adopción de medidas legislativas como el aumento de la edad de la jubilación, la modificación de los mecanismos para determinar las prestaciones iniciales de los nuevos jubilados o las prestaciones de los jubilados existentes mediante un sistema de indización. El método de cálculo de las prestaciones para los nuevos jubilados puede modificarse de varias maneras. Entre ellas cabe mencionar: la ampliación del período de percepción de ingresos del trabajador utilizado para determinar los ingresos gravados y, a partir de ellos, el monto de la pensión inicial; la conversión parcial y no total de los ingresos históricos netos en brutos para calcular los ingresos gravados y, a partir de ellos, los niveles iniciales de las pensiones; reducir la tasa de acumulación; imponer una tasa de sustitución o disminuirla si ya existe (Chand y Jaeger, 1996).

Las reformas sistémicas adoptadas por Chile y otros países de América Latina se han convertido en modelos para estas reformas. Mediante ellas se procura trasladar la responsabilidad de las jubilaciones al sector privado mediante sistemas privatizados de capitalización. Entre las ventajas de los sistemas de aportes definidos cabe mencionar la reducción de la carga fiscal del Estado y de los pasivos contingentes; un ahorro neto adicional de la sociedad, resultante de la acumulación de reservas y mejores tasas de rentabilidad para los sistemas administrados por el sector privado. Ninguna de estas presuntas ventajas está libre de controversias y éstas sólo pueden zanjarse recurriendo a un análisis empírico. Kotlikoff (1995), utilizando un modelo dinámico estilizado de la hipótesis del ciclo de vida comprobó que la magnitud y el signo de los beneficios en materia de bienestar social derivados de la transición a un sistema privatizado de jubilaciones son muy sensibles a la estructura de contribuciones existente, al vínculo entre las prestaciones y las contribuciones en el marco del sistema vigente y a la financiación de los costos de transición.

En el Caribe, las reformas sistémicas se incorporarían a los pocos sistemas de jubilaciones privadas que existen actualmente para las grandes empresas. La información disponible sobre los sistemas de jubilación privados en el Caribe es escasa y, por lo tanto, no se hará un examen exhaustivo.

La limitación más importante de ambos enfoques de la reforma es que consideran las predicciones del modelo de la hipótesis del ciclo de vida como dato real y, en consecuencia, se centran totalmente en la contención del gasto con respecto a las cohortes de más edad. En el enfoque paramétrico esto se logra restringiendo las prestaciones de los que ya están jubilados mientras que en el enfoque sistémico se llega al mismo resultado condicionando las prestaciones a los aportes. No se buscan alternativas desde el punto de vista de la producción. Éstas podrían derivarse de los incrementos de la productividad, de la creación de empleos y del aumento de la tasa de participación en la fuerza de trabajo del grupo de los senescentes más jóvenes.

Sistemas de apoyo no convencionales

Los sistemas de apoyo no convencionales adoptan formas muy diversas. La más tradicional es el apoyo que brinda el círculo familiar ampliado, que se hace cargo de los seguros, la redistribución, el ahorro y la inversión destinada a los niños, la tierra y la vivienda para toda la

familia. Este mecanismo tiene su propio sistema de transferencia entre generaciones, de distribución de riesgos y de diversificación. Aunque es totalmente voluntario, se ve reforzado por las presiones que ejerce la sociedad.

Cada vez hay más indicios de que la modernización y urbanización de la sociedad, la emigración y la enseñanza laica está provocando la desintegración de la familia extendida adicional.

Otra forma de apoyo es el que proporcionan los sistemas comunitarios de asistencia administrados por las organizaciones no gubernamentales, los que pueden brindar servicios de apoyo con mayor eficacia —desde el punto de vista de los costos— que los programas convencionales, pues tienen sus raíces en la comunidad, se adaptan mejor a las condiciones locales y dependen en gran medida de las actividades voluntarias.

Los sistemas no convencionales tienen varias ventajas con respecto a los convencionales. En primer lugar, pueden distribuir los riesgos en forma más eficaz que los sistemas convencionales, en razón de la heterogeneidad generacional de la familia o de los distintos grupos que integran la aldea. Al mismo tiempo, pueden evitar los costos de información y las asimetrías de los sistemas convencionales (Banco Mundial, 1994). Por ejemplo, los miembros de las familias pueden evaluar mejor las deficiencias funcionales y las necesidades que si éstas se evalúan sólo sobre la base de la edad cronológica.

En segundo lugar, los sistemas no convencionales tienen una ventaja sobre los regímenes voluntarios de seguro basados en el mercado porque en aquellos se puede evaluar mejor los principales riesgos de la ancianidad —el riesgo de volverse improductivo por motivos de salud y el riesgo de vivir muchos años y necesitar ayuda para satisfacer las necesidades de consumo. En estas circunstancias, los sistemas basados en el mercado son ineficaces en razón de la selección negativa y del riesgo moral. En los sistemas voluntarios, la selección negativa se produce porque las personas que creen que sus riesgos son menores se retirarán del sistema y, en consecuencia, se producirá un aumento de costos para las personas con un nivel de riesgo más elevado. Este aumento impulsará a retirarse a otras personas que están en el límite, generando un nuevo aumento. Asimismo, es posible que las personas aseguradas no se cuiden adecuadamente de los traumatismos que puedan provocar discapacidad, o que simulen alguna discapacidad, generando una situación de riesgo moral. Los sistemas no convencionales son distintos, ya que el retiro es más difícil y, como los riesgos se distribuyen, están en mejores condiciones para ajustarse a circunstancias imprevistas. También pueden utilizarse las estrategias de migración para diversificar los riesgos cuando hay miembros de la familia que viven en lugares donde las variaciones de ingresos no están vinculadas entre sí.

En tercer lugar, los sistemas no convencionales permiten reducir los costos en concepto de asistencia, ya las personas de edad pueden realizar tareas en el hogar, como cuidar a los niños y otras tareas domésticas. Además, aún cuando los ancianos estén discapacitados, las actividades necesarias para atenderlos pueden realizarse conjuntamente con otras tareas del hogar, reduciendo de este modo los costos de oportunidad.

Sin embargo, los sistemas no convencionales suponen varios riesgos. Por ejemplo, las inversiones destinadas a los niños y su rendimiento puede ser muy bajo; las transferencias de ingresos pueden ser insuficientes; los niños que emigran pueden sentirse menos afectados por las presiones sociales, etc. En tales circunstancias, los sistemas convencionales tendrían que cubrir la brecha.

El crecimiento de los sistemas convencionales ha acelerado la desaparición de los sistemas no convencionales. Se ha reducido el papel de la familia extendida y la asistencia se presta mediante las transferencias de ingresos de los hijos a los padres, ya sea a través entregas directas dinero o el pago de los gastos médicos y la atención de enfermería. La magnitud del desplazamiento del sistema no convencional depende de los factores que motivan las transferencias no convencionales.

Si las motivaciones son altruistas e interviene el gobierno, desaparece la necesidad de esas transferencias. En cambio, si la transferencia se produce a cambio de asistencia para cuando los jóvenes se conviertan en persona de edad, el sistema público no necesitará desplazar los sistemas de transferencias no convencionales, porque espera que en el futuro éstos seguirán funcionando.

Así, los programas convencionales deberán diseñarse a fin de incorporar la asistencia no convencional. Por ejemplo, el suministro de atención médica (en Hong Kong y Tailandia) o de vivienda (en Australia) alentaría la asistencia no convencional para satisfacer otras necesidades. Pueden otorgarse exenciones tributarias a las personas que proporcionan asistencia a sus padres o a otras personas de edad.

6. Índices de dependencia de las personas de edad

Los índices de dependencia desempeñan un papel fundamental en el análisis de la crisis de envejecimiento. Falkingham (1992) sostiene que los efectos sobre el gasto público de una población que envejece surgen de conceptos de dependencia definidos en términos demográficos y es posible que éstos no se produzcan si se modifican los patrones de participación en la fuerza de trabajo y los niveles de desempleo. Messkoub (1999) también sostiene que los aumentos de productividad pueden reducir la carga sobre la población empleada aún si se registra un aumento de los índices de dependencia.

El índice de dependencia mide el porcentaje de la población de 0 a 14 años y de 60 o 65 años o más con respecto a la población de 15 a 59 o 64 años de edad. Esta es una representación del porcentaje de la población que no es económicamente activa con respecto a la población que sí lo es. Falkingham (1992) demuestra que ésta quizá no sea la medida más exacta y puede diferir significativamente de la medida real cuando el nivel de desempleo es elevado o existe una participación importante de las personas de más de 60 o 65 años de edad en la fuerza de trabajo. El problema se complica aún más si la tasa de participación en la fuerza de trabajo de la mujer es baja. Así, si pudiera aumentarse la tasa de participación de las mujeres de edad, quizás puedan evitarse las graves consecuencias del envejecimiento.

En el cuadro 2 se indica la evolución del índice de dependencia de las personas de edad en algunos países del Caribe, conforme a los datos de los cuatro censos realizados entre 1960 y 1990-1991. Si estas tendencias se extrapolan a los años 2025 y 2050, la situación es aún más sombría (Secretaría de la CARICOM, 1995). En Barbados y Montserrat, los índices de dependencia son relativamente más altos que en otros países del Caribe. De los demás, Saint Kitts y Nevis es el único cuyos índices de dependencia superan el 15%. El índice de dependencia de Barbados aumentó del 10.7% en 1960 al 18.8% en 1990-1991. En Montserrat y Saint Kitts y Nevis aumentaron del 16.0% y el 10.2%, respectivamente, en 1960, al 23.3 % y al 17.8%, respectivamente, en 1990-1991. En cambio, en el período de 30 años examinado, los índices de Belice y Guyana aumentaron para luego declinar al nivel inicial. En la mayoría de los demás países los aumentos fueron sumamente graduales.

Estos aumentos pueden parecer bastante sobrecogedores, pero quizás no transmitan una idea acabada de la situación. La Secretaría de la CARICOM (1995) observa que la tasa de participación en la fuerza de trabajo del grupo de edad de entre 60 y 64 años es aproximadamente 33% en el Commonwealth del Caribe, hecho que tiende a reducir el coeficiente de dependencia. Por otra parte, si los niveles de desempleo son elevados y la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo es baja, aumentaría el índice de dependencia económica.

Habitualmente, los análisis sobre la situación de las personas de edad en la sociedad suelen ser unidimensionales y se limitan a la necesidad de brindar servicios sociales. No se suele prestar demasiada atención a las contribuciones positivas que pueden hacer las personas de edad a la

sociedad ni a la posibilidad de incorporarlas a las actividades productivas de modo que su vida tenga sentido durante el mayor tiempo posible. En los párrafos siguientes se procura identificar las posibilidades de las personas de edad para contribuir en forma positiva a la sociedad y, de esta manera, aumentar su participación en la fuerza de trabajo.

En muchos países del Caribe la jubilación marca el fin de la edad productiva de las personas. Este hecho se ve reforzado por un sistema de cuentas nacionales que, en buena medida, hace caso omiso de la contribución de las personas de edad que realizan actividades no remuneradas. En muchos países, el aumento del desempleo ha provocado una reducción de la edad jubilatoria y la adopción de otras medidas que promuevan las jubilaciones anticipadas. Si bien estas prácticas pueden reducir artificialmente las cifras oficiales de los niveles de desempleo, constituyen una utilización subóptima de los recursos humanos de la sociedad y priva a estas personas de la posibilidad de contribuir positivamente al desarrollo social.

Para la formulación de estrategias dirigidas a encarar el problema del envejecimiento, puede resultar útil clasificar a las personas de edad en dos grupos —los adultos mayores que siguen desarrollando una actividad económica y los que carecen de la capacidad necesaria para contribuir a la economía. Las estrategias que deberán aplicarse con respecto a estos dos grupos serán necesariamente distintas. Como primera aproximación, la clasificación podría hacerse con el criterio siguiente: personas de 60 a 75 años y de 75 y más años de edad.

Entre las funciones económicas y socialmente productivas que pueden cumplir las personas de edad cabe señalar las siguientes: la participación en microempresas y cooperativas comunitarias; la transmisión de valores culturales en los jardines de infantes, escuelas y universidades; la prestación de servicios de consultoría y el desempeño de un papel activo como mediadores y consejeros en las situaciones de conflicto. A continuación se enumeran algunas políticas que podrían alentar a las personas de edad a cumplir funciones productivas:

- i) la elaboración de proyectos de generación de ingresos para las personas de edad;
- ii) la eliminación de los viejos estereotipos que los califica como dependientes;
- iii) el aliento a un envejecimiento activo de los ciudadanos mayores, prestando la debida atención a la predisposición y situación de cada uno, lo que significa, entre otras cosas, la eliminación de los factores que desalientan su participación en la fuerza de trabajo y la reducción de los obstáculos existentes en algunos países que dificultan la flexibilidad en el empleo y los trabajos de jornada parcial;
- iv) la elaboración de opciones que provean un proceso de jubilación gradual, los trabajos de jornada parcial y la creación de "centros de iniciativas" en las comunidades locales que proporcionen un apoyo básico a diversas iniciativas de las personas de mediana edad y los adultos mayores.

La creación de empleos y de posibilidades de generar ingresos para las personas de edad debe ser parte integrante de todas las iniciativas de generación de empleos en la economía. Si se siguen restringiendo las oportunidades de empleo, como ocurre hoy día en la mayoría de los países, la ocupación de puestos de trabajo por parte de las personas de edad redundará en un aumento del desempleo para los demás grupos, especialmente los jóvenes. Este tipo de políticas será aún más pernicioso que las iniciativas dirigidas a reducir la edad de la jubilación aplicadas anteriormente y que trasladaban las pocas oportunidades de empleo a los grupos de menos edad.

Creación de empleos

El tema de la creación de empleos trasciende la necesidad de generar oportunidades laborales para las personas de edad. De hecho, algunos de los motivos por los cuales la tasa de participación de las personas de edad en la fuerza de trabajo es tan baja son la falta de oportunidades de empleo en la economía en su conjunto y la política de jubilación anticipada dirigida a crear posibilidades de

empleo para los jóvenes. Durante la gran depresión de los años treinta, se aplicó una política similar en el Reino Unido (Messkoub, 1999). La carencia de oportunidades de empleo y, por ende, los elevados niveles de desempleo registrados en la mayoría de los países del Caribe, provoca un aumento de los coeficientes de dependencia económica. La creación de puestos de trabajo también es una alternativa importante para mitigar la crisis del envejecimiento ya que un aumento de la tasa de empleo distribuiría la carga entre un número mayor de trabajadores. Además, el crecimiento de la economía crearía nuevas oportunidades de empleo y mejoraría la capacidad de esas economías para hacerse cargo de las personas de edad.

La creación de puestos de trabajo no es un problema sencillo en las pequeñas economías abiertas del Caribe. La tarea de generar empleos en el Caribe oriental exige resolver dos problemas importantes e interrelacionados:

- i) la globalización creciente de la economía mundial y la incapacidad de la región para competir con el mundo exterior; y
- ii) la oferta excedentaria de mano de obra, en su mayor parte no calificada.

La creación de oportunidades de empleo en el largo plazo está supeditada a que estas economías puedan transformarse de agrarias en industriales, esto último en sentido amplio, es decir, con inclusión del turismo y otros servicios. Para ello sería necesario reformar el sector agrícola a fin de mejorar su eficiencia y movilizar capitales para invertir en el sector industrial. Los capitales que invierta el Estado en obras de infraestructura deben complementarse con capitales privados que aumenten la capacidad productiva. También es esencial aumentar el ahorro interno.

Habida cuenta de que la demanda de productos provenientes de las pequeñas economías es infinita desde un punto de vista operacional, el aumento de la demanda de mano de obra exige prestar atención al estímulo de la oferta de estas actividades a fin de reducir los costos y mejorar la calidad para poder competir en los mercados internacionales. Además, habría que prestar atención a los factores no vinculados a los precios y que son fundamentales para la competitividad. Estos factores comprenden la garantía de la calidad, el cumplimiento de los plazos de entrega, los servicios de posventa y la comercialización.

Conclusiones

La asistencia a las personas de edad exige una transferencia de recursos a lo largo del tiempo. Esto puede lograrse si las personas empleadas atienden a las necesidades de las personas de edad a través de los sistemas convencionales y no convencionales con la esperanza de que las próximas generaciones harán lo propio con ellos. Otra alternativa, que parece tener más aceptación en la bibliografía actual, es que las personas que estén trabajando transfieran sus propios recursos al futuro mediante el ahorro. Las limitaciones inherentes a cada una de estas maneras de atender a las necesidades de las personas de edad parecen indicar que deberían utilizarse varios métodos que se complementen entre sí, y la forma en que se combinen dependerá de las características sociales y culturales de cada país. Sin embargo, es evidente que los sistemas convencionales no deberían desplazar a los no convencionales.

La pobreza de las personas de edad en el Caribe tiene varios aspectos, como queda demostrado por la observación, aparentemente contradictoria, de que la proporción de personas de este grupo de edad en los quintiles inferior y superior supera con mucho el promedio nacional. Esto parece indicar que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo y, en consecuencia, sería necesario realizar un análisis más detallado de la situación a fin de focalizar la asistencia en los grupos más vulnerables de las personas de edad. En tal sentido, las mujeres más ancianas son especialmente vulnerables en razón de su longevidad, su baja participación en la fuerza de trabajo y su situación de desventaja con respecto a los derechos de propiedad. Las políticas dirigidas a

atender a las necesidades de las mujeres de edad serían una parte esencial de los mecanismos de asistencia.

Los patrones migratorios de los pueblos del Caribe pueden incidir de diversas maneras sobre el envejecimiento demográfico. Las migraciones aceleran el envejecimiento de la población, ya que la mayoría de las personas que emigran son de mediana edad. Al mismo tiempo, la migración de retorno tiene un efecto similar. El regreso al país de origen también brinda a las personas de edad la posibilidad de contribuir positivamente al desarrollo de los países y solucionar las dificultades provocadas por el envejecimiento.

Los índices de dependencia económica y demográfica pueden diferir considerablemente si la tasa de desempleo es elevada, la tasa de participación de la mujer en la fuerza de trabajo es baja o si esa misma tasa es elevada en el grupo de los adultos mayores. En consecuencia, una manera de reducir los problemas del envejecimiento es dar a las personas de edad la posibilidad de realizar actividades económicas. Esta posibilidad también contribuiría a reforzar la confianza de estas personas en sí mismas y mejorar su calidad de vida. Otra manera de mitigar los problemas del envejecimiento es aumentando la productividad de la fuerza de trabajo. El elevado nivel de desempleo en los países del Caribe parece indicar que el índice de dependencia económico es mucho mayor y, en consecuencia, la creación de empleos sería un aspecto esencial de la estrategia dirigida a hacer frente al envejecimiento. La creación de empleos en las pequeñas economías abiertas en desarrollo no es fácil de resolver, ya que gira en torno a los problemas del crecimiento y el desarrollo que estos países ha tratado de resolver en el período posterior a su independencia. En tal sentido, los aspectos más importantes son la competitividad internacional y la capacitación de una fuerza de trabajo relativamente no calificada.

El proceso de envejecimiento en los países del Caribe es inevitable e imposible de eludir. Afortunadamente, la mayoría de estos países tiene poblaciones jóvenes y probablemente no necesiten enfrentar plenamente los efectos del envejecimiento hasta por lo menos el año 2030, y la mayoría de ellos, hasta del 2050. Si bien los problemas que plantea el envejecimiento de la población son formidables, los países tienen tiempo suficiente para implementar políticas que contribuyan a mitigar la crisis en ciernes si prestan especial atención a los efectos sobre el consumo y el gasto.

Bibliografía

- Ando, A. y F. Modigliani (1963), "The Life-Cycle Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests" *American Economic Review*, vol. 53, Nº 1, pp. 55 a 84.
- Banco Mundial (1994), *Averting, the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press.
- Chand, S. K. y A. Jaeger (1996), *Aging Populations and Public Pension Schemes*, Fondo Monetario Internacional (FMI), Washington D. C.
- Cutler, D. M., J.M. Porteba, L. M. Sheiner y L. H. Summers (1990), "An Ageing Society: Opportunity or Challenge" *Brookings papers on Economic Activity*, vol. 1, pp. 1 a 74.
- Dazinger, S., J. van der Graaag, E. Smolensky y M. K. Taussig (1982), "The Life-Cycle Hypothesis and the Consumption Behaviour of the Elderly", *Journal of Post Keynesian Economics*, vol. 5, pp. 208 a 227.
- Falkingham, J. (1992), "Dependency and Ageing in Britain: A Re-examination of the Evidence", *Journal of Social Policy*, vol. 18, Nº 2, 211 a 233.
- Guengant, J. (1993), "Wither The Caribbean Exodus?: Prospects for the 1990's", *International Journal*, vol. XLVIII, primavera, pp. 336 a 353.
- Hurd, M.D. (1990), "Research on the Elderly: Economic Status, Retirement and Consumption and Saving" *Journal of Economic Literature*, vol. XXVIII (junio), pp. 565 a 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* vol. LIX, N° 5, pp. 886 a 896.
- Mason (1988), "Saving, Economic Growth and Demographic Change", *Population and Development Review*, vol. 14, N° 1, pp. 435 a 443.
- Messkoub, M. (1999), "Crisis of Ageing in Less Developed Countries: Too Much Consumption Or Too Little Production", *Development and Change*, vol. 30, pp. 217 a 235.
- Secretaría de la CARICOM (1995), *Ageing in the Commonwealth Caribbean*, Georgetown.
- Streeten, P. (1994), "Poverty Concepts and Measurement", en R. van der Hoeven y R. Anker, *Poverty Monitoring in Developing Countries*, Macmillan.
- West Indian Commission (1992), *Report of the West Indian Commission*, Guyana.

Cuadro 1

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO* Y EDAD MEDIANA CORRESPONDIENTES A LOS CENSOS DEL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1960 Y 1990-1991

País	Censo de							
	1960		1970		1980-1981		1990-1991	
	IDE	EM	IDE	EM	IDE	EM	IDE	EM
Antillas Neerlandesas	5.9	29.0	6.8(a)	28.2(a)	4.5	30.0	3.5(b)	31.0(b)
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
Belice	11.0	17.1	12.2	14.3	9.2	15.8	11.0	16.8
Dominica	9.0	17.0	8.3	14.5	4.9	18.0	3.8	22.2
Granada	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
Islas Turcas y Caicos	7.8	17.5	7.6	15.8	6.4	18.3	6.4	23.8
Islas Vírgenes Británicas	8.0	15.1	7.8	24.1	5.7	22.6	4.5	26.5
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
Saint Kitts y Nevis	9.2	16.4	7.0	14.6	3.7	18.9	3.4	22.6
Santa Lucía	8.8	16.9	9.8	14.2	7.3	16.6	6.2	20.1
San Vicente y las Granadinas	12.2	14.4	10.2	13.6	7.2	16.4	5.3	19.6
Trinidad y Tabago	10.8	17.9	8.2	17.5	5.7	20.6	5.7	23.1

Fuente: CELADE (1995).

* Relación entre la población de 0 a 14 años y la población de 65 o más años de edad.

IDE: Índice de envejecimiento; ME: La edad mediana

a) 1972.

b) 1992.

c) 1963.

d) 1982.

Cuadro 2

ÍNDICES DE DEPENDENCIA CORRESPONDIENTES AL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1960 Y 1990-1991

Países y edad	Índices de dependencia (en porcentaje)			
	1960	1970	1980-1981	1990-1991
Antillas Neerlandesas	13.5	10.2	10.4	10.9
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
Belice	7.7	8.5	10.2	7.7
Cuba	8.3	10.8	12.5	12.2
Dominica	8.3	10.8	12.5	12.2
Granada	10.6	12.8	12.7	14.8
Guyana	6.0	8.2	7.3	6.6
Haití	6.0	8.7	8.1	7.3
Islas Vírgenes Británicas	13.0	8.9	10.0	9.0
Jamaica	7.3	12.2	13.2	...
Montserrat	16.0	22.4	23.2	23.3
Puerto Rico	10.0	11.5	13.1	15.3
República Dominicana	10.0	13.6	15.0	5.8
Saint Kitts y Nevis	10.2	15.9	18.9	17.8
Santa Lucía	9.8	10.9	12.0	10.5
San Vicente y las Granadinas	8.5	11.4	11.8	12.5
Suriname	8.6	8.1	8.0	7.4
Trinidad y Tabago	7.5	9.2	10.0	10.0

Fuente: CELADE (1995).

El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿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

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: jchackiel@eclac.cl). El autor agradece la valiosa colaboración prestada por Guiomar Bay, consultora del CELADE.

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.

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 acelerado.³ 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 integradas.⁴ 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

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”.

proporción de personas menores o mayores de cierta edad, la relación entre el número de 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.

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.

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.

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 Cuadro 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 niños.⁸ 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 ancianos.⁹

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 ciento.¹⁰

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 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.

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.

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

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.

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, 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 más.¹² 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 ciento). Como referencia, Japón tenderá a una relación cercana a 80 por ciento.

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 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 (Gráfico 4).

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: $(<de 15 \text{ años} + 60 \text{ y más años}) / (15-64 \text{ años})$. Se puede también considerar las relaciones de dependencia de cada uno de sus componentes: $(<de 15 \text{ años}) / (15-64)$ y $(60 \text{ y más}) / (15-64)$. 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.

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. Las relaciones de dependencia efectiva y real

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 5). Ello indicaría que los factores relacionados con el mercado laboral tienen tanta o más importancia que el factor demográfico, considerando además que la relación efectiva no toma en cuenta la cesantía y el subempleo. La diferencia entre la relación demográfica y la efectiva, se debe

fundamentalmente a la baja tasa de participación en la PEA por parte de las mujeres,¹³ que conduce a relaciones efectivas altas en todas las edades, debido a la disminución del denominador. Además, por su efecto en el numerador de la relación se obtienen valores sorprendentemente elevados en las edades comprendidas 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).

La importancia del mercado laboral es mucho más notoria si se toma en cuenta la relación de dependencia “real”, que considera la población desocupada como dependiente, al menos en un porcentaje promedio basal.¹⁴ Esta relación es siempre superior a la efectiva y en algunos casos varias veces mayor que la relación de dependencia demográfica. En el cuadro 5 se aprecian las diferencias para Brasil, Chile y Honduras (total, no pobres y pobres) en años recientes, a partir de datos de encuestas de hogares. Al excluir del denominador la población desocupada, la relación de dependencia de todos los grupos de edades se ve incrementada. Ello ocurre con más fuerza en la relación del grupo 15-59 a la que también se agregan los desocupados en su numerador al considerar a ese sector como dependiente.

La mayor influencia de los desempleados en la relación de dependencia real de la población pobre se debe a la alta asociación que esta subpoblación tiene con los índices de desempleo. Considerando todos estos elementos la relación de dependencia real del total de los pobres alcanza valores entre 180 y 340 por cien, siendo más del doble de la carga demográfica en Brasil y Honduras y casi cuatro veces en el caso de Chile. La comparación entre países del comportamiento según grado de pobreza debe hacerse con cautela, pues la interpretación depende en parte de la forma de identificar estas subpoblaciones y, además, debe considerarse que la magnitud de los grupos pobres es muy variable de país a país. Ello conduce, por ejemplo, a que la relación real del promedio nacional en Chile se parezca más a los no pobres, mientras en Honduras ocurre lo contrario. El enorme valor de la relaciones efectiva y real de los pobres en el primer país, se debería a la mucho mayor concentración de mujeres “inactivas” y del desempleo en ese sector,

Finalmente, se percibe que 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 ciento en 1995 a 117 por ciento en el 2010 (cerca de un 20%), mientras que la relación de dependencia demográfica lo haría de 70 a 59 por ciento (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

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.

¹⁴ Aquí se definió la relación de dependencia real como el cociente entre la población no económicamente activa más los desocupados, y la población económicamente activa ocupada.

enfrentar mejor el futuro a más largo plazo, cuando la población en edades avanzadas adquiera 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
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
(Porcentaje)

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 PARA PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS
(Porcentaje)

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 encuestas de hogares de los respectivos países.

Cuadro 4
TASA DE ACTIVIDAD Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA EFECTIVA,*
SEGÚN AÑOS Y PAÍSES SELECCIONADOS
(Porcentaje)

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 N°s 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.

Cuadro 5

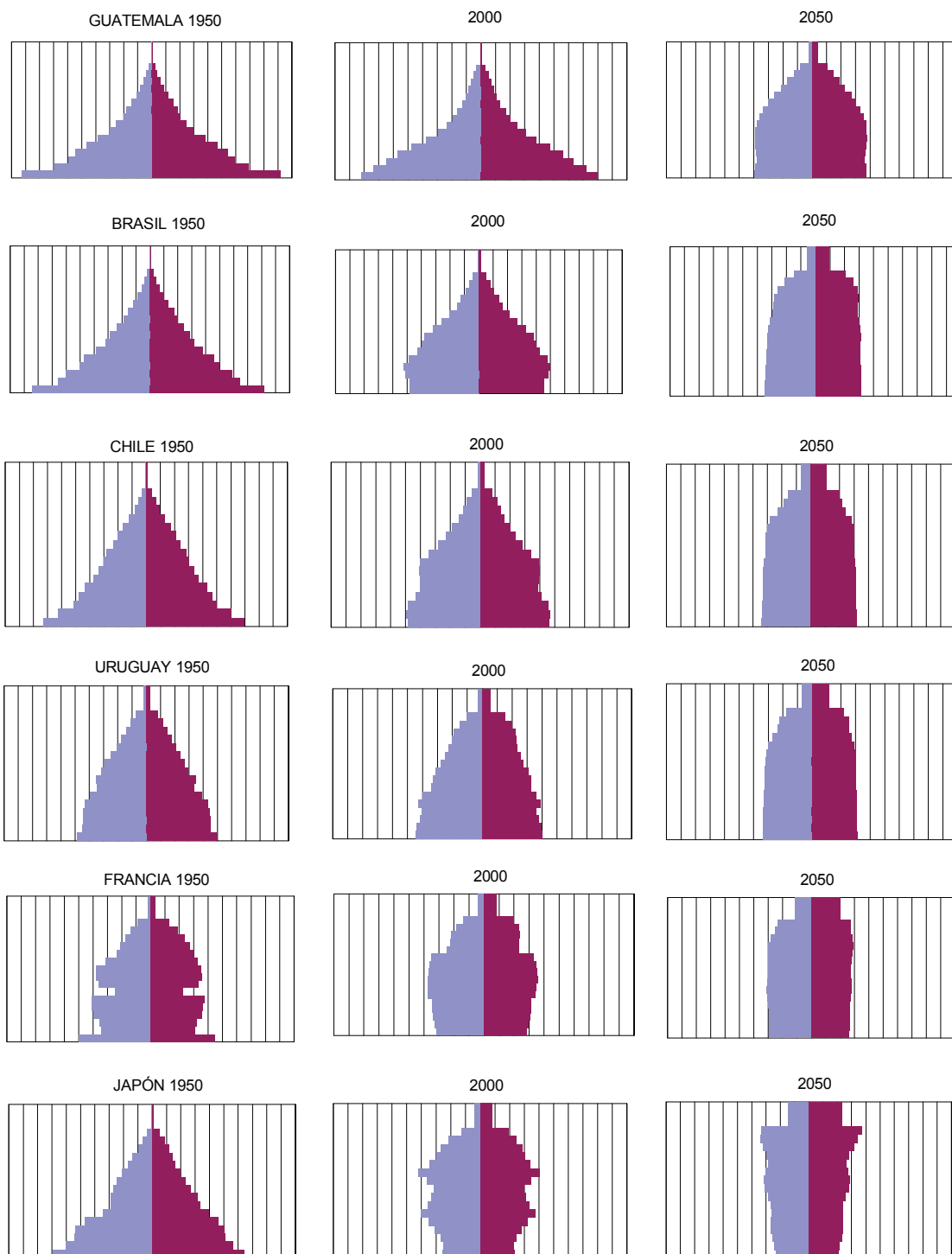
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, EFECTIVA Y REAL DE BRASIL (1996), CHILE (1996) Y HONDURAS (1997), POR GRANDES GRUPOS DE EDADES, SEGÚN GRADO DE POBREZA

País y grupos de edad	Relación de dependencia								
	Demográfica			Efectiva			Real		
	Total	Pobres	No pobres	Total	Pobres	No pobres	Total	Pobres	No pobres
Brasil (1996)									
Total	66.1	90.1	55.3	113.7	155.7	95.8	128.7	184.7	106.2
0 - 14	51.9	83.5	37.5	61.3	102.3	43.9	67.6	116.7	47.8
15 - 59	0.0	0.0	0.0	39.7	47.6	36.3	47.5	61.4	41.9
60 y +	14.3	6.6	17.8	12.7	5.9	15.6	13.7	6.6	16.5
Chile (1996)									
Total	61.8	82.8	56.9	156.4	270.7	136.4	170.8	338.8	145.0
0 - 14	45.3	74.4	38.4	71.6	150.6	57.8	75.6	178.2	59.9
15 - 59	0.0	0.0	0.0	65.0	106.1	57.8	74.0	143.2	63.3
60 y +	16.5	8.4	18.4	19.9	14.0	20.9	21.2	17.3	21.8
Honduras (1997)									
Total	98.0	110.8	61.5	168.9	189.6	112.5	178.0	201.4	115.7
0 - 14	85.5	98.3	48.9	111.2	129.1	62.5	115.0	134.5	63.4
15 - 59	0.0	0.0	0.0	48.4	50.8	41.8	53.3	56.8	43.9
60 y +	12.5	12.5	12.6	9.2	9.6	8.2	9.6	10.1	8.3

Fuente: CEPAL.

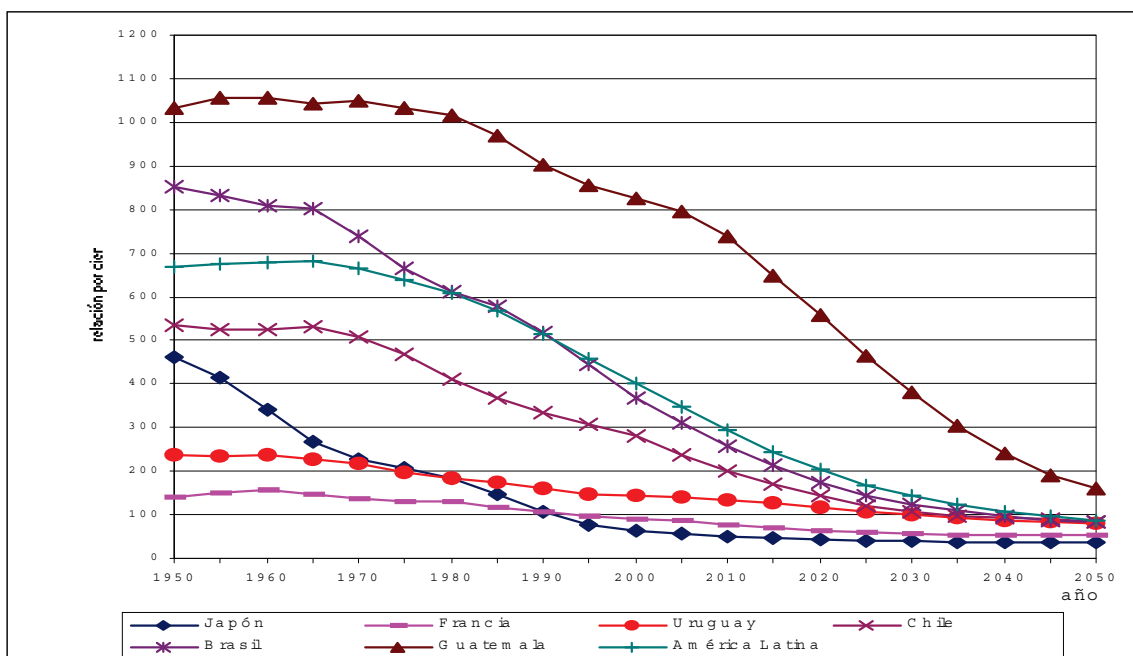
Gráfico 1

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".

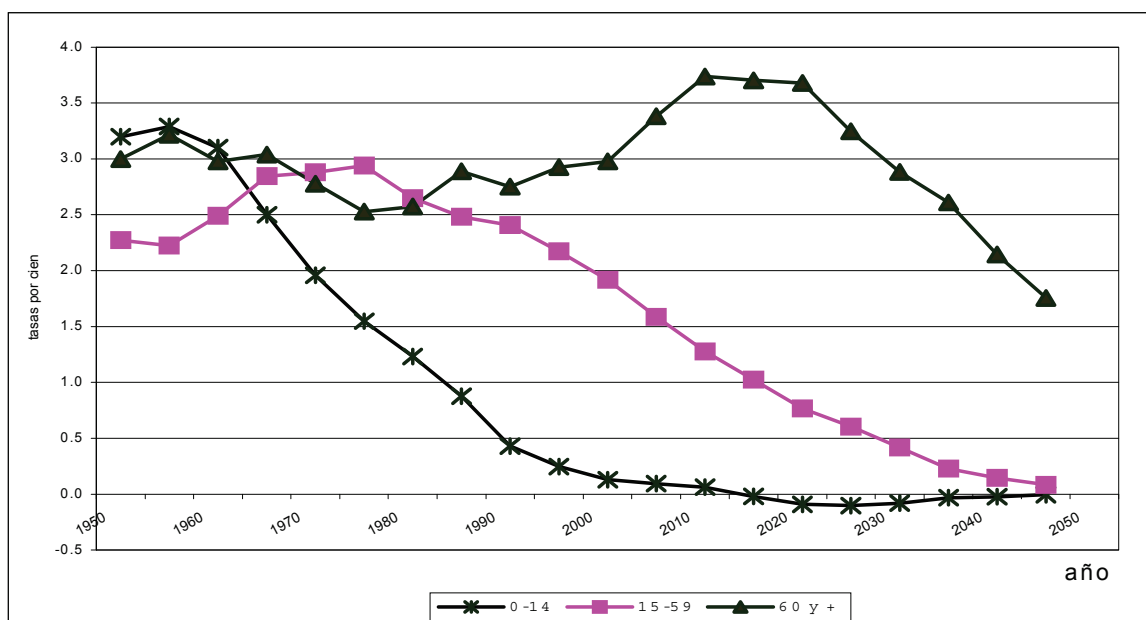
Gráfico 2
RELACIÓN NIÑOS-VIEJOS* DE PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: CELADE (1998), Boletín Demográfico No. 62; Naciones Unidas (1998), "Population prospects - the 1998 revision".

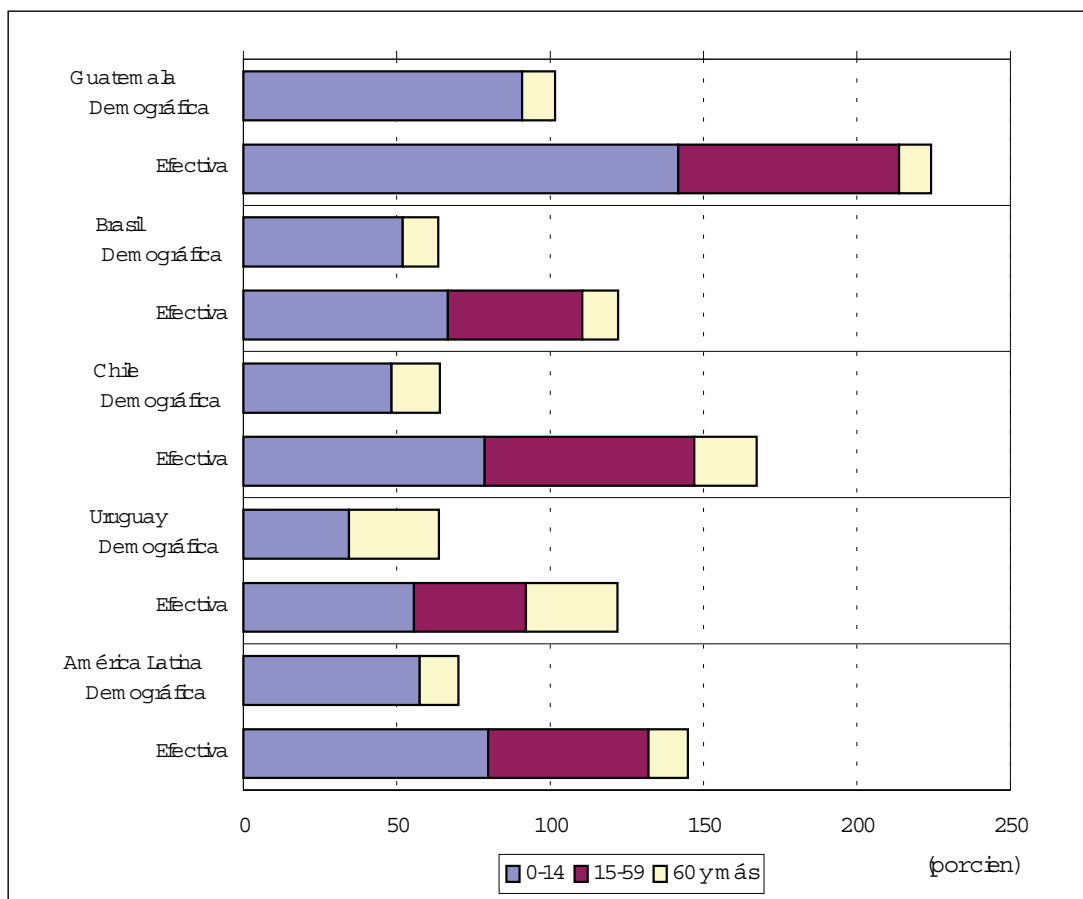
* Cociente entre la población de menores de 15 años de edad y la población de 60 y más años de edad.

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.

Envejecimiento y condiciones educativas y laborales del adulto mayor en Uruguay¹

*Juan Carlos Veronelli*²

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.

¹ Versión resumida del documento “El envejecimiento poblacional en el Uruguay” (inédito).

² Consultor de Naciones Unidas (magarlos@adinet.com.uy).

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 descubrimiento, 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.

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 prevé 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” (Solari, 1957).

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"* (Solari, 1987).

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 las 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"* (Notestein, 1953).

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 1821, 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 (Veronelli y otros, 1994).

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 1
TASAS DE MORTALIDAD ESTIMADAS (POR CIENTO 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 N° 556, 1995.

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 (Solari, 1987). 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 la que las personas se autoperciben como viejos y también lo hace la sociedad va aumentando constantemente*". Anticipa lo que demostrará un referéndum 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 (1988) 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

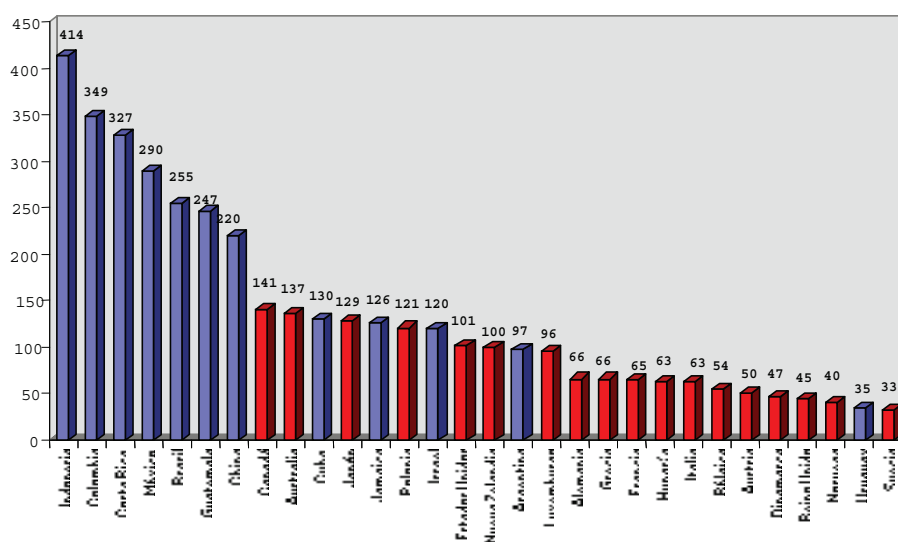
En números absolutos, las personas de 60 años y más ascendían en 1996 (séptimo censo) a 548.934 personas, de las cuales 232.832 (42.4%) eran varones y 316.102 (57.6%) eran mujeres. Su representación en el electorado —población de 18 y más años— alcanzaba al 25%, en tanto que constituían un 17.3% de la 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 1
Aumento porcentual proyectado de la población anciana, 1990-2025



Fuente: Tomado de OMS, "Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares...", (OMS, 1995).

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 laboral, 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 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 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 4

TASAS ESPECÍFICAS DE ACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN URBANA ADULTA POR GRUPOS DE EDADES SEGÚN ÁREA Y SEXO. 1983-1995

Area 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 INE. 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 (Filgueiras, 1996).

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 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 previsión 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 Referéndum 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 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	
	Montevideo	Interior-urbano	Montevideo	Interior urbano	Montevideo	Interior urbano	Montevideo	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 el siguiente cuadro.

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%.

Cuadro 6
ESTRUCTURA POR EDAD DE LA POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS.
URUGUAY, 1950, 1975, 2000, 2025 Y 2050

	1950		1975		2000		2025		2050	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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 (1998), Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad. Total de País. 1950-2050. Montevideo.

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”* (Drucker, 1989).

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 OMS 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”* (OMS, 1993). En una obra reciente de OIT (Plet y Lester, 1993) se afirma que, contra el prejuicio extendido, *“no existe prueba alguna que demuestre que el funcionamiento cognoscitivo 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 (Peterson, 1999).

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”*... (Lowe, 1976). 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 proscribirse, 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 la cuarta parte (241.465) tiene 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, 0.54%).

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 1.600 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's

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 (Barer y otros, 1995).

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 (fluorización 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 Uruguayana 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 disminuido 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 lo 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 nuclean 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."* (Sanguinetti, 1996).

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.

Bibliografía

- Barer, M.L., Evans, R.G., Hertzman, C. (1995), “Avalanche or Glacier? Health Care and the Demographic Rhetoric”, *Canadian J. on Aging*, Vol.14. Nº 2: 193-224. Véase también Malcolm, L. (1993), “Thats Population Ageing significantly increases Health Care Costs?”, In *OMS Future Health of Ageing*, Geneva.
- Drucker, P. F. (1989), *Las nuevas Realidades*, Barcelona, EDHASA.
- Filgueiras, C. (1996), *Sobre Revoluciones ocultas: la Familia en el Uruguay*, Reproducido en Naciones Unidas (50) pp.187-222.
- Lowe, J. (1976), *La Educación de Adultos. Perspectivas Mundiales*, México, UNESCO, Ed. Sígueme, pp.49 y 51.
- Mc Neill, W.H. (1988), “La búsqueda del Poder: Tecnología, Fuerzas Armadas y Sociedad”, *Siglo XXI*, México, pp. 273 y siguientes.
- Notestein, F.W. (1953), “The economics of population and food supplies”, *Proc. of the 8th. Internat. Conference of agricultural economics*, London, pp.1331.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1995), “Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en los Ancianos”, *Serie de Inf. Técn. Nº 853*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1993), “El Envejecimiento y la capacidad de Trabajo”, Informe de un grupo de estudio, *Serie de Inf. Técn. Nº 835*, Ginebra.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (1995), “Estadísticas de Salud de las Américas”, *Publicación Científica Nº 556*, Washington D.C.

- Plet, P.C. y Lester, B.T. (1993), *Capacitación de las personas de edad*, Ginebra, OIT, p. 26.
- Peterson, P.G. (1999), "Gray Down", *Times Boocks*, N.Y., Random House.
- Sanguinetti, J.M. (1996), *Los nuevos caminos*, Círculo de Montevideo, Montevideo, PNUD, septiembre.
- Solari, A.E. (1957), "El fenómeno del envejecimiento de la población uruguaya", *Rev. Mex. de Sociol.*, Vol. XIX, N° 2, abril –junio.
- _____ (1987), "El envejecimiento de la población uruguaya, treinta años después", *Cuadernos del CLAEH*, 43:7-26.
- Veronelli, J.C., Nowinski A. Haretche A. y Roitman B. (1994), *La salud de los uruguayos*, Montevideo, OPS, Nordan.

Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México

Raúl Benítez Zenteno¹

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

¹ Investigador Nacional Emérito, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México (benitez@servidor.unam.mx).

recientemente los analistas del ámbito laboral. Por otra parte, se dispone de información reciente como la del Censo 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 censo 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, 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 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.

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.

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.

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 N° 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 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

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.

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 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

⁴ Estimado a partir de las tablas longitudinales de Camposortega (1997).

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 ha 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	Etapa 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 conteo 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 conteo 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 conteo 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 varios 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 intensifica la posición gubernamental poblacionista del presidente Lázaro Cárdenas (que se refuerza posteriormente 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	15.01	6.50
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 cuales 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 periodo 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 cuál 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, p. 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 cápita* 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 sustituye 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 el gráfico 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 substitución 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 son 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 esta 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 mujeres (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

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).

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 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 las 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 la velocidad 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 ese país, faltaría conocer 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. 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 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 se 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 cápita* (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 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 dé 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 este 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 este 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, habrá en el país un predominio de viejos respecto a los menores.** 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 totales, 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.

Períodos	Edades					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 este 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 diversas estimaciones Ham (1999) nos presenta proyecciones 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, sus distintos programas han tenido un éxito relativo, salvo los 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 sobrepasadas, entre otras, por situaciones como el desastre bancario (FOBAPROA) que ahora tiene que pagar el pueblo, 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

⁶ La Secretaría del Patrimonio Nacional supervisaba 102 organismos descentralizados, 744 empresas de participación mayoritaria, 231 fideicomisos públicos, y 78 empresas de participación minoritaria.

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 perspectiva. El problema de los cambios en la estructura por edad de la población y dentro de ellos es el del gran monto y crecimiento de la población mayor que debe considerarse como gran problema nacional.

Sin duda aparecen escollos en el camino. El primero es la incompreensión 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, transmisión 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 incompreensión 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, N° 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 N° 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, N° 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, N°s, 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 disquete.
- ____ (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, N° 10*, pp. 19-21.
- Cortés, Fernando (1998), “Política económica y desigualdad. Distribución del ingreso según su origen”, en *Demos, Carta Demográfica sobre México, N° 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 N° 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.
- Fernández Ham, Patricia (1998), "Los montos de la población indígena. Tres aproximaciones Analíticas", en *Demos, Carta Demográfica sobre México N° 11*, pp.31-32.
- Garza, Gustavo, 1998, "Evolución del sistema de ciudades en México, 1960-95", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, N° 11*, pp. 23-25.
- Garza, Gustavo y Virgilio Partida (1988), "Desarrollo urbano, hacia una superconcentración espacial", en *Demos, Carta Demográfica sobre México N° 1*, pp. 11-12.
- Gómez de León, José (1996), "Fecundidad y anticoncepción, tendencias recientes, diferencias y agentes institucionales", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, N° 9*, pp. 8-10.
- Ham, Roberto (1999), "El futuro de las pensiones. Promesas fáciles de difícil cumplimiento", en *Demos, Carta Demográfica sobre México N° 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 N° 10*, pp. 37-39.
- Mendoza, Doroteo (1998), "Los factores determinantes de la disminución de la fecundidad", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, N° 11*, pp. 8-9.
- Mier y Terán Martha (1991), "Dinámica de la población en México: 1895-1990", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, N° 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, N° 10*, pp. 30-32.
- Partida, Virgilio (1999), "La población de México hasta el año 2050", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, N° 12*, en prensa.
- Petrich, Blanche (1999), "Norberto Vargas Ortiz, ferrocarrilero" en *Revisión siglo XX*, publicación catorcena, Número 4, Distribuida por el periódico La Jornada, sábado 5/VI/1999.
- Poder Ejecutivo Federal (1996), *Programa Nacional de Población, 1995-2000*, CONAPO, pp. 113.
- 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, N° 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, N° 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, N° 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, N° 10*, pp. 16-18.

INDICADORES DE

Año	Población a mitad de año					Crecimiento					Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Tasas de crecimiento			Tasa global de fecundidad	Espe
	Total	Hombres	Mujeres	Naci- mientos	Defuncio- nes	Natural	Social	Total	Natu- ral	Social			Total	Total	Total		
1995	91992164	45600353	46391811	2303962	423118	1880844	-290986	1589838	25.05	4.60	2.04	-0.32	1.73	2.81	73.60		
1996	93571606	46387158	47184448	2282668	422235	1860433	-291407	1569026	24.39	4.51	1.99	-0.31	1.68	2.73	73.96		
1997	95127496	47156833	47970663	2258694	421637	1837057	-294313	1542744	23.74	4.43	1.93	-0.31	1.62	2.65	74.34		
1998	96648935	47908937	48739998	2218498	421512	1796986	-296843	1500143	22.95	4.36	1.86	-0.31	1.55	2.55	74.70		
1999	98132418	48641698	49490720	2188429	422258	1766171	-299342	1466829	22.30	4.30	1.80	-0.31	1.49	2.48	75.03		
2000	99582251	49357321	50224930	2158276	423912	1734364	-301517	1432847	21.67	4.26	1.74	-0.30	1.44	2.40	75.35		
2001	100997684	50055442	50942242	2127664	426225	1701439	-303434	1398005	21.07	4.22	1.68	-0.30	1.38	2.34	75.66		
2002	102377645	50735534	51642111	2096212	429171	1667041	-305131	1361910	20.48	4.19	1.63	-0.30	1.33	2.27	75.95		
2003	103721820	51397457	52324363	2065827	432815	1633012	-306568	1326444	19.92	4.17	1.57	-0.30	1.28	2.21	76.23		
2004	105030871	52041577	52989294	2036573	437154	1599419	-307760	1291659	19.39	4.16	1.52	-0.29	1.23	2.16	76.50		
2005	106306438	52668746	53637692	2010185	442039	1568146	-308667	1259479	18.91	4.16	1.48	-0.29	1.18	2.11	76.77		
2006	107550376	53279951	54270425	1984920	447226	1537694	-309305	1228389	18.46	4.16	1.43	-0.29	1.14	2.06	77.03		
2007	108763734	53857560	54887974	1960726	452747	1507979	-309651	1198328	18.03	4.16	1.39	-0.28	1.10	2.02	77.30		
2008	109947457	54456695	55490762	1937511	458681	1478830	-309705	1169125	17.62	4.17	1.35	-0.28	1.06	1.98	77.57		
2009	111102666	55023368	56079298	1915776	464994	1450782	-309498	1141284	17.24	4.19	1.31	-0.28	1.03	1.95	77.83		
2010	112230723	55576517	56654206	1895455	471650	1423805	-308966	1114839	16.89	4.20	1.27	-0.28	0.99	1.92	78.10		
2011	113332883	56116813	57216070	1876291	478665	1397626	-308155	1089471	16.56	4.22	1.23	-0.27	0.96	1.89	78.36		
2012	114410133	56644811	57765322	1858180	486121	1372059	-307029	1065030	16.24	4.25	1.20	-0.27	0.93	1.86	78.62		
2013	115462978	57160790	58302188	1840432	494102	1346330	-305664	1040666	15.94	4.28	1.17	-0.26	0.90	1.84	78.88		
2014	116491249	57664708	58826541	1822659	502800	1319859	-303980	1015879	15.65	4.32	1.13	-0.26	0.87	1.82	79.13		
2015	117494347	58156275	59338072	1804645	512278	1292367	-302052	990315	15.36	4.36	1.10	-0.26	0.84	1.81	79.37		
2016	118471553	58635136	59836417	1786553	522590	1263963	-299867	964096	15.08	4.41	1.07	-0.25	0.81	1.79	79.59		
2017	119422133	59100935	60321198	1768470	533924	1234546	-297468	937078	14.81	4.47	1.03	-0.25	0.78	1.78	79.80		
2018	120343086	59553177	60791909	1750082	546435	1203647	-294838	908809	14.54	4.54	1.00	-0.24	0.76	1.76	79.98		
2019	121240205	59991775	61248430	1731195	557692	1173503	-292062	881441	14.28	4.60	0.97	-0.24	0.73	1.75	80.21		
2020	122106672	60416342	61690330	1711870	571262	1140608	-289111	851497	14.02	4.68	0.93	-0.24	0.70	1.74	80.39		
2021	122942539	60825851	62116688	1692131	585858	1106273	-286055	820218	13.76	4.77	0.90	-0.23	0.67	1.73	80.55		
2022	123746553	61219656	62526897	1671969	601280	1070689	-282881	787808	13.51	4.86	0.87	-0.23	0.64	1.72	80.71		
2023	124517600	61597186	62920414	1651349	617428	1033921	-279633	754288	13.26	4.96	0.83	-0.22	0.61	1.72	80.86		
2024	125254671	61957927	63296744	1630453	634271	996182	-276316	719866	13.02	5.06	0.80	-0.22	0.57	1.71	81.00		
2025	125956966	62301467	63655529	1609533	651764	957769	-272989	684780	12.78	5.17	0.76	-0.22	0.54	1.70	81.14		

Año	Población a mitad de año					Crecimiento				Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Tasas de crecimiento			Tasa global de fecundidad	Espec
	Total	Hombres	Mujeres	Nacimientos	Defunciones	Natural	Social	Total	Natural			Social	Total			
2026	126623933	62627482	63996451	1588652	669908	918744	-269643	649101	12.55	5.29	0.73	-0.21	0.51	1.70	81.27	
2027	127254909	62935665	64319244	1567805	688690	879115	-266289	612826	12.32	5.41	0.69	-0.21	0.48	1.69	81.40	
2028	127849392	63225744	64623648	1547195	708125	839070	-262916	576154	12.10	5.54	0.66	-0.21	0.45	1.69	81.53	
2029	128406911	63497467	64909444	1526655	728194	798461	-259572	538889	11.89	5.67	0.62	-0.20	0.42	1.68	81.65	
2030	128926906	63750548	65176358	1506240	748895	757345	-256251	501094	11.68	5.81	0.59	-0.20	0.39	1.68	81.77	
2031	129410861	63985745	65425116	1490025	770259	719766	-252956	466810	11.51	5.95	0.56	-0.20	0.36	1.68	81.89	
2032	129860188	64203780	65656408	1473827	792266	681561	-249697	431864	11.35	6.10	0.52	-0.19	0.33	1.68	82.01	
2033	130274912	64404672	65870240	1457808	813804	644004	-246427	397577	11.19	6.25	0.49	-0.19	0.31	1.68	82.15	
2034	130655059	64588443	66066616	1442080	836145	605935	-243212	362723	11.04	6.40	0.46	-0.19	0.28	1.68	82.27	
2035	131000099	64754821	66245278	1426669	859287	567382	-240026	327356	10.89	6.56	0.43	-0.18	0.25	1.68	82.40	
2036	131309492	64903554	66405938	1411507	883230	528277	-236862	291415	10.75	6.73	0.40	-0.18	0.22	1.68	82.52	
2037	131582604	65034324	66548280	1396522	907964	488558	-233730	254828	10.61	6.90	0.37	-0.18	0.19	1.68	82.63	
2038	131818871	65146865	66672006	1381780	933484	448296	-230605	217691	10.48	7.08	0.34	-0.17	0.17	1.68	82.74	
2039	132017718	65240892	66776826	1367283	959751	407532	-227523	180009	10.36	7.27	0.31	-0.17	0.14	1.68	82.85	
2040	132178593	65316150	66862443	1352939	986741	366198	-224468	141730	10.24	7.47	0.28	-0.17	0.11	1.68	82.95	
2041	132300875	65372339	66928536	1338696	1014423	324273	-221434	102839	10.12	7.67	0.25	-0.17	0.08	1.68	83.04	
2042	132383968	65409174	66974794	1324519	1042755	281764	-218422	63342	10.01	7.88	0.21	-0.16	0.05	1.68	83.13	
2043	132427261	65426372	67000889	1310393	1071673	238720	-215471	23249	9.90	8.09	0.18	-0.16	0.02	1.68	83.22	
2044	132430192	65423676	67006516	1296298	1101121	195177	-212569	-17392	9.79	8.31	0.15	-0.16	-0.01	1.68	83.31	
2045	132392222	65400839	66991383	1282201	1131038	151163	-209691	-58528	9.68	8.54	0.11	-0.16	-0.04	1.68	83.39	
2046	132312902	65357638	66955264	1268121	1161340	106781	-206894	-100113	9.58	8.78	0.08	-0.16	-0.08	1.68	83.46	
2047	132191847	65293922	66897925	1254087	1191937	62150	-204147	-141997	9.49	9.02	0.05	-0.15	-0.11	1.68	83.54	
2048	132028801	65209569	66819232	1240092	1222746	17346	-201453	-184107	9.39	9.26	0.01	-0.15	-0.14	1.68	83.61	
2049	131825570	65104504	66719066	1226142	1253657	-27515	-198846	-226361	9.30	9.51	-0.02	-0.15	-0.17	1.68	83.67	
2050	131576077	64978704	66597373	1212235	1284577	-72342	-196284	-268626	9.21	9.76	-0.05	-0.15	-0.20	1.68	83.74	

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

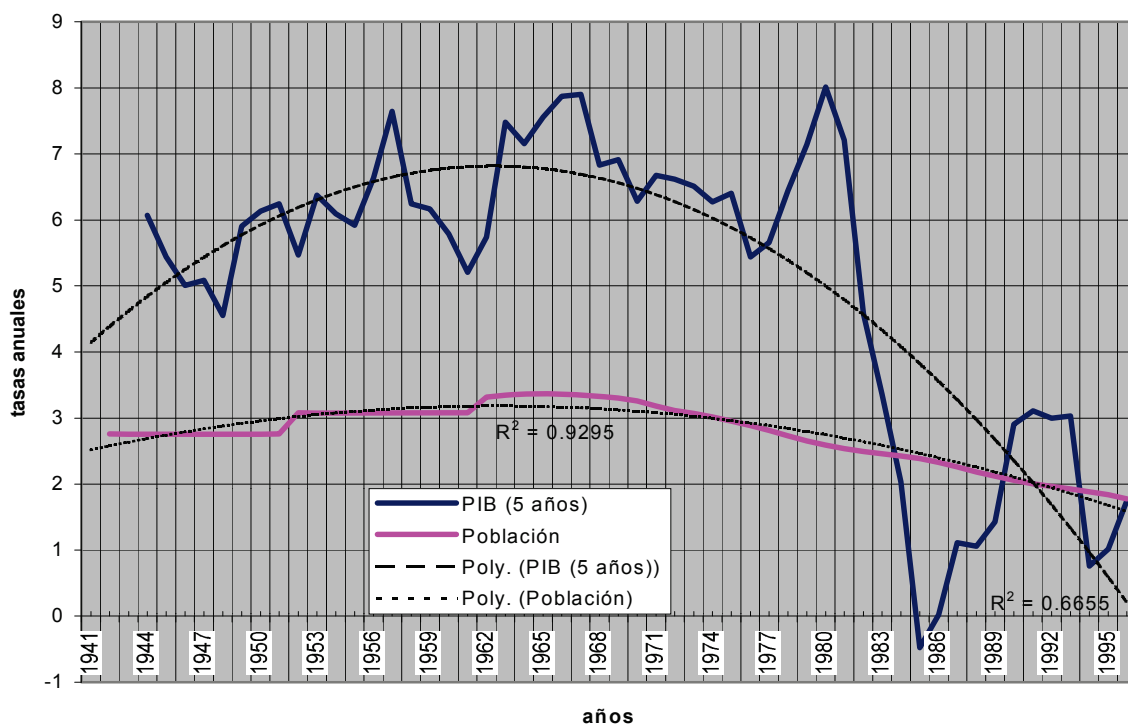
Cuadro 5

**PROYECCIONES DE PENSIONES, RELACIÓN CON LA PEA Y COSTOS RELATIVOS
RESPECTO A SALARIOS. MÉXICO, 2000-2050**

Relaciones	Año	2000	2010	2020	2030	2040	2050
PEA-SS	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
	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
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

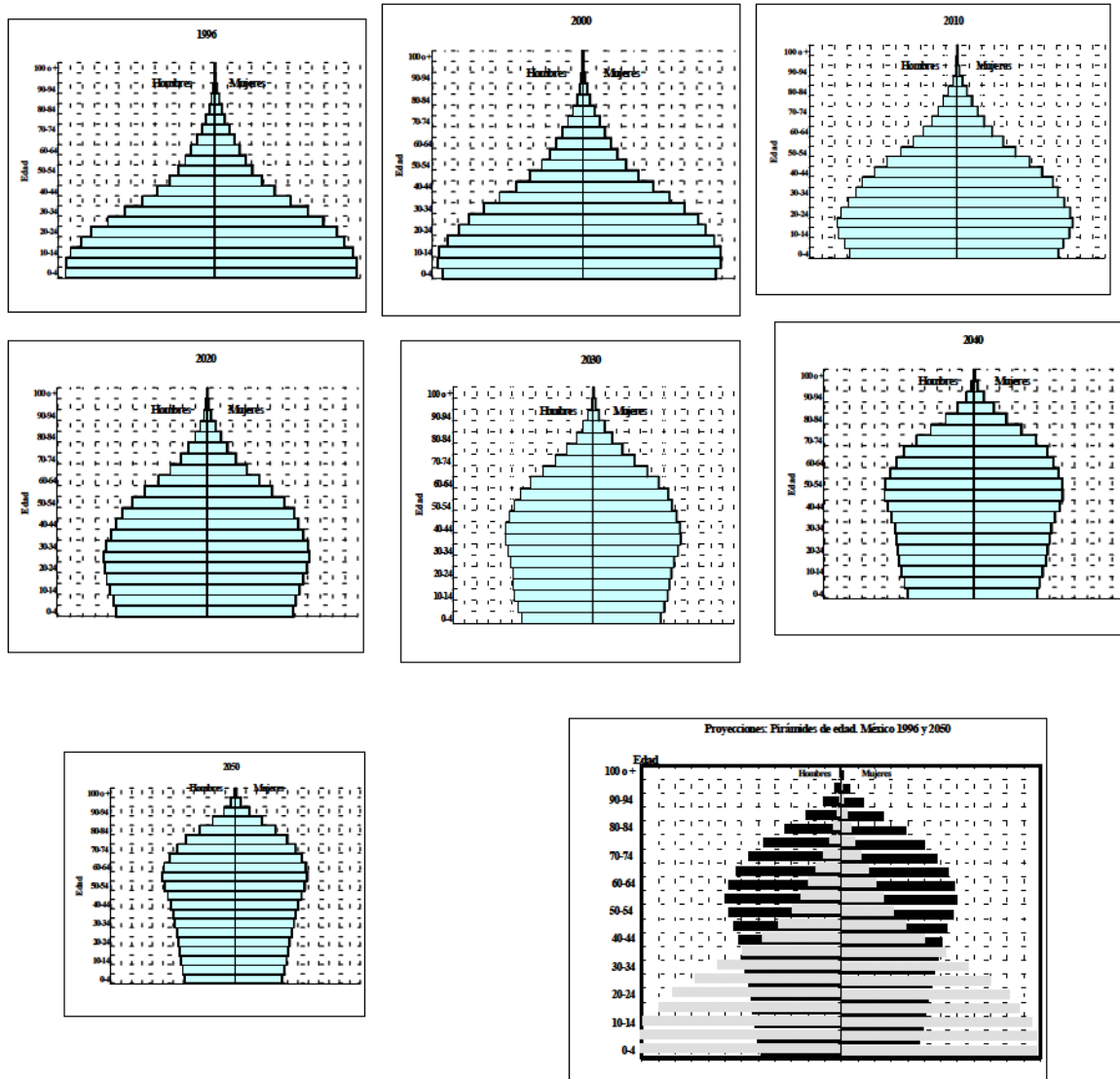
Fuente: Elaboración de Roberto Ham Chande, con datos de: CONAPO, *Proyecciones de la población en México 1995-2050*; IMSS, *Memoria estadística 1996*; ISSSTE, *Memoria estadística 1996*; Farrell, R. M., "Evaluación y perspectivas de la seguridad social", en CONAPO, 1998, *Taller sobre envejecimiento y políticas de población*; Salas, J. L., "Comentarios a la reforma de la seguridad social", en *Idem*; Valencia, A., *El valor de los pasivos contingentes*, en *Ibidem*.

GRÁFICO 1
Tasas de crecimiento, población y PIB
(medias móviles 5 años)



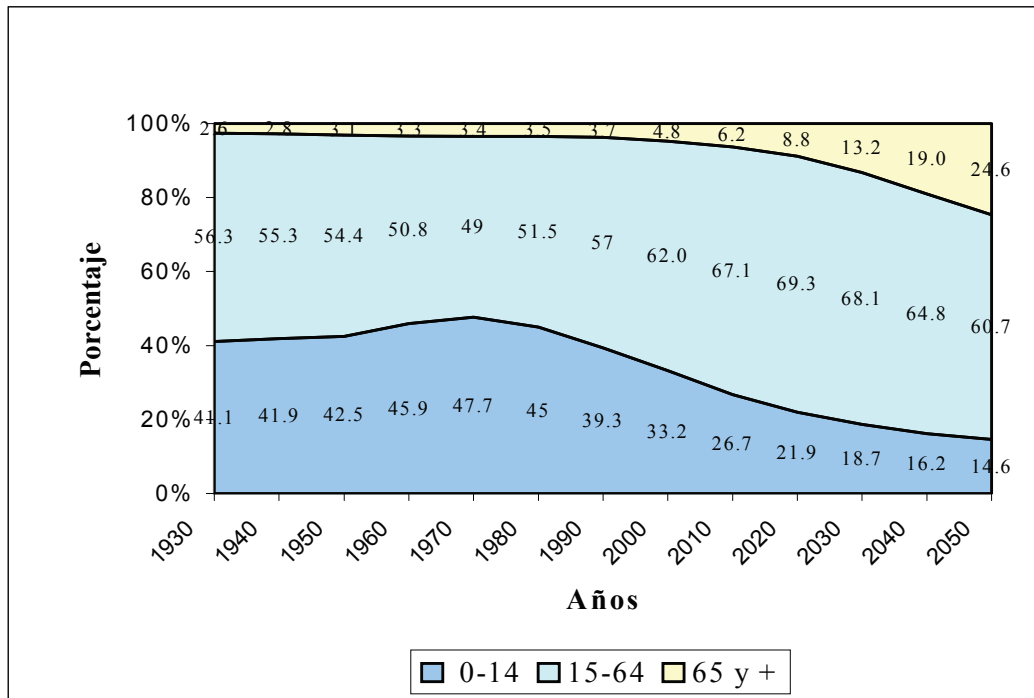
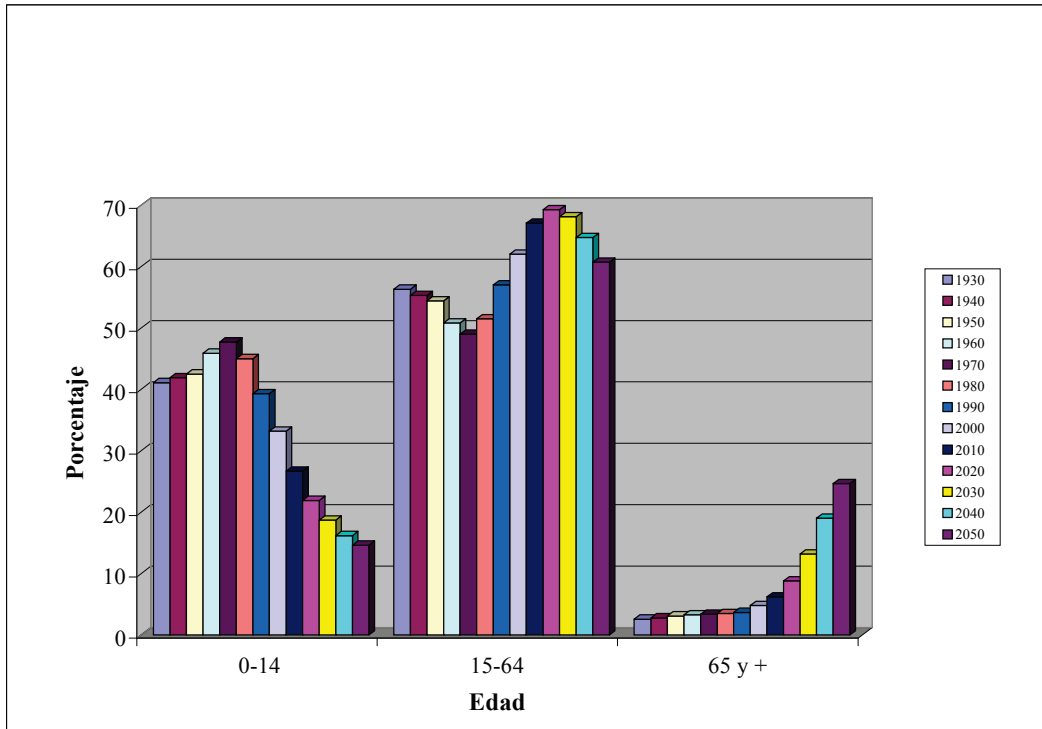
Fuente: Elaborado por Julio Boltvinik.

Grafico 2
PROYECCIONES: PIRÁMIDES DE EDAD
MÉXICO 1996-2050



Gráficos 3 y 4

MÉXICO: POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDADES 1930-2050



Comentarios a los documentos presentados en la Sesión III: La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable

Jacques Véron

En primer lugar, desearía agradecer a los organizadores de la reunión por invitarme a un seminario tan estimulante.

Los tres documentos de esta sesión tratan sobre la situación de las personas de edad. En el primero, Gary Andrews nos propone no limitarnos a los aspectos negativos del proceso de envejecimiento. Evidentemente, él presenta las cifras del envejecimiento en el mundo, pero sostiene que es preciso analizar el proceso de envejecimiento desde un punto de vista global.

El envejecimiento es una tendencia irreversible y, en parte, es el resultado del progreso, es decir, de la declinación de las tasas de mortalidad, y debemos recordar que este es un hecho positivo. El aspecto más importante de la exposición es la defensa de una sociedad para todas las edades. Algunos aspectos se analizan con mayor profundidad: la situación de las personas de más edad, el desarrollo individual permanente, las relaciones multigeneracionales entre el desarrollo y el envejecimiento. Es preciso analizar la interacción entre las personas y los distintos contextos sociales en forma sistemática.

En su presentación sobre El envejecimiento y el género, la Sra. JoNlle Barbot-Coldevin examina las desigualdades entre los hombres y las mujeres de edad. Estas desigualdades pueden referirse a las prestaciones de los sistemas de seguridad social o a la distribución del poder. En tal sentido, los principales interrogantes son: ¿En qué consisten las diferencias de edad? ¿En qué consisten las diferencias de género? ¿y de qué manera se conjugan las diferencias de edad y de género? Por ejemplo, ¿la discriminación en materia de género es más profunda que la discriminación por razones de edad u ocurre todo lo contrario? JoNlle Barbot plantea puntos de vista interesantes sobre los vínculos entre el género y la edad ¿Cuál es el tema más importante para el futuro: la evolución de la educación, la organización familiar, las diferencias de género en el proceso de envejecimiento, las normas estereotipadas sobre el género?

Creo que esta labor podría ampliarse mediante la presentación en conjunto de indicadores y cifras que permitan examinar la relación entre el género y la edad. Es más fácil, si se cuenta con las cifras adecuadas, ver exactamente cuáles son las diferencias entre hombres y mujeres de edad en distintas sociedades.

El análisis sumamente exhaustivo de Wendell Samuel demuestra la complejidad del problema del envejecimiento. Todos creen que es muy fácil referirse a las consecuencias económicas de este proceso. Todos tienen sus propias ideas sobre este tema, pero Wendell Samuel demuestra que, por ejemplo, no es tan fácil comprender y demostrar el efecto sencillo del envejecimiento sobre el ahorro. Examina todos los argumentos que demuestran la dificultad de resumir en pocas palabras las consecuencias económicas del envejecimiento. Por ejemplo, es preciso tener en cuenta el dividendo de la fecundidad. El envejecimiento biológico es distinto al envejecimiento social. La edad de la jubilación es arbitraria, pero en la mayoría de los casos utilizamos este criterio de manera muy rígida.

El regreso de los emigrantes puede mejorar o deteriorar la situación de las personas de edad en un país; depende del tipo de selección de los emigrantes que regresan a su país de origen. Este aspecto es muy importante, porque el regreso de estas personas puede tener un efecto positivo, pero al mismo tiempo puede producir consecuencias negativas. De tal modo, es difícil formular observaciones de tipo general sobre los aspectos económicos del envejecimiento. Existe una heterogeneidad socioeconómica muy importante: una parte de las personas de edad pertenece al grupo de los más ricos y otra al grupo de los más pobres.

Otro problema importante es la estructura de la familia en el futuro, porque en algunas sociedades la familia desempeña hoy día un papel muy importante. El proceso de urbanización y las mejoras en los niveles de educación provocarán un cambio en la estructura de la familia. ¿Hasta qué punto? En consecuencia, podemos preguntarnos cuáles serán las consecuencias de estas modificaciones de la estructura familiar sobre el proceso de envejecimiento.

Wendell Samuel recuerda que las personas de edad son consumidores, pero también pueden ser productores, y eso es muy importante desde un punto de vista económico. Su conclusión es que este es el momento apropiado para ordenar el proceso de envejecimiento en los países del Caribe. Sin embargo, a veces las sociedades prefieren esperar.

Teniendo en cuenta las tres presentaciones del día de hoy y lo que se dijo ayer, quisiera formular algunas observaciones sobre el proceso de envejecimiento y sus posibles consecuencias.

¿Qué puede decirse mediante la "aritmética del envejecimiento?" Si consideramos el número de personas de edad, éste aumenta. Su proporción también, pero no se trata del mismo indicador. Podemos considerar diversos indicadores, como por ejemplo, las razones entre distintos grupos de edad, pero es necesario tener en cuenta que se trata de diferentes criterios.

También podemos considerar la velocidad del proceso de envejecimiento; por ejemplo, preguntarnos dónde viven hoy día las personas de edad. La proporción de adultos mayores en los

países desarrollados es elevada, pero el número de estas personas es mayor en los países menos adelantados.

Si analizamos la economía del proceso de envejecimiento, se plantean nuevos interrogantes. Tenemos que examinar las repercusiones de este proceso en el ahorro, en los regímenes jubilatorios y en la evolución del mercado laboral. Podemos examinar la sociología del envejecimiento, y aquí se plantean otros problemas. ¿Cuál es el significado real del envejecimiento? ¿De qué manera difieren el envejecimiento social y el envejecimiento individual? Todo el mundo coincide, hoy día, que no es lo mismo. El envejecimiento individual y el envejecimiento social son distintos, pero ¿distintos en qué sentido?

¿Cómo integrar, por ejemplo, las experiencias específicas de las personas de edad? Quiero decir, por ejemplo, las experiencias en distintas circunstancias: en la escuela, en el trabajo, etc., que son distintas en cada generación. Y esto es especialmente importante para la mujer, ya que la fecundidad, la educación y la actividad laboral se modifican muy rápidamente. La mujer del futuro no tendrá el mismo perfil que la mujer actual.

Considero que otro tema importante es la forma en que el envejecimiento de la población afectará las normas y valores de la sociedad. A veces tenemos una visión muy mecánica de ésta. Pensamos en el mañana mirando el presente y pensamos en el presente mirando el ayer, pero el fenómeno no es lineal. Y creo que ser joven en una sociedad joven no es lo mismo que ser joven en una sociedad vieja y que los valores pueden cambiar, pero que es muy difícil precisar cómo será ese cambio.

El significado social del envejecimiento se está modificando con el paso del tiempo, por ejemplo, a través de los conocimientos médicos y la evolución de la composición de los grupos de edad. Existe cierto efecto de retroalimentación en relación con las variaciones de la composición etaria.

Debemos tener en cuenta las tendencias cronológicas del envejecimiento pero también sus dimensiones espaciales en lo relativo a la distribución urbana-rural de la población y también dentro de la que viven en estas últimas áreas. Hay lugares en que las personas son más viejas que en otros, como en las zonas urbanas. Existe discriminación cuando las personas de edad se concentran en instituciones especializadas. Podría decirse que en estos lugares viven mejor, pero desde un punto de vista social considero que se trata de un tipo de discriminación.

Debemos analizar el envejecimiento a través de los sujetos individuales y a través de la sociedad, pero la visión no es la misma. Con respecto a las personas, los principales problemas son la evolución de la salud, los ingresos, etc., mientras que desde un punto de vista social es preciso comprender las relaciones entre los distintos grupos de edad en función del equilibrio económico (producción y consumo).

Debemos considerar las diferencias entre lo posible y lo real. Con la declinación de la fecundidad y de la mortalidad aumenta la posibilidad de que existan familias de cuatro generaciones. Pero esto no significa que la solidaridad familiar sea real o que esté mejorando. Lo posible debe confrontarse con la realidad, con la práctica. Si en el futuro aumenta el individualismo, esto afectará también a la estructura de la familia y a las relaciones entre las generaciones.

Si tratamos de vincular a los individuos con las sociedades debemos tener en cuenta un tema muy importante: el de la igualdad entre generaciones. ¿De qué manera contribuyen las distintas generaciones al bienestar? ¿Qué beneficios reciben del progreso general? Y para ello debemos analizar la situación en términos longitudinales y considerar la producción y el consumo a lo largo de todo el ciclo de vida.

Ya he dicho que el grupo de las personas de edad es heterogéneo. Las diferencias de género pueden ser importantes pero algunos adultos mayores —hombres o mujeres— son ricos y otros pobres. Debemos entrelazar los dos aspectos: el nivel de ingresos y el género.

De tal modo, sería útil desagregar este grupo para mejorar nuestra comprensión de la dinámica de los fenómenos.

Para concluir, quisiera recordar la importancia de lograr una visión global de los cambios demográficos y sociales. Si centramos la atención exclusivamente en las personas de edad podemos olvidar la situación de los jóvenes, los desempleados y de otros. Las personas de edad pueden recibir asistencia económica de los otros, pero también pueden contribuir al bienestar de la sociedad en lugar de ser meros consumidores.

Creo que debemos tener en cuenta un conjunto de interacciones y combinarlas a nivel macroeconómico y microeconómico; combinar los puntos de vista individuales con los sociales. Debemos considerar a los hombres y las mujeres; a las personas activas y las inactivas; las edades y las generaciones. Debemos combinarlas para lograr una visión completa del fenómeno.

Considero que el segundo aspecto es la necesidad de distinguir entre la situación actual —vinculada con una historia específica de los hombres y las mujeres— y el futuro desde una perspectiva de estado estacionario. Si consideramos que la población se estabilizará, el envejecimiento en el futuro será distinto del actual, lo que está vinculado con las particularidades de cada país, las tendencias declinantes de la fecundidad, etc.

Este aspecto me lleva a pensar en la relación entre el envejecimiento y el desarrollo. Si el desarrollo es algo más que un aumento del número de consumidores, y creo que es así, uno de los desafíos más importantes del mañana es mejorar el bienestar de todos sin sacrificar a un grupo determinado. El futuro de las sociedades depende en gran medida de la evolución de la relación entre generaciones.

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión III: La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable

Stan Bernstein¹

Muchas gracias, Sr. Chamie. Les ruego que me disculpen, pero voy a formular mis observaciones en inglés porque si intentara hacerlo en español sería una grave ofensa a un idioma tan hermoso. He leído los documentos en español y espero que sus autores sepan disculpar cualquier error de interpretación. No creo que haya ofensas graves. Sí, quizás, algún desaire ocasional.

Estos documentos fueron muy interesantes, muy complejos y, como se ha señalado, contienen una enorme cantidad de datos. Sin embargo, pese a la abundancia y amplitud de los datos también puede comprobarse que carecen de cierta información. Poseemos abundante información de buena calidad sobre las tasas demográficas. Lo mismo podemos decir sobre las tasas de participación de la fuerza del trabajo. Las bases de datos que poseemos sobre otros temas a que hacen referencia estos documentos, como la calidad de los servicios recibidos, la demanda de estos servicios, las características de la situación y de los problemas de la gente de distintas edades, son más reducidas. Es dable esperar que en algunos otros documentos sobre

¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

diversos temas sectoriales estos temas se analicen más detalladamente. Pero creo que una de las cosas más importantes que hemos aprendido en estos últimos días es que necesitamos formular enfoques multisectoriales y que éste es un desafío muy grande. Será primordial integrar los diversos tipos de información necesaria para formular políticas y alternativas y verificar los progresos alcanzados en la solución de los problemas futuros.

Mis comentarios serán breves ya que dispongo de menos tiempo que el previsto originalmente. Parafraseando la anécdota de Einstein mencionada por el señor Chamie, para reducir el tiempo tendré que aumentar la intensidad. Espero que mi intervención no sea demasiado compleja y telegráfica, pero haré todo lo posible por ser breve y formular todas las observaciones que tenía previstas.

Si consideramos los países analizados en esta sesión, sería difícil imaginar dos casos más distintos que los de México y Uruguay. Tenemos aquí un informe sobre el segundo de ellos. Allí, la transición demográfica comenzó hace mucho tiempo y el ritmo con que ha ido cambiando la estructura de edades ha sido relativamente moderado. De hecho, el tamaño de la población de más edad prácticamente no se ha modificado. Yo diría que la proporción aumentará dentro de unos 50 años pero se mantendrá relativamente estable en los próximos 20 o 30 años. Se trata de un país cuya estructura institucional para administrar las necesidades de los diversos grupos de edad, especialmente las de la población de más edad, se ha desarrollado a lo largo de muchos años. No sólo se han creado esas estructuras, sino que desde hace 50 años se ha comenzado a hacer extensiva la cobertura a muchas subpoblaciones —como el personal doméstico y los trabajadores rurales—, algo que muchos otros países no han logrado. Se han adoptado decisiones de políticas y medidas explícitas para comenzar a prestar los servicios existentes a una gran variedad de poblaciones marginales. Creo que debemos tener en cuenta estos hechos cuando nos propongamos implantar sistemas de este tipo en un plazo mucho más breve. Considero que esta experiencia nos puede enseñar muchas cosas.

En primer lugar es preciso definir las metas. Deben establecerse inequívocamente los objetivos de políticas y los valores que han de regirlos. Es preciso especificar con precisión indicadores de progreso coherentes con esos valores y objetivos de políticas. Las prioridades deben estar bien definidas y, para concluir con mis comentarios, quisiera señalar algunas cosas sobre la evolución de las prioridades (y del ciclo de vida).

En el ejemplo del Uruguay, hemos visto que las decisiones de políticas tienen efectos. Es más, pueden tener efectos importantes en períodos de tiempo relativamente breves. En el documento pueden encontrarse ejemplos dispersos de cambios importantes con respecto a la participación en la fuerza de trabajo de los hombres de 70 a 74 años de edad provocados por una pequeña modificación en la reforma del sistema de seguridad social. En el documento también se demuestra que la modificación de las normas por la que se otorgó un estipendio a las mujeres con hijos y que participaron menos tiempo en la fuerza de trabajo ha producido cambios importantes. Los ejemplos del Uruguay y de otros países desarrollados nos permiten percibir la magnitud de los efectos de las políticas. Por ejemplo, en el Japón el desarrollo y las modificaciones del sistema de seguridad social en un lapso de tiempo muy reducido han tenido un impacto enorme, reduciendo las expectativas de las personas más jóvenes con respecto a la cohabitación con sus padres y las expectativas futuras de sus hijos.

A veces, algunas decisiones de políticas de menor magnitud pueden tener repercusiones de gran alcance. El desarrollo y el ajuste de las políticas lleva tiempo y creo que el ejemplo de Uruguay es muy ilustrativo. El diseño de las transiciones no se hace de un día para otro. Aún si los plazos son muy breves, es preciso comenzar a adoptar decisiones y a implantar los nuevos sistemas. Debemos conocer cuáles son nuestros objetivos, dejar transcurrir un tiempo para realizar un seguimiento y observar cuáles son las repercusiones para los distintos grupos demográficos y luego tomarnos el tiempo necesario para realizar los ajustes pertinentes. Si esperamos diseñar un sistema

que funcione a la perfección antes de aplicarlo, terminaremos arrollados por el fenómeno en curso del envejecimiento de la población que, en algunos casos, se está produciendo con demasiada rapidez.

Durante estas sesiones nos hemos enterado de los distintos plazos que se plantean los economistas y los políticos. Varios panelistas han señalado que es preciso actuar inmediatamente porque la implementación de los sistemas, la capacitación, la creación de la infraestructura y la realización de los ajustes necesarios llevan tiempo. Cuando nos referimos a una situación que se producirá dentro de 20 o 30 años, diría que ya hemos esperado demasiado para comenzar, de modo que el momento de actuar es muy pronto.

Sr. Chackiel, usted sabrá disculparme si no realizo mayores comentarios sobre su documento de información general. Fue muy bueno y mostró la amplia gama de diferencias y situaciones que pueden observarse en distintos países. Creo que podemos sacar mayor provecho examinando los dos ejemplos mencionados, al menos en relación con las observaciones que creo necesario realizar.

El documento sobre México se diferencia sobremanera del que se refiere a Uruguay. Del ejemplo mexicano surge con claridad algo sobre lo cual no se ha insistido demasiado en las otras presentaciones, a saber, que la situación demográfica sólo es uno de los componentes de las transformaciones sociales, económicas y políticas que enfrentan tanto la región como el mundo. Los cambios demográficos vinculados con el envejecimiento de la población son un elemento muy importante, pero son, tan sólo, un componente.

La Conferencia celebrada en El Cairo en 1994 se denominó "Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo" y comprendemos que es preciso adoptar medidas, porque estos dos factores, la "población" y el "desarrollo", están relacionados entre sí e inciden el uno sobre el otro. Comprendemos la necesidad de hacer cambios en una variedad de temas sectoriales además de resolver problemas demográficos: a través de programas directos sobre la salud reproductiva y la población; a través del empoderamiento de la mujer, y a través de muchas otras actividades. Volveré sobre estos temas dentro de poco.

En el documento, excelente y detallado, sobre la situación de México, se señalan con claridad varios aspectos aleccionadores. Éstos comprenden el contexto internacional y la crisis económica internacional y su impacto sobre la economía mexicana, con inclusión de la importancia de sus efectos sobre la emigración. En varios documentos presentados en este simposio se señala la importancia de prestar atención a los problemas de las migraciones, tanto por los desafíos que plantea como por las oportunidades y beneficios que ofrece. Las desventajas comprenden la pérdida de las personas más emprendedoras y, quizás, de gente que pueda tener vínculos familiares con personas que hayan migrado anteriormente; personas que pueden o no regresar, en el corto o largo plazo. En cuanto a las oportunidades y beneficios, cabe mencionar a la gente que envía remesas de dinero —que desempeñan un papel más o menos importante según el país de que se trate— y el aporte de nueva información, capacidades y perspectivas.

Cuando se realizan proyecciones medias —excelentes en el caso de las realizadas por la División de Población de las Naciones Unidas— por lo general éstas son cautas si se tiene en cuenta el plazo con respecto al cual se realizan las proyecciones sobre las migraciones. Creo que es importante —y esto también ha sido reconocido por las Naciones Unidas— que formulemos diversas hipótesis y tratemos de obtener información de personas reales. ¿Cuántas personas se han ido o tienen intenciones de hacerlo? ¿Cuál es el monto de las remesas que envían? ¿Cuál es la magnitud de la migración circular? ¿Cuáles son las expectativas con respecto al regreso de personas de distintos grupos de edad? ¿Qué papel desempeñan en el desarrollo las personas que regresan?

Conocemos la carga que a veces significa para algunos, especialmente para las personas de más edad, quedarse cuando se van los más jóvenes. Sabemos que las mujeres, inclusive las adultas mayores, son más vulnerables a algunos de los efectos negativos. Necesitamos más información,

correspondiente a un período de tiempo más prolongado, para determinar cuáles son las desventajas y cuáles los beneficios.

Nunca es suficiente el hincapié sobre la importancia de erradicar la pobreza. En el estudio mexicano se examina exhaustivamente el impacto de la crisis económica y el agravamiento de las desigualdades económicas y sociales.

Sin embargo, cuando analizamos las recomendaciones en materia de políticas, creemos que parte de la estrategia para mitigar la pobreza y también para encarar los problemas de la población, entraña a menudo el mismo tipo de inversiones: las inversiones en educación y en atención de salud. Éstas son necesarias para aumentar la productividad de las poblaciones presentes y futuras y para asegurar que las personas lleguen a la vejez en mejor estado de salud.

Las diferencias en materia de capacidades productivas y de nivel educativo entre las generaciones más viejas y las más jóvenes se irán diluyendo con el tiempo, en la medida en que la educación básica, e incluso la educación más avanzada, se hagan universales. Lo que desconocemos son las consecuencias de este proceso. Podría fortalecer la solidaridad de la familia. Hoy día, las diferencias entre los niños que han terminado la escuela primaria y sus abuelos analfabetos son abismales y este tipo de brecha se seguirá estrechando. En Asia, vemos que esto ya está ocurriendo en varios países que comenzaron antes la transición y podemos comprobar que han resultado en cambios de políticas, en la dinámica y la naturaleza de los vínculos entre generaciones, tanto en lo que se refiere a su firmeza como a la forma en que se expresan.

En estos documentos se han presentado diversas estadísticas sobre la relación de dependencia y la relación de dependencia efectiva, es decir, la que depende de los niveles de empleo. Debemos reconocer que el aumento de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo remunerada, especialmente si posee un mayor nivel de educación y si puede acceder a mejores oportunidades, producirá modificaciones en el carácter y la dinámica de estos indicadores y en el carácter y la dinámica de los procesos sociales. Y éstos, a su vez, incidirán tanto en las tendencias futuras de la fecundidad como de la mortalidad.

Algunos lamentan que esto sea así, porque consideran que es el camino a una mayor reducción de la fertilidad, que contribuirá a aumentar el ritmo con que se está produciendo la del envejecimiento de la población —una transición que en muchos lugares ya está llegando con gran rapidez. Considero que esto refuerza la necesidad y el desafío, tanto para los países en desarrollo como los desarrollados, de aumentar no sólo el empleo sino, también, de mejorar las posibilidades de empleo y generar mecanismos que fortalezcan los vínculos familiares.

Sabemos que en algunos de los países más avanzados de Escandinavia, en los que se aplican políticas explícitas que permiten las licencias familiares y donde existen diversos tipos de mecanismos de apoyo dirigidos a reducir las desigualdades en materia de género, los niveles de fecundidad pueden aumentar en la medida en que se apliquen esas políticas. También pueden disminuir aún más. Entre los demógrafos hay muchas controversias con respecto a la posible evolución de esta situación, pero creo que estos esfuerzos forman parte del desafío conjunto.

Cualesquiera sean las repercusiones demográficas de la participación de la mujer en la economía, debemos reconocer, también, que su empoderamiento social es un componente esencial del consenso internacional sobre el desarrollo social. El hecho de que la mujer acceda a la oferta de mayores oportunidades en las esferas educativa, económica, social y política y que las aproveche, conformará el contexto en el cual se producirán los cambios demográficos y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento de la población. Como no existen políticas y desarrollos sociales imparciales en materia de género, debemos vigilar cuidadosamente las diversas repercusiones mientras avanzamos en el ejercicio de los derechos básicos.

También debemos reconocer y respetar el consenso internacional sobre la salud reproductiva y los derechos de procreación. El derecho de las personas y de las parejas a decidir libre y

voluntariamente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, es básico.

En el poco tiempo que dispongo me limitaré a formular dos comentarios adicionales. Los documentos son algo limitados en cuanto a su visión y comprensión del bono demográfico. De modo que me gustaría formular unos breves comentarios sobre este tema y señalar sólo algunas de las prioridades de inversión.

El bono demográfico no es como la bonificación que el sector privado otorga para Navidad. No es de dinero que ingresa a su bolsillo. Es más bien como un vale. Para poder usarlo, es preciso difundir información sobre su valor. Es preciso contar con instituciones que puedan suministrar las prestaciones correspondientes y sistemas perfeccionados de supervisión y vigilancia. Es evidente que las prestaciones a que hago referencia son los servicios de salud permanentes, el mejoramiento de las oportunidades de educación especialmente para los más jóvenes, pero cada vez más durante todo el ciclo vital. El ritmo de las transformaciones sociales se está acelerando permanentemente y no va a disminuir. Será necesario revisar las metas actuales en materia de niveles educativos y de salud a fin de mejorarlas. Indudablemente, lo esencial no será el nivel de enseñanza escolar sino la incorporación de capacidades y la disponibilidad de oportunidades para aprender y utilizarlas.

Para finalizar, quisiera referirme a la focalización de los insumos.

Teniendo en cuenta algunas cosas que se han dicho hoy y los documentos presentados ayer, me arriesgaría a decir que estamos reconociendo que se otorga prioridad a las actividades de prevención. Por ejemplo, cuando no se puede garantizar una salud perfecta siempre se puede reducir el ritmo de la transición de la mala salud a la discapacidad. Durante todo el ciclo de vida es preciso realizar esfuerzos de prevención en favor de la salud. Hay que apoyar permanentemente los sistemas de salud, los sistemas de atención primaria de la salud —incluidos los sistemas de salud reproductiva— para que la gente pueda planificar su vida; y la planificación de la familia es parte de este proceso. Ambos aspectos están vinculados en forma indisoluble y deben encararse en forma conjunta. Para lograr mayores niveles de salud y de capacidad serán necesarias inversiones en las esferas de la información y de la prestación de servicios para acelerar una dinámica positiva de desarrollo.

Asimismo, nuestro análisis debe ir más allá del suministro de estos servicios por parte del Estado. Es preciso ver a los servicios públicos como catalizadores de la movilización de las actividades comunitarias y locales. En el documento sobre Uruguay se formula la sugerencia de emplear a los adultos mayores en el suministro de servicios a las personas más ancianas. El desarrollo de la capacidad de las comunidades locales para generar soluciones apropiadas a ese nivel será importante para acelerar el proceso.

El envejecimiento de la población es a la vez un desafío y un motor de nuevas oportunidades. Depende de nosotros tener la inventiva suficiente para utilizar los recursos disponibles en procura de encontrar las soluciones.

Para concluir, quisiera recomendarles el informe sobre el *Estado de la población mundial de 1998*, titulado "Las Nuevas Generaciones", en el que se amplían las evaluaciones y análisis sobre los que he basado mis observaciones sobre estos documentos.

Sesión IV: Envejecimiento y sistemas de pensiones

Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina

Jorge Bravo¹

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 población.² 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

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.

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.

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 muestra las estimaciones de estos indicadores, en función del grado de envejecimiento de la población.

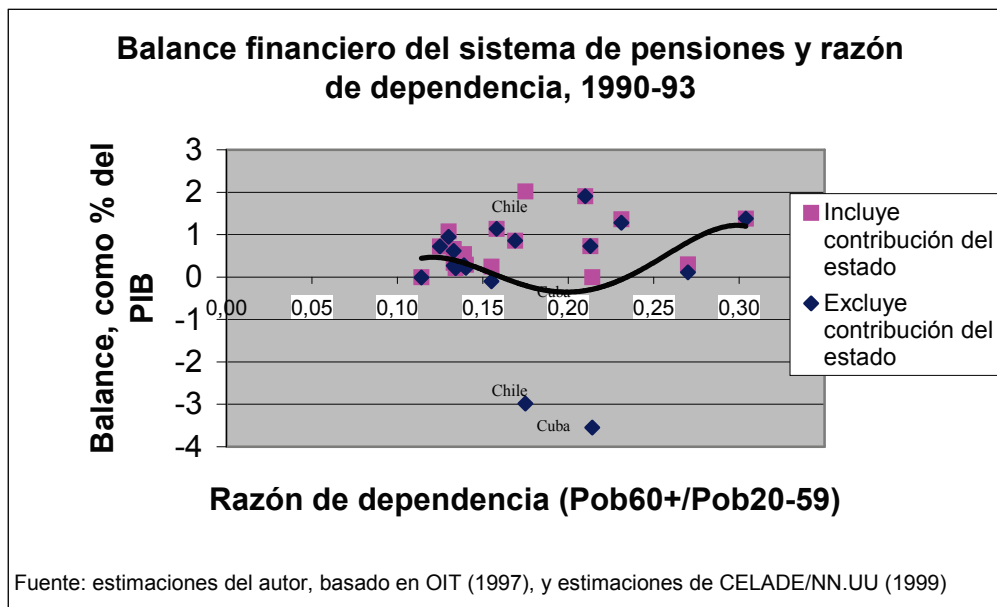
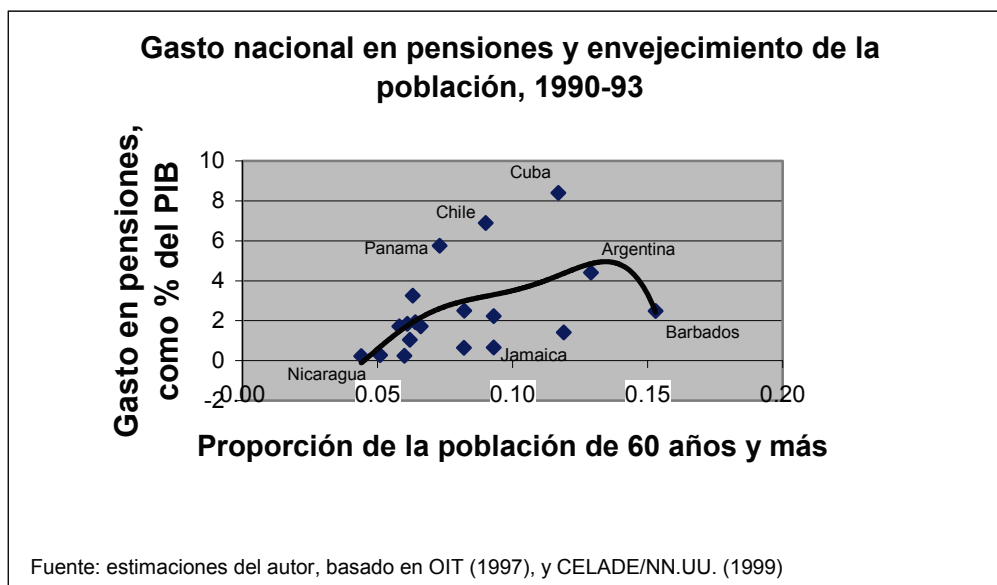
El gasto regional promedio en pensiones en América Latina, cercano al 2 por ciento del producto interno bruto (PIB), es comparable al nivel de Asia, pero es reducido en comparación a los niveles de 8 a 10 por ciento del PIB de los países más desarrollados y de la región de Europa del Este. También en 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 Cuba.³ 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 los efectos producidos por otros factores determinantes, tales como las tasas de cobertura, de reemplazo, y otros.

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.

Gráfico 1

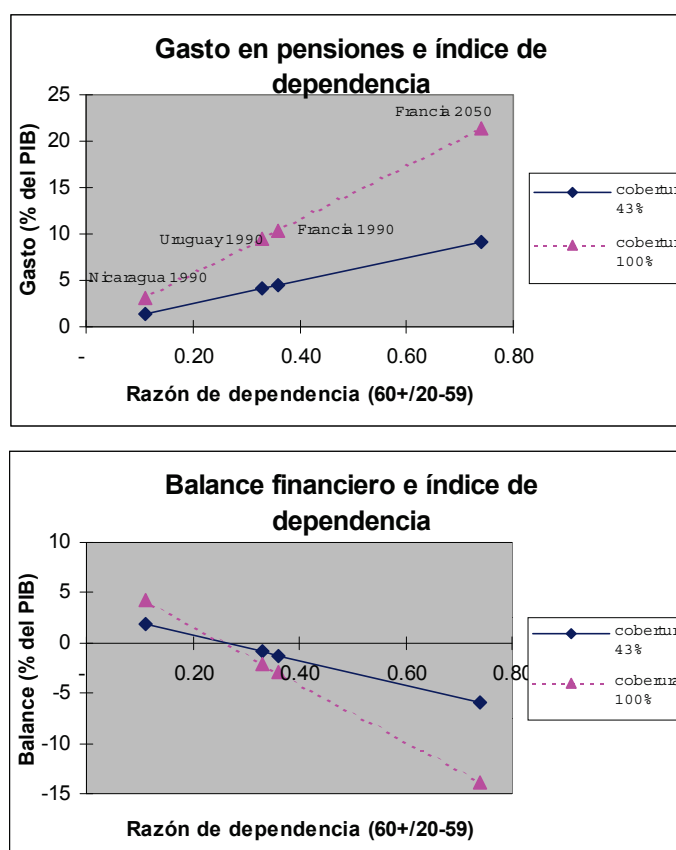
GASTO Y BALANCE FINANCIERO DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SEGÚN GRADO DE ENVEJECIMIENTO



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



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

eligibilidad) 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 cuál 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 vio 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 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 desarrollo.⁴

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 afectadas.⁵ 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.

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.

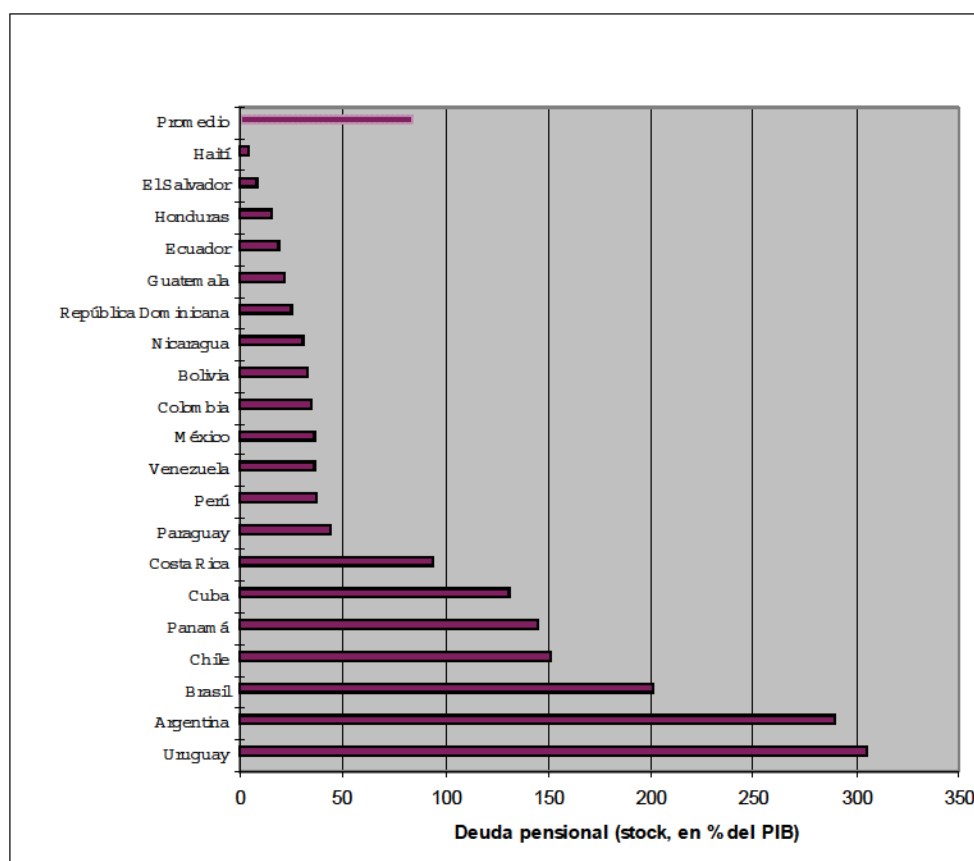
⁵ En Bravo (1996) y CEPAL (1998) se desarrolla en mayor detalle este tema y se dan algunos ejemplos sobre Chile, Colombia y Uruguay, entre otros países.

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, 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.

Gráfico 3

DEUDA PENSIONAL IMPLÍCITA EN AMÉRICA LATINA



Fuente: CEPAL (1998).

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

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, que es la parte 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 (AIOFSP, 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

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).

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, aunque 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 la región.

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 F. Bertranou (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. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- _____ (1999), “Population Ageing and Pension Systems: Latin America in an International Perspective”. Inédito, programa CELADE/BID, Santiago, Chile.
- Bravo, J. y A. Uthoff (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.
- CELADE (1998a), *América Latina: Tablas de Mortalidad*. Boletín Demográfico No. 61, enero. Santiago, Chile.
- _____ (1998b), *América Latina: Proyecciones de Población*. Boletín Demográfico No. 62, julio. Santiago, Chile.
- _____ (1999), Estimaciones y proyecciones de población, vigentes al mes de julio.
- 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, J. (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 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 América Latina*. Estudios e Informes de la CEPAL No. 43, Santiago, Chile.
- _____ (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.
- 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, diciembre. LC/G.1986-P.
- Uthoff, A. y J. Bravo (1998), Deuda Previsional y Privatización de los Sistemas de Pensiones. *X Seminario Regional de Política Fiscal: Compilación de Documentos*, pp. C27-C50. Santiago, Chile, 26-28 de enero.
- Valdes-Prieto, S., ed. (1997), *The Economics of pensions: Principles, policies and international experience*. Cambridge University Press.

La reforma de los sistemas jubilatorios en los países industrializados

Lawrence H. Thompson¹

Introducción

Casi todos los países industrializados están haciendo grandes esfuerzos ajustar sus sistemas jubilatorios al proceso de envejecimiento de la población.² Los enfoques adoptados por los diversos países tienen ciertas similitudes, que reflejan la universalidad del proceso de envejecimiento y la reducida gama de alternativas posibles. Sin embargo, también se observan diferencias importantes entre los países, derivadas de las diferencias en el ritmo del envejecimiento, de la estructura y la evolución de los diversos sistemas jubilatorios y de las peculiares tradiciones e instituciones políticas de cada uno.

¹ Investigador Principal, The Urban Institute, Washington, D.C., y Presidente de The U.S. National Academy of Social Insurance. El trabajo expuesto en el presente documento se realizó como parte del Proyecto sobre Jubilaciones en el Urban Institute, financiado con una donación de la Fundación Mellon. Las opiniones formuladas pertenecen al autor y no coinciden necesariamente con las de la Fundación Mellon, The Urban Institute o The National Academy of Social Insurance (correo electrónico: lthompson@ui.urban.org).

² Los países que abarca el presente estudio son los miembros de la Unión Europea (con excepción de Grecia), Australia, Canadá, los Estados Unidos, Japón, Noruega, Nueva Zelanda y Suiza.

Los programas de jubilación del Estado en la mayoría de los países industrializados experimentaron un crecimiento acelerado durante los años cincuenta y sesenta, a medida que se creaban nuevos programas y se ampliaban los existentes. En unos pocos países, esa etapa de expansión se mantuvo en el decenio de 1990, pero en buena parte del mundo industrializado concluyó a mediados de los años setenta. Este último hecho puede vincularse con la desaceleración generalizada del crecimiento económico ocurrida tras las crisis petroleras y el estrechamiento de la brecha de ingresos entre la población activa y los jubilados, una brecha que había impulsado en gran medida la expansión anterior. Sin embargo, a fines de los años setenta y principios de los ochenta muchos fue frecuente la adopción de medidas de flexibilización de los sistemas jubilatorios, como la posibilidad de acogerse a la jubilación prematura. Este cambio se produjo a raíz de las preferencias expresadas por los trabajadores de más edad (y sus empleadores) y de los esfuerzos de los países de Europa occidental por reducir el desempleo mediante la flexibilización de los sistemas jubilatorios.

Durante los años noventa, la tendencia predominante ha sido la reducción del gasto. Como el proceso de crecimiento siguió siendo lento, en la mayoría de los países industrializados se produjeron desequilibrios fiscales que, finalmente, fue necesario enfrentar. Sin embargo, la reducción del gasto también refleja la presión creciente que ejerce el envejecimiento de la población sobre el costo de las jubilaciones y el reconocimiento de que en el futuro las tendencias demográficas serán cada vez más desfavorables para los sistemas jubilatorios.

En el presente estudio se examinarán los procesos de ajuste que se llevan a cabo actualmente en el mundo industrializado. El documento comienza con una perspectiva general del ritmo y los patrones del envejecimiento en esos países y de la estructura de los sistemas de ingresos jubilatorios que se han ido desarrollando. La mayoría de los cambios ocurridos en el mundo industrializado han sido ajustes de tipo evolutivo para hacer frente a los problemas del envejecimiento y de los desequilibrios fiscales. A continuación se examinan los patrones de estos ajustes. Como se ha señalado, durante los años noventa varios países industrializados siguieron realizando un proceso importante de flexibilización. Durante ese mismo decenio, muchos otros países llevaron a cabo reformas estructurales considerables, que se describen en la sección siguiente. En la última parte del documento se formulan algunas observaciones sobre las similitudes y las diferencias entre las reformas del sistema jubilatorio en los países industrializados y las reformas recientes llevadas a cabo en América Latina.

Tendencias demográficas

El envejecimiento de la población es el resultado de la interacción entre dos tendencias conceptualmente bien definidas: la disminución de las tasas de fecundidad y la reducción de las tasas de mortalidad, compensadas, en algunos casos, por las migraciones internacionales. En casi todo el mundo desarrollado las tasas de fecundidad aumentaron durante los 15 años inmediatamente posteriores a la segunda guerra mundial y declinaron durante los años setenta y ochenta. Las diferencias entre los países con respecto a la magnitud del crecimiento inicial, el momento en que comienza la declinación posterior y las tasas de fecundidad recientes son enormes. No obstante, el ciclo de crecimiento y declinación fue, en mayor o menor medida, generalizado. Como resultado de estos procesos, en la mayoría de los países desarrollados hay cohortes de personas nacidas durante el período de la explosión demográfica que hoy día están en edad laboral y que son más numerosas que las cohortes precedentes o siguientes.

Al mismo tiempo, la esperanza de vida ha ido aumentando en forma constante. En la primera mitad del decenio de 1950, la esperanza de vida al nacer —considerando el promedio de ambos sexos— en la mayoría de los países desarrollados oscilaba entre los 66 y los 69 años de edad.

Veinte años más tarde, este indicador ha aumentado hasta los 76 a 79 años de edad, lo que representa un aumento de 10 años en la esperanza de vida en un período de 20 años. Según las proyecciones, cabe suponer que la esperanza de vida seguirá aumentando, aunque a un ritmo mucho más lento, y que para 2030 la esperanza de vida al nacer oscilará entre los 80 y los 83 años de edad.

En todos los países desarrollados, el aumento de la esperanza de vida ha provocado un incremento del cociente entre el número de personas de edad y la población total, pero en muchos de ellos el ritmo de este proceso ha caído debido a la existencia de cohortes excepcionalmente numerosas de personas nacidas durante el período de la “explosión demográfica”. Estas cohortes han aumentado el tamaño de la población en edad de trabajar, compensando el aumento del número de personas que sobreviven hasta edades más avanzadas. Sin embargo, en los primeros años del siglo XXI la declinación de las tasas de fecundidad —que se inició hace aproximadamente 25 años en la mayoría de los países— comenzará a neutralizar el efecto de compensación mencionado. Esta situación provocará un aumento mucho más rápido del índice de dependencia de las personas de edad que el causado exclusivamente por la declinación de la tasa de mortalidad.

En 1950, el índice de dependencia de las personas de edad —definido en este documento como la relación entre la población de 60 y más años de edad y la población de entre 15 y 59 años de edad— oscilaba entre 0.16 y 0.20 en la mayoría de los países desarrollados. Para 1990, el rango de esos índices fue de 0.22% y 0.25% en la mayoría los países, aunque llegó al 0.28% en Suecia, donde la explosión demográfica de posguerra fue especialmente baja.

Cuadro 1

ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS DE EDAD EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE*(Población de 60 y más años de edad dividida por la población de 16 a 59 años de edad)*

País	Índice de dependencia estimado			Variación, 2000-2030	
	1950	2000	2030	Absoluta	Porcentual
Alemania	.19	.27	.40	.13	50
Australia	.17	.20	.31	.11	56
Austria	.20	.24	.38	.14	56
Bélgica	.20	.26	.37	.12	44
Canadá	.16	.20	.33	.13	62
Dinamarca	.18	.24	.36	.11	46
España	.15	.25	.39	.14	54
Estados Unidos	.17	.21	.31	.11	51
Finlandia	.15	.24	.35	.11	45
Francia	.21	.25	.35	.10	40
Irlanda	.21	.19	.28	.09	45
Italia	.17	.28	.42	.14	52
Japón	.12	.26	.38	.12	45
Noruega	.18	.24	.33	.09	38
Nueva Zelandia	.18	.20	.30	.10	51
Países Bajos	.16	.22	.38	.16	72
Portugal	.15	.20	.34	.10	39
Reino Unido	.20	.25	.34	.09	36
Suecia	.20	.27	.35	.08	29
Suiza	.15	.24	.39	.14	64
Promedio simple	.18	.24	.35	.12	48

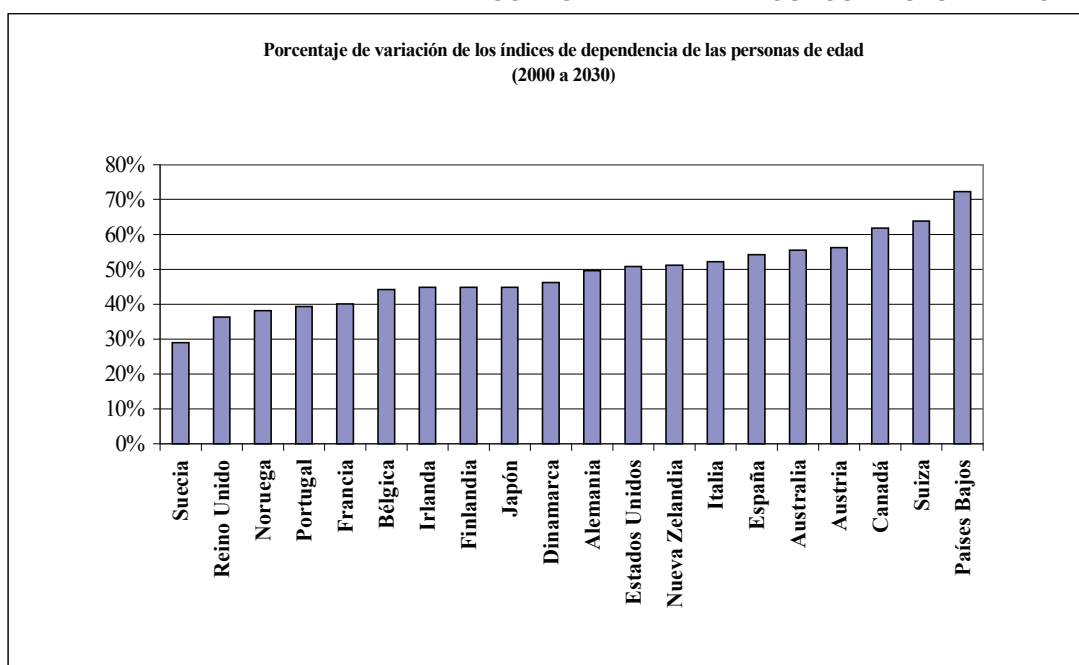
Fuente: Naciones Unidas, 1995.

Según las proyecciones, en los próximos cuatro decenios se producirá un aumento relativamente acelerado de los índices de dependencia de las personas de edad en todos los países. Para 2030, estos coeficientes oscilarán entre 0.30% y 0.40%, es decir, un aumento del 50% con respecto a 1990 y de aproximadamente 100% con respecto a 1950.

Sin embargo, las tendencias generales ocultan diferencias importantes entre los países industrializados. Si consideramos las variaciones estimadas y el nivel futuro del índice de dependencia de las personas de edad, los países que probablemente enfrenten los mayores desafíos demográficos serán Alemania, España, Italia, los Países Bajos y Suiza. En estos países, el proceso de envejecimiento será muy acelerado y los índices de dependencia de las personas de edad estarán entre los más altos del mundo. En el otro extremo, se estima que Australia, los Estados Unidos, Irlanda y Nueva Zelanda registrarán aumentos relativamente más bajos, ya que las proyecciones indican que el envejecimiento será más lento y de menor magnitud, al menos desde ahora hasta 2030.

Gráfico 1

INCREMENTO PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS DE EDAD EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE



También cabe destacar la situación de varios otros países. En Suecia, la proporción de personas de edad ya es bastante alta y se estima que el ritmo de envejecimiento será menor que en otros países desarrollados debido, en parte, a los incrementos recientes de las tasas de fecundidad. Durante el decenio de 1990, la población del Japón envejeció bastante rápido pero, según estas proyecciones, su situación no es demasiado excepcional y varios países de Europa llegarán al mismo nivel bastante pronto.

El impacto de los cambios demográficos sobre el costo de las jubilaciones

Con el incremento del índice de dependencia de las personas de edad, los costos de los programas de jubilación han aumentado.³ La relación es evidente y directa en los países en que la jubilación se financia mediante un sistema de reparto, exclusivamente sobre la base de las contribuciones de los trabajadores. En este caso, el aumento de los índices de dependencia se traducirá directamente en una reducción del número de trabajadores disponibles para mantener a cada beneficiario. Si no se reducen en alguna medida los niveles medios de las prestaciones o se aumenta la edad de la jubilación, las tasas de contribución deberán aumentar.⁴

La relación es mucho menos evidente y algo más indirecta cuando se utilizan otras fuentes de ingresos del sector público para financiar las prestaciones. Si las jubilaciones se financian total o parcialmente con el presupuesto general, es probable que el costo para los trabajadores no aumente tan rápido como lo indicaría la evolución de los índices de dependencia. Una parte del aumento de los costos de la jubilación se recuperará aumentando la carga tributaria de las mismas personas de edad o a través de reducciones de otros gastos del Estado.⁵ Asimismo, al menos por un tiempo, es posible que los gobiernos cubran los mayores costos de las jubilaciones a través de empréstitos, lo que seguramente significa reducir las reservas de ahorro interno o disminuir las tenencias netas de activos del exterior.

En lo fundamental, el incremento de la esperanza de vida tendrá las mismas repercusiones sobre los sistemas de capitalización que sobre los de reparto. El aumento de la longevidad de los jubilados exigirá mayores tasas de aportes, un aumento de la edad de la jubilación o una disminución de las prestaciones jubilatorias medias. En el plano individual, los sistemas de capitalización parecen estar mejor protegidos con respecto a las variaciones de las tasas de fecundidad que los sistemas de reparto pues la suma que debe ahorrar anualmente cada trabajador —o quien lo haga en su nombre— depende solamente de la relación entre el número de años trabajados, el número de años en que cobra la jubilación y la rentabilidad de las inversiones.

Sin embargo, las diferencias en el plano macroeconómico no son tan claras. En un sistema de capitalización, el aumento del número de beneficiarios con respecto al número de trabajadores aumenta el monto agregado que se retira de los fondos de pensión en relación con el monto agregado que se deposita en ellos. Los efectos de una variación del índice de dependencia de las personas de edad sobre el ahorro nacional serán similares a los que produciría la financiación del déficit de los sistemas de reparto mediante empréstitos del Estado.

No obstante, la financiación de los regímenes jubilatorios puede afectar a la economía de otras maneras y las diferencias de enfoque en materia de financiación han dado impulso a un debate permanente sobre la financiación de estos regímenes, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Si el entorno es adecuado, los sistemas de capitalización pueden aumentar la tasa de crecimiento, ya sea a través de la eficiencia de los mercados financieros o mediante un incremento

³ Desde un punto de vista técnico, el costo está determinado por la relación entre el número de jubilados y de trabajadores en actividad, pero sobre todo en aquellos países desarrollados donde la mayor parte de la fuerza de trabajo está cubierta por un régimen jubilatorio, las diferencias entre la población total y los participantes del programa nacional de jubilaciones son mucho menos pronunciadas que en el mundo en desarrollo.

⁴ Se puede demostrar que en este sistema, la tasa de aportes necesaria es igual a la relación entre el número de beneficiarios y el número de trabajadores, multiplicada por la relación entre la prestación media y el salario medio sujeto a gravamen. Si la relación entre las prestaciones y los salarios se mantiene constante, cualquier aumento de la relación entre los beneficiarios y los trabajadores generará un aumento directo y proporcional de la tasa de aportes necesaria (véase Thompson, 1998).

⁵ Por lo general, los aumentos del índice de dependencia de las personas de edad se producen simultáneamente con una reducción de la tasa de dependencia de los jóvenes, dejando un margen para reducir en alguna medida el gasto público dirigido a la juventud, aunque difícilmente este margen sea suficiente para compensar el aumento de los costos de las jubilaciones.

del ahorro nacional, o bien financiando un determinado número de jubilaciones con una tasa de aportes más reducida.

La estructura de los programas de jubilación del Estado

Las diferencias de tamaño relativo y de estructura de los sistemas de jubilación obligatorios de los distintos países desarrollados son aún mayores que las diferencias demográficas. El desarrollo económico, la globalización y la revolución de las comunicaciones han impulsado a una convergencia entre las naciones en lo que se refiere a la estructura de muchas instituciones sociales y económicas. Los sistemas jubilatorios parecen ser la excepción de esta tendencia general. Con el tiempo, la mayoría de los países ha desarrollado sistemas en los que se combinan elementos que favorecen la redistribución en favor de las personas de edad de bajos ingresos con otros que vinculan las prestaciones jubilatorias con los niveles de ingresos anteriores a la jubilación. Sin embargo, la importancia relativa asignada a los dos objetivos y los arreglos institucionales elegidos para lograrlo difieren enormemente.

En el cuadro 2 se resumen los aspectos fundamentales de los sistemas de jubilación de 20 países desarrollados importantes. De ellos, 10 tienen sistemas jubilatorios estatales, que incluyen una prestación uniforme pagadera a todos los jubilados; 13 tienen un sistema estatal en que las prestaciones se vinculan a los ingresos anteriores; y dos (Australia y Finlandia) no tienen ninguno de los dos. De los 10 países que tienen un sistema de prestaciones uniformes, cinco tienen también un régimen de prestaciones vinculadas con los ingresos y los otros cinco no.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES DE LA JUBILACIÓN OBLIGATORIA EN LOS PAÍSES INDUSTRIALIA

País	Prestación unitaria		Sistema del Estado			Sistema privado	Otras c
	Subsidio demográfico	Contribución	Prestación relacionada con el ingreso	Porcentaje de sustitución ^a	Tasa de aporte ^b		
Alemania			/	47	20.3	1.9	
Australia				27	ninguna	nc	/
Austria			/	72	22.8	1.6	
Bélgica			/	53	16.4	ninguno	
Canadá	/		/	39	6.0	1.1	Planes emplea
Dinamarca	/			-- ^d	ninguno	nc	/
España			/	86	28.3	1.8	
Estados Unidos			/	41	12.4	2.5	Planes emplea
Finlandia				60 ^e	16.4	3.6	Prestac ingreso
Francia			/	50	16.5	1.8	/
Irlanda		/		29	19.8 ^f		Planes emplea
Italia			/	-- ^d	28.3	1.0	
Japón		/	/	53	17.3	2.1	
Noruega		/	/	53	21.9	ninguno	
Nueva Zelandia	/			34	ninguno	nc	Planes emplea
Países Bajos		/		30	32.3	0.9	/
Portugal			/	80	34.8	-- ^d	
Reino Unido		/	/	40	22.0 ^f	1.5	Planes emplea
Suecia	/		/	66	20.1		/
Suiza		/		20	9.8		/

Fuente: Cálculos del autor sobre la base de datos obtenidos en la U.S. Social Security Administration (1998).

^a Prestación aproximada, suponiendo 40 años de crédito calculado conforme al valor medio del salario industrial, dividido por el salario estimado 44 puntos jubilatorios).^b Tasa de aporte combinada del empleador y el empleado para las prestaciones de vejez, discapacidad y valor máximo del salario imponible y el valor medio del salario industrial.^c Se carece de datos.^d Parte de la prestación obligatoria varían con los ingresos e incluye la tasa de otros programas; esta es la tasa más alta.

Las prestaciones uniformes aseguran pisos de ingresos a la población de personas de edad. En Canadá, Dinamarca, Nueva Zelandia y Suecia esta prestación se paga a todas las personas —que han sido residentes permanentes en el país durante mucho tiempo— cuando alcanzan una edad determinada, independientemente de su historia laboral. **Sin embargo, los montos pagados a las personas de edad de mayores ingresos pueden reducirse o retenerse mediante la aplicación de medidas tributarias especiales.** En los otros seis países, la percepción de la prestación uniforme está supeditada al pago de contribuciones y el monto devengado es una función del tiempo durante el cual se realizaron los aportes. Otros dos países (Australia y Finlandia) aseguran una prestación uniforme a todas las personas de edad, pero la aplicación de esta garantía está condicionada al nivel de ingresos.⁶

Hoy día, el monto de las prestaciones de todos los programas vinculados con los ingresos es una función de los ingresos percibidos antes de la jubilación, pero cada uno utiliza su propia fórmula. En la mayoría de los casos, se calcula algún tipo de promedio de los ingresos anteriores a la jubilación. Luego, este promedio se multiplica por un factor de sustitución del ingreso —un "factor de acumulación", que puede ser 50%, por ejemplo —para calcular la prestación mensual. Por lo general, ese factor se calcula en función del número de años de créditos de seguro que ha obtenido la persona. Varios países en los que el régimen jubilatorio no utiliza un sistema de prestaciones uniformes, recurren a diversos mecanismos para redistribuir los beneficios en favor de los trabajadores que perciben los salarios más bajos. En dos de ellos (los Estados Unidos e Italia) los factores de acumulación son mayores para las personas que perciben menores salarios y en por lo menos uno de ellos (Alemania) se revalúan los créditos acumulados de las personas ubicadas en el extremo inferior de la escala salarial. El financiamiento de la mayoría de los programas vinculados con los ingresos se hace mediante un sistema de reparto, aunque en varios países se mantiene una reserva que puede llegar a ser equivalente al monto de las prestaciones de cinco años.

En todos los países se fija una edad normal de jubilación a partir de la cual el trabajador tiene derecho a percibir la prestación completa. Sin embargo, en muchos de estos países también se permite a los trabajadores comenzar a cobrar las prestaciones antes de esa edad, siempre y cuando acepten percibir una prestación más baja el resto de su vida o hayan acumulado un número mínimo de aportes.

En siete de los 20 países que figuran en el cuadro 2, las prestaciones que provee el Estado se complementan con una prestación adicional obligatoria a cargo de los empleadores. La mayor parte de estas obligaciones se origina en los convenios colectivos de trabajo, que se han ampliado a casi toda la población trabajadora. Actualmente, en Australia, Finlandia, Francia y Suiza, estas obligaciones están establecidas por ley, mientras que en Dinamarca, los Países Bajos y Suecia siguen siendo el resultado de los convenios colectivos. En Francia, el sistema jubilatorio es de reparto mientras que en los demás países es de capitalización. Asimismo, los sistemas de Francia, Finlandia y los Países Bajos —y buena parte de sistema sueco— son de prestaciones definidas mientras que en los demás países suelen ser de aportes definidos.

En los países que, como se ha señalado, enfrentan los problemas demográficos más graves, las estructuras actuales son completamente distintas. El sistema de España es bastante caro y las prestaciones están entre las más elevadas del mundo. El sistema alemán también es relativamente caro y las prestaciones sustituyen una proporción ligeramente inferior al 50% del salario medio y obliga al pago de aportes equivalentes a aproximadamente el 20% de los salarios que lleguen hasta el doble del salario medio. En cambio, los sistemas estatales de los Países Bajos y Suiza pagan

⁶ Hasta 1996, la prestación uniforme en Finlandia era una jubilación universal similar a las prestaciones uniformes de Dinamarca y Suecia. Posteriormente, se cambió a una **prestación sujeta a la verificación de los ingresos, en la que sólo se tienen en cuenta los que provienen de otras jubilaciones.** Todos los países tienen amplios programas de asistencia social para las personas de edad.

prestaciones uniformes más bajas y exigen aportes jubilatorios menores.⁷ En ambos casos, las empresas tienen la obligación de pagar una proporción importante de los ingresos jubilatorios. La situación demográfica de Portugal es más favorable (o menos *desfavorable*) que la de muchos otros países, pero tanto las prestaciones como la tasa tributaria son bastante elevadas, por lo que su margen de maniobra es más reducido. En los países de habla inglesa, la situación demográfica es menos grave y, además, los sistemas jubilatorios del Estado son más reducidos y dependen (con la excepción de Australia) de planes jubilatorios voluntarios patrocinados por los empleadores, que complementan los sistemas del Estado. Esta situación contribuye a mitigar la magnitud de los problemas jubilatorios del sector público que cada uno de ellos se verá obligado a resolver en el próximo siglo.

Estrategias de racionalización de los sistemas jubilatorios⁸

La gran mayoría de las reformas de los sistemas jubilatorios del mundo industrializado han consistido en cambios progresivos que modificaron el sistema de ingresos jubilatorios sin cambiar sustancialmente su estructura. Sólo en algunos se han producido cambios estructurales importantes.

Sin embargo, ya sea que los cambios sean progresivos o estructurales, las estrategias utilizadas para ajustar los sistemas jubilatorios al envejecimiento de la población son las mismas. A medida que aumenta la longevidad hay que adaptar los sistemas combinando de alguna manera el aumento de la edad en que se comienza a percibir las prestaciones —o restringiendo de alguna otra manera el acceso al sistema—, la reducción de la prestación media mensual pagada a todos los beneficiarios o a algunos de ellos y el incremento de los ingresos del sistema. La experiencia de los últimos 12 años en los países industrializados parece indicar que pueden esperarse los tres tipos de ajustes mencionados y que éstos se llevarán a cabo utilizando mecanismos muy diversos.

Aumento de la edad de la jubilación. El método más obvio —pero no necesariamente el que goza de mayor aceptación— de adaptar los sistemas al envejecimiento es aumentar la edad en que los trabajadores se hacen acreedores a los beneficios de la jubilación. Los argumentos en favor del aumento de la edad de la jubilación difícilmente puede refutarse desde un punto de vista racional. Si no se realiza algún ajuste de la edad en que pueden devengarse las prestaciones jubilatorias, cada año de aumento en la esperanza de vida de aquellos que se acercan a la edad de la jubilación equivale a sumar un año al período en que esas personas devengarán las prestaciones, con lo cual este período constituirá una fracción siempre creciente de la vida adulta (y un costo cada vez más elevado durante la edad laboral). En la mayoría de los casos, un ligero ajuste de la edad de la jubilación —por ejemplo, un año cada dos decenios, aproximadamente— sería suficiente para mantener constante la relación entre el número de años trabajados y el número de años en que el trabajador medio devengará las prestaciones, lo que reduciría enormemente la presión sobre los costos vinculados con el envejecimiento de la población.

En los países industrializados, los aumentos generalizados de la edad de la jubilación han sido poco comunes. Los ajustes más frecuentes han sido: 1) igualar la edad de la jubilación de los hombres y las mujeres; 2) restringir las posibilidades de optar por la jubilación anticipada; y 3) aumentar los incentivos para que la gente postergue la percepción de las prestaciones jubilatorias o siga trabajando aún después de comenzar a devengarlas.

Nueva Zelanda es el único de los países que abarca el presente informe que ha adoptado un aumento uniforme y generalizado de la edad jubilatoria. Ha comenzado a aumentar la edad en que

⁷ En realidad, la *tasa* de aportes en los Países Bajos es más elevada —debido, en parte, a la existencia de un programa de discapacidad excepcionalmente caro— pero sólo se recauda sobre una parte de los ingresos, que puede llegar hasta el 90% del salario medio.

⁸ Las principales modificaciones adoptadas por cada país se resumen en el anexo.

las personas se harán acreedoras a las prestaciones universales de 60 a 65 años y el proceso se habrá completado en 2001. Otro caso puede ser el Japón. En 1994 se aumentó la edad en que las personas tenían derecho a percibir una parte de la prestación jubilatoria de 60 a 65 años y el Gobierno ha anunciado recientemente que, en el futuro inmediato, tiene la intención de implantar un incremento similar con respecto a la otra parte de la prestación (el Gobierno había intentado aumentar la edad para ambas partes de la prestación en 1994 pero se vio obligado a transigir a fin de conseguir la aprobación del Parlamento).

Alemania también tiene previsto aumentar la edad de la jubilación, aunque el patrón de los ajustes es mucho más complicado. En este país se aumentará la edad necesaria para percibir el total de las prestaciones del valor actual de 60–63 años —según las circunstancias en que la persona se acoja a la jubilación— a 65 años. Durante algún tiempo, mucha gente podrá devengar las prestaciones a la edad anterior pero se impondrá una reducción permanente del 3.6% por cada año que le falte para cumplir los 65 años.⁹ Sin embargo, para 2012 se prevé aumentar a 62 años la edad inicial en que la persona puede comenzar a percibir las prestaciones.

Actualmente, varios países están comenzando a aumentar la edad de jubilación de las mujeres. Hasta ahora, la edad de jubilación de las mujeres era menor que la de los hombres en muchos países. Habitualmente, las mujeres podían jubilarse a los 60 años mientras que los hombres sólo podían hacerlo a los 65. Sin embargo, últimamente esta diferenciación se ha prohibido en la Unión Europea y en otros países desarrollados se ha comenzado a cuestionarla. En consecuencia, en los países donde existían tales diferencias, se están eliminando —o, como sucede en Suiza, se están reduciendo— mediante un aumento de la edad de jubilación de las mujeres. Indudablemente, el hecho de que estas diferencias se eliminen aumentando la edad de la jubilación de la mujer en lugar de disminuir la del hombre es un reflejo de la presión de los costos actuales sobre los sistemas jubilatorios.

Otra forma de ajuste utilizada con frecuencia consiste en imponer restricciones a los requerimientos para acogerse a la jubilación anticipada. Entre los cambios recientes, cabe señalar los realizados en Alemania, Bélgica, Finlandia e Italia. En muchos casos, estas restricciones se aplican a las personas que han estado desempleadas durante varios años o se logran aumentando el número de años de aportes necesarios para que un trabajador pueda optar por la jubilación anticipada. Muchos de estos cambios constituyen un giro de 180 grados con respecto a las medidas de flexibilización adoptadas a principios de los años ochenta.

Por último, muchos países han tratado de alentar a la gente a que siga trabajando pero sin obligarla a hacerlo. Una forma es estableciendo reducciones especiales que sólo se aplican a los trabajadores que optan por percibir las prestaciones antes de la edad normal de la jubilación. Otra es aplicar un esquema de factores de ajuste que regula las prestaciones mensuales que percibirá el trabajador durante el período de supervivencia esperado en el momento en que comienza a devengar las prestaciones. Este último enfoque es el elemento clave de las reformas de Italia y Suecia. Algunos países que limitan los ingresos de las personas que perciben una jubilación han flexibilizado dichos límites para las personas que siguen trabajando a fin de incentivarlas a hacerlo —y seguir realizando aportes jubilatorios— aún si el trabajador ha comenzado a percibir prestaciones jubilatorias.

Queda por ver cuál será, en definitiva, el impacto de los intentos por influir sobre la actitud de los jubilados mediante pequeños cambios en los incentivos. Los estudios realizados sobre las actitudes de los jubilados parecen indicar que es más probable que el resultado de estas medidas sea una reducción del monto de las prestaciones de las jubilaciones anticipadas y no un estímulo

⁹ El 3.6% anual es aproximadamente la mitad de la reducción que sería necesaria para igualar el valor actual del conjunto de las prestaciones devengables a distintas edades.

para extender la vida laboral. Del mismo modo, las experiencias de los Estados Unidos y del Japón dan motivo para creer que la flexibilización de las condiciones por las cuales se permite a los jubilados trabajar y percibir prestaciones jubilatorias probablemente signifiquen un aumento de costos en concepto de prestaciones que no se compensará con el incremento de los aportes y otros ingresos tributarios.

Reducción de las prestaciones. A fin de reducir los costos, en los últimos años se han aplicado varios ajustes al monto de las prestaciones. Algunos de estos cambios afectan las prestaciones que perciben las personas ya jubiladas y otros se aplicarán en forma prospectiva y se irán introduciendo más lentamente. Los ajustes pueden comprender una mejora en la focalización, modificaciones en el cálculo de las prestaciones o ajustes de las fórmulas y un desplazamiento de los enfoques de prestaciones definidas a los de aportes definidos.

Varios países que tienen prestaciones uniformes y universales —financiadas con cargo al presupuesto general— han restringido el acceso de las personas de edad que están en mejor posición económica. En los años ochenta, Canadá y Nueva Zelandia comenzaron a utilizar un sistema de primas variables que consistía en la aplicación de sobretasas a los impuestos sobre la renta personal que correspondieran a estas prestaciones aunque en 1998 Nueva Zelandia eliminó estas disposiciones. Finlandia aplicó **un tipo de** sistema de verificación de los medios de vida directamente a las prestaciones de estas personas. Hasta la fecha, los sistemas de primas variables y los sistemas de verificación de los ingresos se han aplicado solamente cuando las prestaciones se pagaban a todas las personas de edad como "subsidio demográfico" financiado con cargo al presupuesto general. Tales restricciones no se han aplicado cuando las prestaciones uniformes se financian con aportes para fines específicos y se pagan sólo a las personas que poseen una trayectoria laboral.

Alemania, Finlandia y Japón modificaron el índice utilizado para ajustar las prestaciones después de la jubilación. Alemania y Japón han dejado de indizar las prestaciones con la tasa de crecimiento de los salarios brutos y comenzaron a indizarlos con la tasa de crecimiento de los salarios netos. En efecto, cualquier incremento de los aportes jubilatorios o de otros impuestos directos reducen tanto el salario neto de la población en edad de trabajar como las prestaciones de la población jubilada. Finlandia modificó el índice que utiliza para ajustar las prestaciones asignando una ponderación mayor a las variaciones de los precios y una ponderación menor a las variaciones de los salarios, lo que en la mayoría de los años redundó en una reducción de la magnitud global del ajuste. En el pasado, tanto Nueva Zelandia como el Reino Unido pasaron de un sistema de indización de las prestaciones uniformes basado en los salarios a otro basado en los precios.

Se han utilizado diversos mecanismos para reducir la magnitud de las prestaciones vinculadas con la jubilación a la edad normal. En algunos países (como España, Finlandia, Francia, Italia y Suecia) se aumentó el número de años sobre los cuales se promedia los ingresos para calcular las prestaciones. Portugal disminuyó las jubilaciones en un 10% reduciendo el factor de acumulación anual del 2.2% al 2.0% y el Gobierno japonés anunció que tiene la intención de proceder a una reducción progresiva del 5%.

En 1983, los Estados Unidos comenzaron aplicar una reducción general de las prestaciones aumentando la edad normal de la jubilación pero sin modificar la edad inicial en que la persona podía hacerse acreedora a las prestaciones jubilatorias. En ese país las prestaciones mensuales se aumentan o reducen permanentemente en función de la diferencia entre la edad en que comienza a percibirse la prestación y la edad establecida como "edad normal de la jubilación". Así, un incremento de la edad de referencia, es decir, la "edad normal de la jubilación", en realidad no es más que una reducción del monto que percibirán los futuros trabajadores a la edad en que se jubilen, cualquiera sea ésta. Alemania utilizó una variante de este enfoque anunciando un aumento

de la edad de la jubilación de los 63 a los 65 años, produciendo, al mismo tiempo, una reducción permanente de las prestaciones disponibles para las personas de menor edad.

Para concluir con el examen de los ajustes, cabe señalar el paso de los regímenes de prestaciones definidas a los de aportes definidos. En el primero, las fórmulas de cálculo permiten determinar una prestación mensual que se paga al jubilado por el resto de su vida. El efecto inicial del aumento de la esperanza de vida es un incremento del costo total del programa de jubilaciones. En el segundo, las fórmulas de cálculo distribuyen el saldo disponible de la cuenta durante el período de supervivencia estimado del jubilado. El efecto inicial del aumento de la esperanza de vida es una reducción de sus ingresos mensuales. Como se prevé que la esperanza de vida seguirá aumentando, es probable que los regímenes de aportes definidos resulten más eficaces para restringir los costos, ya que generan una disminución automática de las prestaciones. Como se explicará más adelante, el paso de un régimen de prestaciones definidas a otro de aportes definidos es uno de los elementos clave de las reformas del sistema jubilatorio de Italia, el Reino Unido y Suecia. Asimismo, las ampliaciones llevadas a cabo en Australia y Dinamarca han adoptado la forma de nuevos regímenes de aportes definidos.

Cómo aumentar los ingresos del sistema jubilatorio

En la medida en que las reducciones de las prestaciones y el aumento de la edad de la jubilación no son suficientes para compensar los efectos del envejecimiento de la población, es preciso aumentar el monto de los ingresos del sistema jubilatorio. Esto puede lograrse a través de un aumento de los aportes jubilatorios —recaudados por el gobierno o, simplemente, aplicados a los empleadores—, la utilización de mayores recursos provenientes de otros ingresos tributarios para apoyar los programas de jubilación o la ampliación de la base de ingresos a fin de que incluya las rentas por concepto de inversiones. Un aumento de estas rentas puede lograrse transformando total o parcialmente los sistemas de reparto en sistemas de capitalización. En algunos casos, esa transformación debe ir acompañada de una transferencia de una parte de la responsabilidad de la operación del sistema del sector público al sector privado.

La proporción del ingreso nacional dedicada a sostener a la población de jubilados aumentará en consonancia con los ingresos del sistema, independientemente de que el aumento de estos ingresos sea el resultado de un incremento de la presión tributaria o de un mayor aprovechamiento de las rentas por concepto de inversiones. Sin embargo, aumentar el apoyo a las personas de edad puede resultar más aceptable si se logra mediante la utilización de fuentes de ingresos que no sean los aportes jubilatorios tradicionales. Además, en determinadas circunstancias, la utilización de otras fuentes de ingresos puede tener otras ventajas económicas.

Durante los años sesenta y setenta, las tasas de los aportes jubilatorios crecieron en forma bastante acelerada en los países industrializados y seguir aumentándolos para resolver los problemas que plantea el envejecimiento de la población no es una medida que goce de mayor aceptación. En especial en las economías en que la productividad del trabajo ha crecido a un ritmo más lento, un aumento de las tasas de aportes producirá una reducción del salario neto de los trabajadores o un incremento del costo laboral de los empleadores. Ninguna de estas alternativas es deseable.

Japón es uno de los pocos países que ha anunciado públicamente su intención de aumentar significativamente las tasas de los aportes jubilatorios para resolver el problema del envejecimiento de la población. La tasa combinada de los aportes de empleados y empleadores en ese país se aumentó del 14.5% al 17.35% durante el período 1994-1996 y el Gobierno ha anunciado que probablemente deba incrementarla a razón de 2.5 puntos porcentuales cada cinco años hasta 2025 para financiar las prestaciones previstas. Hace poco se anunciaron nuevas reducciones de las

prestaciones, lo que contribuirá a moderar el ritmo de aumento de las tasas de aportes y reducirá el valor estimado de esas tasas para el año 2025 del 29.6% a una cifra que oscilará entre el 25% y el 27%.

Ante la fuerte oposición a nuevos aumentos de las tasas de aportes, varios países han optado por aumentar los subsidios con cargo al presupuesto para financiar el incremento de los costos de las jubilaciones. En los países cuyo sistema de ingresos jubilatorios se basa fundamentalmente en las prestaciones uniformes financiadas con cargo al presupuesto, el incremento de los costos de las jubilaciones absorberán, automáticamente, cualquier aumento de los ingresos devengados por concepto de impuestos generales. La necesidad de restringir el impacto sobre el presupuesto es el principal motivo de muchos recortes aplicados a los programas de prestaciones uniformes.

Sin embargo, en otros casos los gobiernos han adoptado la decisión expresa de aumentar los subsidios con cargo al presupuesto a fin de evitar (o al menos reducir) los aumentos de los aportes jubilatorios que, de otro modo, serían necesarios. En 1999, Alemania aumentó todos los subsidios con cargo al presupuesto destinados a su programa de jubilaciones del 20% al 25% de los gastos a fin de lograr una ligera reducción de las tasas de aportes jubilatorios. Este aumento se financió mediante un incremento del impuesto sobre el valor agregado. Como parte de un paquete de reformas, Portugal también incrementó los subsidios de su programa de jubilaciones financiados con cargo al presupuesto, mientras que el conjunto de medidas anunciadas por el Gobierno de Japón en 1999 comprende un aumento expreso del subsidio estatal destinado a financiar la parte correspondiente a las prestaciones uniformes de su sistema de ingresos jubilatorios.

Por último, también se está aplicando una estrategia que recurre en mayor medida a la capitalización (integración anticipada de fondos) para financiar los compromisos jubilatorios, que contempla la adquisición de activos financieros que generan una renta sobre las inversiones y constituyen una fuente permanente de ingresos para solventar las jubilaciones. Son una salvaguardia importante para los compromisos asumidos por los sistemas de jubilación privados.¹⁰ Si el entorno es adecuado, este sistema puede impulsar un crecimiento económico más acelerado o aliviar las presiones que ejercen los costos sobre los regímenes jubilatorios, posibilitando que una proporción determinada de jubilaciones futuras se financie con tasas de aportes más bajas. También es un ingrediente esencial de las reformas que trasladan una parte de la responsabilidad de la gestión de los regímenes jubilatorios del gobierno a las empresas privadas o a personas físicas.

En principio, la capitalización para financiar los pasivos jubilatorios puede acelerar la tasa de crecimiento económico, convirtiéndose en un mecanismo para incrementar el ahorro nacional o alentar la creación de instituciones financieras modernas. Esto último puede ser importante para muchos países en desarrollo pero no tiene mayor relevancia para los países examinados en el presente informe. En los debates públicos sobre las políticas jubilatorias en muchos países del mundo desarrollado a menudo se esgrime el argumento del ahorro. Sin embargo, con la eventual salvedad de la reforma de Australia, este factor no parece haber tenido mayor influencia en el contenido de las reformas actuales de los regímenes jubilatorios. Esto puede ser así porque las pruebas empíricas sobre la relación entre la financiación de las jubilaciones y el ahorro nacional no son muy convincentes y las estimaciones empíricas parecen indicar que la magnitud de los presuntos efectos sobre las tasas de crecimiento no es significativa.

¹⁰ La capitalización garantiza el cumplimiento de los compromisos jubilatorios asumidos por las empresas por más que éstas hayan cesado en sus actividades. Hasta hace algunos años, este sistema era más frecuente en los países anglosajones que en las economías en las que predominaban grandes familias de empresas industriales, presumiblemente porque el riesgo de bancarrota en el modelo anglosajón era mayor. Los sistemas de capitalización de los países como Alemania y el Japón se han financiado tradicionalmente sobre la base de una "reserva contable" en la que la corporación realiza un asiento de los pasivos futuros en su contabilidad pero no reserva activos financieros para cubrirlos.

El impacto potencial sobre la relación entre los aportes actuales y las prestaciones futuras probablemente influyó en mayor medida en las reformas de los sistemas jubilatorios que los eventuales efectos favorables en el plano macroeconómico. En un sistema de prestaciones definidas, la tasa de crecimiento de los pasivos correspondientes a los pagos futuros es aproximadamente similar a la tasa de crecimiento de los ingresos totales. Si los fondos que se reservan para financiar el pago de prestaciones futuras pueden invertirse con una rentabilidad superior a la tasa de crecimiento de los ingresos, el sistema de capitalización permitirá pagar en el futuro la misma jubilación con un aporte menor que el de los sistemas de reparto.

Sin embargo, el hecho de que esta relación sea una espada de doble filo tiene enorme influencia en las políticas jubilatorias del mundo desarrollado. Los gobiernos que ya han asumido compromisos jubilatorios para el futuro advierten que la transferencia de esos compromisos al sector privado es más cara que su financiamiento directo. Con las tasas de mercado actuales, las tasas de intereses de los bonos del Estado que tendrían que emitirse para financiar la transferencia de los compromisos al sector privado excede el costo de mantener esos compromisos. En consecuencia, los sistemas de capitalización constituyen una estrategia interesante para financiar los nuevos compromisos jubilatorios pero no lo es para los compromisos existentes.

Hace poco, Canadá aumentó la tasa de aportes jubilatorios del 6% al 9.9% con el objetivo explícito de acumular un fondo de reserva mayor que contribuyera a financiar las jubilaciones futuras. Si esta medida se combina con los pequeños recortes de las prestaciones realizados recientemente, se espera que la tasa de aportes del 9.9% y el aumento de la rentabilidad de las inversiones serán suficientes para financiar los compromisos jubilatorios asumidos durante buena parte del siglo XXI.

En otros países se están produciendo desplazamientos menos directos y explícitos hacia los sistemas de capitalización. En los países que hasta ahora han utilizado ampliamente la financiación mediante las "reservas contables", como Alemania y el Japón, se está alentando un uso más intensivo de los sistemas de integración anticipada en el sector de las jubilaciones privadas. Asimismo, en muchos países se están modificando las disposiciones tributarias a fin de alentar el ahorro individual con vistas a la jubilación. En los países que están reduciendo gradualmente los gastos del sistema de jubilaciones del Estado cabe esperar que estas medidas se compensen con un aumento de los regímenes jubilatorios voluntarios privados. Así, la importancia de los sistemas privados y de los sistemas de integración anticipada de fondos para generar ingresos jubilatorios deberán aumentar en el futuro pero es muy probable que este desplazamiento sea prospectivo y evolutivo.

Persistencia de los procesos de ampliación

Como se ha señalado, la ampliación de los sistemas jubilatorios ha continuado durante los años noventa en tres de los países industrializados: Australia, Dinamarca y los Países Bajos. Los tres tienen ciertas características en común. En primer lugar, el Estado sólo otorga una prestación uniforme. En Australia, las prestaciones están condicionadas a los niveles de ingresos, cosa que no ocurre en Dinamarca y los Países Bajos. En segundo lugar, las ampliaciones han sido el resultado de negociaciones entre los sindicatos y las empresas y se han convertido en obligatorias para los empleadores privados.

En Australia, la obligación mencionada fue el resultado de un programa de restricción salarial a mediados del decenio de 1980. Los sindicatos más importantes aceptaron la creación de fondos "jubilatorios" de aportes definidos en lugar de percibir un aumento de salarios. La cobertura se amplió a casi el 70% de la fuerza de trabajo a través de esfuerzos voluntarios y en 1992 se generalizó al resto de la población mediante una norma legislativa. Conforme a esta directiva, la

contribución de los empleadores debe aumentar gradualmente al 9% y esta cifra estará plenamente en vigor en 2002.

Los sistemas de Dinamarca y de los Países Bajos también se originaron en los convenios colectivos aunque hace poco el gobierno de Dinamarca ha complementado estos acuerdos con una contribución obligatoria adicional. El sistema de Dinamarca surgió a principios de los años noventa y se generalizó rápidamente a la casi totalidad de la población trabajadora gracias a la amplia cobertura de los sindicatos en ese país. El sistema de los Países Bajos es más antiguo. Se creó a partir de programas de jubilación negociados en cada rama de actividad. La cobertura de esos sistemas se generalizó al sector no sindicalizado a raíz de la aprobación de leyes que amplían las disposiciones de los acuerdos por rama de actividad a la industria en general. En ambos casos se trata de regímenes de capitalización. En los Países Bajos el sistema es de prestaciones definidas mientras que en Dinamarca se aplica un régimen de aportes definidos.

Las reformas estructurales

Italia y Suecia están modificando los métodos de cálculo de las prestaciones y adoptando un enfoque denominado "de cuentas nocionales". Según este enfoque, se utiliza la nomenclatura de contribuciones definidas para describir el cálculo de las prestaciones. En realidad, el cálculo permite obtener un resultado que, no obstante, es casi idéntico al que se obtendría en un régimen de prestaciones definidas utilizando el promedio de los ingresos obtenidos a lo largo de la carrera laboral. El enfoque es "nocional" porque sigue funcionando como un sistema de reparto. En él, las prestaciones de un trabajador se determinan teniendo en cuenta el saldo de su cuenta y su esperanza de vida en el momento en que comienza a devengar las prestaciones.

Estas reformas tienen varias ventajas. El cambio de nomenclatura del sistema jubilatorio hace hincapié en la relación entre los aportes y las prestaciones, un vínculo que nunca había sido demasiado estrecho en ninguno de los dos países antes de la reforma. También incorporan el concepto de flexibilidad para la edad de la jubilación y para los ajustes automáticos en función de las variaciones de la esperanza de vida de la cohorte. Si la longevidad del jubilado sigue aumentando, en lugar de aumentar las tasas de los aportes las prestaciones mensuales correspondientes a cada edad de jubilación irán disminuyendo. Según las proyecciones, la reforma de Italia reducirá significativamente los costos agregados futuros mientras que en Suecia su efecto más importante será reducir los efectos sobre los costos de las variaciones futuras de los salarios y las tasas de incremento de los precios.

La reforma de Suecia incorpora una característica nueva que ha despertado bastante interés en otros países desarrollados. Una proporción relativamente reducida del aporte de cada trabajador se invertirá en un fondo común de inversiones elegido por el trabajador que se administrará en forma centralizada y cuyo objeto es ofrecer el máximo de alternativas individuales sin incurrir en costos administrativos demasiado elevados, como ocurre en las cuentas de capitalización individuales de América Latina y el Reino Unido. Sin embargo, el plan aún no ha comenzado a aplicarse.

En el Reino Unido puede estar surgiendo otro tipo de reforma estructural, pero todavía es muy pronto para saber exactamente cuáles serán sus características. A fines de los años ochenta, el Reino Unido autorizó a los trabajadores a inscribirse en planes de jubilación individuales en lugar de participar en el régimen del Estado —cuyas prestaciones dependían de los ingresos— o en los regímenes establecidos por los empleadores. Sin embargo, los costos administrativos de este sistema son elevados y por lo tanto no son adecuados para los trabajadores de salarios más bajos. Además, se han producido algunos abusos muy publicitados en la comercialización. El Gobierno actual está proponiendo un sistema alternativo por el cual el régimen del Estado que acabamos de

mencionar se reemplazaría por una segunda jubilación de tasa uniforme. Asimismo, se establecería un nuevo conjunto de jubilaciones de aportes definidos que podrían ser adquiridos por grupos de personas y que constituirían una alternativa a los sistemas jubilatorios personales anteriores. Este sistema parece tener por objeto garantizar un ingreso mínimo más adecuado a través del sistema estatal sin crear compromisos futuros de gran magnitud y, al mismo tiempo, ofrecer una alternativa asequible de aportes definidos administrada por el sector privado para los trabajadores de ingresos bajos y medianos.

Comparación con las reformas de los regímenes jubilatorios de América Latina

Varios países latinoamericanos han reformado su sistema jubilatorio incorporando características importantes del sistema cuyo precursor fue Chile en 1981. Los elementos clave del modelo incluyen el desplazamiento de buena parte de la responsabilidad previsional a un conjunto de nuevas instituciones especializadas en la administración de los fondos de pensiones. Cada trabajador tiene derecho a elegir la institución que administrará sus fondos pero, por lo general, no se le ofrecen alternativas en cuanto al tipo de activos que podrá adquirir, pues cada institución ofrece un solo fondo. Los trabajadores también pueden cambiar de administrador periódicamente, pero deben trasladar el saldo total de su cuenta a la nueva institución.

Varios países del ex bloque socialista han adoptado variantes del modelo latinoamericano, pero los países industrializados más avanzados no lo han considerado útil para ellos. Es muy probable que esto sea consecuencia, principalmente, de las diferencias del entorno institucional, especialmente en lo que se refiere a la fuerza de los participantes en el mercado de trabajo, a las tradiciones de los convenios colectivos y a las instituciones jubilatorias del Estado, a la magnitud de los compromisos jubilatorios preexistentes y a la gran cantidad de instituciones financieras que operan en los países industriales.

En estos últimos países, la mayoría de los sistemas financiados con fondos propios se originaron en los convenios colectivos y no como resultado de la acción del Estado. Cuando éste ha establecido la participación obligatoria en esos sistemas, éstos últimos se han desarrollado a partir de las instituciones preexistentes. Por lo general, el resultado ha sido la obligación de participar en un fondo que abarca una rama de actividad en su conjunto y que suele tener algún tipo de supervisión conjunta entre trabajadores y empresarios. La integración de los nuevos sistemas a los arreglos existentes es mucho más fácil políticamente y parece generar un sistema cuyos gastos generales son más bajos.

Cuando el Estado ha hecho obligatoria (como en Suecia) o permitido (como en el Reino Unido) la participación individual, el mercado se ha abierto a una gran variedad de proveedores de servicios financieros. En los países industrializados, los planes de jubilación de aportes definidos auspiciados voluntariamente por los empleadores también suelen ofrecer una gran variedad de alternativas. Cuando existe un gran número de instituciones financieras que ofrecen una gama de productos financieros, no es probable que los compradores o vendedores potenciales acepten de buen grado estructuras tan restringidas como las que se utilizan en América Latina. Falta determinar si los países industrializados pueden regular una estructura menos restrictiva en forma eficaz.

Se considera que las instituciones estatales de jubilación de muchos países industrializados son bastante competentes y que proveen servicios eficaces. Por otra parte, los compromisos actuales en materia de prestaciones en muchos de los países son relativamente elevados. En consecuencia, estos países no tienen los mismos incentivos que América Latina para privatizar los

sistemas jubilatorios a fin de lograr resultados aceptables en la prestación de los servicios. Asimismo, los costos de transición inherentes a un cambio acelerado de un sistema de reparto a un sistema de capitalización serían prohibitivos. Si se consideran los países industrializados en su conjunto, es más probable que éstos transfieran mayor responsabilidad de proveer ingresos jubilatorios a los sistemas de capitalización y al sector privado, pero también es más probable que este proceso sea mucho más moderado y gradual que en América Latina.

Observaciones finales

A medida que la población envejece, el mundo industrializado enfrenta un desafío de magnitud creciente: encontrar los medios adecuados para financiar los programas de ingresos jubilatorios. El problema ya se está manifestando en el Japón y en algunos países europeos y, en los próximos 30 años se hará mucho más grave en todo el mundo desarrollado.

Dejando de lado todas las complicaciones institucionales, las sociedades sólo tienen tres maneras de adaptarse al proceso de envejecimiento: aumentar la edad de la jubilación, reducir las prestaciones mensuales o aumentar la proporción de la producción total del país destinada a financiar los ingresos jubilatorios. Los patrones de ajuste observados en el mundo industrializado parecen indicar que la mayoría utilizará una combinación de las tres alternativas.

De las tres estrategias posibles, el aumento de la edad efectiva de la jubilación parece ser la que goza de menor aceptación. Hasta ahora, sólo dos países se han mostrado dispuestos a intentar ajustes de tipo general y sólo algunos han estado dispuestos a obligar a las personas cuyas carreras laborales han sido más breves a trabajar un mayor número de años y a eliminar algunos privilegios con respecto a las jubilaciones adelantadas que anteriormente se otorgaban a determinados grupos. Otros confían en que la modificación de la estructura de los incentivos alentarán a la gente a postergar su jubilación sin necesidad de recurrir a recortes impopulares.

En muchos casos se han aplicado recortes moderados a las prestaciones, especialmente cuando el objetivo es mejorar la focalización del componente social del paquete de prestaciones. Los países están comenzando a adoptar regímenes de aportes definidos para protegerse mejor de los efectos de nuevos aumentos de la esperanza de vida de los jubilados. Si se reducen las prestaciones en lugar de aumentar la edad de la jubilación para compensar los efectos del envejecimiento, se corre el riesgo de generar disparidades progresivas de ingresos entre la población de personas de edad y la de las personas en edad laboral que resultarían inaceptables. Si se permite que estas desigualdades se acentúen, los países no tendrán otra alternativa que aumentar los ingresos destinados al sistema jubilatorio.

Los países también están tratando de encontrar diversas formas de generar los ingresos adicionales necesarios para evitar recortes importantes en los ingresos jubilatorios futuros. Últimamente, los aumentos de las tasas de aportes jubilatorios han sido poco frecuentes. En cambio, ha sido mucho más común que los gobiernos traten de encontrar otras fuentes de ingresos para financiar las jubilaciones. Sin embargo, el recurso más utilizado ha sido tratar de que el sector privado asuma una mayor responsabilidad —en algunos casos, como resultado de una obligación establecida por el gobierno— y utilizar la rentabilidad de las inversiones para complementar los ingresos obtenidos en concepto de aportes.

Después de todo, la mayoría de los países industrializados se las está arreglando como puede pero sin enfrentar directamente los problemas, nada fáciles, que plantea el envejecimiento. Pocos están totalmente preparados para enfrentar el desafío que significa la financiación de las prestaciones previstas para el año 2030. Cabe suponer que en el futuro previsible seguirán tratando de salir del paso como puedan.

Anexo

Breve resumen de las reformas recientes de los sistemas jubilatorios

Alemania

- **Reducción de las jubilaciones anticipadas.** El límite de edad para la mayoría de las pensiones de vejez se está aumentando a 65 años y esta medida estará en plena vigencia entre los años 2001 y 2004 según la categoría de que se trate. Muchos beneficiarios de entre 60 y 63 años de edad (según la categoría) podrán seguir percibiendo las prestaciones, pero éstas se reducirán a razón de un 0.3% mensual entre el mes en que la persona solicite la jubilación y el mes en que cumple 65 años.
- **Aumento de la edad para acogerse a la jubilación anticipada.** La edad mínima para hacerse acreedor a las prestaciones jubilatorias se aumentará gradualmente a los 62 años —norma que estará en vigencia en 2012— y sólo las personas con 35 años de servicios podrán optar por percibir prestaciones reducidas.
- **Reducción de los niveles de las prestaciones.** En 1992, las prestaciones se indizaron en función de las variaciones de los ingresos netos —es decir, una vez deducidos los impuestos y los aportes a la seguridad social— en lugar de las variaciones de los ingresos brutos. En 1997 se agregó un factor demográfico (cuya vigencia partirá en 1999) que redujo gradualmente las tasas de sustitución de los trabajadores recién jubilados a fin de que reflejaran los aumentos de la esperanza de vida; posteriormente esta disposición fue dejada en suspenso.
- **Aumento de los subsidios con cargo al erario.** A partir de 1999, el subsidio del Estado se aumentó del 20% al 25% del gasto total, financiándolo con un incremento de un punto porcentual del impuesto sobre el valor agregado a partir de abril de 1998 y autorizando algunas reducciones en las tasas de los aportes.

Australia

- **Aumento y unificación de la edad de la jubilación.** En el marco del sistema de subsidios uniformes condicionados a los niveles de ingresos, se está unificando la edad mínima en que los hombres y las mujeres pueden acogerse a la jubilación, aumentando a 65 años la edad en que la mujer percibirá la totalidad de las prestaciones. Esta medida tendrá plena vigencia en 2013. Se ha programado aumentar de 55 a 60 años la edad mínima para acceder a las cuentas de las jubilaciones privadas, medida que tendrá plena vigencia en 2025.
- **Aumento de las tasas de aportes.** A partir de 1992, se exigió a los empleadores que contribuyeran a los fondos de pensión administrados por el sector privado. El proyecto original consistía en incorporar gradualmente una tasa de aporte del 12% durante el período comprendido entre 1992 y 2002. El 9% correspondía a los empleadores y el 3% a los empleados. Posteriormente, el plan que preveía la contribución de los empleados se abandonó. En 1999 la tasa es del 7%.
- **Aumento de la participación de los sistemas de capitalización.** Los planes de jubilación obligatorios deben financiarse con fondos propios. La mayoría son planes de aportes definidos.

Austria

- **Requisitos más estrictos para optar por la jubilación anticipada.** Para los que se acogen a la jubilación anticipada: 1) el número de años utilizados para calcular el promedio de los ingresos se aumentará de 15 a 18 y esta medida estará en plena vigencia en 2020 y, 2) se aplicará una deducción adicional de hasta el 15%, reflejando la diferencia entre la edad normal de la jubilación y la edad en que se comenzaron a percibir las prestaciones, con vigencia en el año 2000.
- **Ampliación de las jubilaciones parciales.** Los requisitos para poder cobrar una jubilación parcial y trabajar a jornada parcial después de cumplir los 61 años de edad (para los hombres) o los 56 años (para las mujeres) se liberalizaron a partir de 1998.
- **Aumento de los incentivos para postergar la jubilación.** A principios del decenio de 1990, la tasa de acumulación después de 30 años de aportes se aumentó del 1.5% al 1.67% anual y la tasa de acumulación para los primeros 30 años se redujo del 1.9% al 1.83% anual.

Bélgica¹¹

- **Unificación (aumento) de la edad de la jubilación.** Se está unificando la edad de la jubilación para los hombres y las mujeres, aumentando a 65 años la edad a la que éstas pueden devengar las prestaciones totales; esta medida entrará en plena vigencia en 2009.
- **Requisitos más estrictos para optar por la jubilación anticipada.** El número de años de contribuciones necesarios para hacerse acreedor a la jubilación anticipada se está aumentando de 20 a 35.

Canadá

- **Optimización de la focalización de las prestaciones.** Actualmente se está reduciendo la prestación uniforme de los jubilados de mayores ingresos mediante la aplicación de recargos a los impuestos sobre la renta.
- **Aumento de las tasas de contribuciones.** Las tasas de contribuciones de los planes vinculados con los ingresos se aumentarán del 6.0% —aportes combinados de empleadores y empleados— al 9.9% entre 1998 y 2003.
- **Aumento de la participación de los sistemas de capitalización.** El aumento de las tasas de aportes generará excedentes anuales que se invertirán en activos privados. La rentabilidad de estas inversiones contribuirá a financiar las prestaciones jubilatorias futuras.

Dinamarca

- **Aumento de las tasas de aportes.** Las jubilaciones complementarias acordadas en los convenios colectivos se ampliaron a aproximadamente el 80% de la fuerza de trabajo empleada a fines de los años ochenta y principios de los noventa. A partir de 1999, se ha introducido una nueva contribución del 1% para financiar un nuevo programa de jubilaciones obligatorias y universales.
- **Aumento de la participación de los sistemas de capitalización.** Tanto los planes negociados como el nuevo plan universal son regímenes de aportes definidos que se financian con fondos propios, aunque el plan universal asigna créditos a las cuentas en función de las horas trabajadas en lugar de hacerlo en función de los aportes realizados.

¹¹ Plan de Jubilaciones de los Empleados Asalariados.

España

Cambios aprobados en 1996 y que entraran en vigor en el 2000:

- **Requisitos más estrictos para la jubilación.** Para gozar de la prestación máxima se requerirán 35 años de aportes (anteriormente, 30 años) y para percibir la mitad de la prestación máxima se requerirán 15 años de aportes (anteriormente se exigían diez años de aportes para percibir el 60% de la prestación máxima actual). También serán más estrictos los requisitos para la jubilación anticipada.
- **Reducción de los niveles de las prestaciones.** El cálculo de la jubilación se hará sobre la base del promedio de los aportes de los últimos 15 años en lugar de los últimos 8.

Finlandia

- **Optimización de la focalización de las prestaciones.** Lo que había sido una prestación uniforme se convirtió en 1996 en una prestación condicionada al nivel de ingresos. **No obstante, el condicionamiento se aplica sólo a los ingresos correspondientes a otras jubilaciones.**
- **Requisitos más estrictos para la jubilación anticipada.** Para las personas nacidas después de 1940 la edad mínima para acogerse a las prestaciones de la jubilación adelantada se aumentó en tres años.
- **Reducción de las jubilaciones anticipadas.** A partir de 1996, las tasas de acumulación para calcular las prestaciones de las personas que anticipen su jubilación se redujeron del 1.5% anual al 1.2% anual entre las edades de 50 y 59 años y al 0.8% anual para las personas de 60 a 65 años de edad.
- **Reducción de los niveles de las prestaciones.** El número de años utilizados para calcular los ingresos previos a la jubilación se está incrementando de 4 a 10 y este criterio estará en plena vigencia en 2006. Asimismo, a partir de 1996, el índice de ajuste de las prestaciones después de la jubilación se modificó, aumentando la ponderación de las variaciones de precios y disminuyendo la de las variaciones de los salarios.

Francia

- **Reducción de los niveles de las prestaciones.** El número de años utilizados para calcular los ingresos previos a la jubilación se está aumentando a 25 y este criterio estará en plena vigencia en 2008.
- **Requisitos más estrictos para acogerse a la jubilación.** El número de años de aportes requeridos para cobrar el total de las prestaciones se está aumentando de 37.5 a 40 y este criterio estará en plena vigencia en 2003.

Italia

La reforma aprobada en 1995 tiene vigencia prospectiva a partir de 1996 en los aspectos siguientes:

- **Aplicación de criterios más estrictos para vincular los aportes con las prestaciones.** La fórmula utilizada para calcular las prestaciones tenía en cuenta los ingresos de los últimos cinco años. Tras la reforma, la fórmula tiene en cuenta los ingresos de toda la vida.

- **Introducción de un factor de ajuste demográfico.** El plan de prestaciones se ajustará cada diez años para compensar totalmente las variaciones proyectadas de la esperanza de vida después de la jubilación.
- **Requisitos más estrictos para la jubilación anticipada.** La edad mínima para optar por este beneficio se aumentará de 52 años —con 36 años de aportes— a 57 años —con 40 años de aportes.
- **Reducción de los niveles de las prestaciones para quienes jubilan anticipadamente.** Las prestaciones se ajustarán a fin de que reflejen la esperanza de vida en el momento en que comienzan a devengarse las prestaciones. En el nuevo sistema, éstas serán más bajas, en su conjunto, que las prestaciones correspondientes al sistema anterior para las personas que se jubilen antes de los 63 años de edad y tengan menos de 39 años de servicios.
- **Reducción de las prestaciones para las personas que trabajan por cuenta propia.** Las prestaciones para quienes trabajan por cuenta propia se reducirán con respecto a las personas empleadas a fin de asegurar una correspondencia más estrecha con los más bajos aportes de los trabajadores por cuenta propia.

Japón¹²

- **Aumento de la edad de la jubilación.** La edad necesaria para hacerse acreedor a la totalidad de la prestación uniforme (la "Jubilación Nacional") es de 65 años. Sin embargo, las personas que tienen derecho a percibir una jubilación en el marco del régimen vinculado con los ingresos podían percibir una prestación uniforme especial entre los 60 y los 65 años de edad. Esta prestación se eliminó en 1994. En 1999, el Gobierno anunció su intención de aumentar también de 60 a 65 años la edad de la jubilación para el régimen vinculado con los ingresos. Esta medida estará en plena vigencia en 2025 para los hombres y en 2030 para las mujeres. Los intentos realizados por legislar sobre un aumento similar fracasaron en 1994.
- **Reducción de los niveles de las prestaciones.** En 1994, el índice de ajuste de las prestaciones se modificó, pasando de un sistema que combinaba los precios y los salarios brutos a otro que combina los precios y los salarios netos. En 1999, el Gobierno anunció su intención de eliminar por completo el componente salarial del índice y reducir en un 5% las prestaciones correspondientes al régimen vinculado con los ingresos.
- **Aumento de las tasas de aporte.** Entre 1994 y 1996 las tasas de aporte se aumentaron del 14.5% —aportes combinados de empleadores y empleados— al 17.35%. El Gobierno anunció que las tasas aumentarán a razón de 2.5 puntos porcentuales cada cinco años, por lo que en 2025 llegarán a cerca del 29.6%. En 1999 el Gobierno anunció su intención de postergar los próximos aumentos programados de las tasas y que otros cambios que está examinando podrían resultar en una disminución de la tasa proyectada del 29.6% para 2025 a una cifra que oscilaría entre 25% y el 27%.
- **Aumento de los subsidios con cargo al erario.** En 1999, el Gobierno anunció su intención de aumentar el subsidio al régimen de tasa uniforme de un tercio a la mitad del gasto total y que los fondos necesarios se recaudarían a través de un aumento de los impuestos sobre el consumo.

¹² El régimen vinculado con los ingresos analizado aquí es el Programa de Seguros de Jubilación para Empleados que abarca las actividades industriales y comerciales del sector privado.

Nueva Zelanda

- **Aumento de la edad para jubilar.** La edad para acogerse a la jubilación universal se está aumentando gradualmente de 60 a 65 años y este criterio estará en plena vigencia en 2001.
- **Optimización de la focalización de las prestaciones.** A partir de 1984 se comenzó a aplicar un recargo al impuesto sobre la renta que devengaba la jubilación universal, pero este recargo se dejó en suspenso en 1998.

Portugal

- **Unificación (aumento) de la edad de jubilación.** Se está unificando la edad de la jubilación para los hombres y las mujeres, aumentando a 65 años la edad mínima en que las mujeres pueden acogerse a la prestación máxima. Se esperaba que esta medida esté en plena vigencia en 1999.
- **Reducción de los niveles de las prestaciones.** Mediante una reforma realizada en 1994-1995, la tasa de acumulación se redujo del 2.2% por año de servicios al 2.0% y las prestaciones se calcularon promediando los ingresos de 15 años en lugar de 10.
- **Aumento de los subsidios con cargo al erario.** Mediante la reforma de 1994-1995, se aumentó el impuesto sobre el valor agregado en un punto porcentual para contribuir a la financiación de las jubilaciones. Esto se vio compensado, parcialmente, por una reducción de 0.75 puntos porcentuales de la contribución de los empleadores.

Reino Unido

- **Unificación (aumento) de la edad de la jubilación.** La edad de la jubilación para los hombres y las mujeres se unificará, aumentando gradualmente la edad de la jubilación de las mujeres a 65 años entre 2010 y 2020.
- **Aumento de la participación de los sistemas de capitalización.** En 1986 se autorizaron las jubilaciones personales como alternativa al sistema de reparto vinculado con los ingresos administrado por el Estado y a los regímenes de pensiones ocupacionales patrocinados por los empleadores.
- **Reducción de las prestaciones.** A partir de 1999, las prestaciones del régimen vinculado con los ingresos administrado por el Estado se calcularán sobre la base de los ingresos de toda la vida y no sobre los ingresos de los mejores 20 años. A partir de 2009, se reducirá la tasa de sustitución máxima del 25% al 20% del promedio de los ingresos.
- **Otras reformas en estudio.** En un anteproyecto de diciembre de 1998, el Gobierno actual propuso reemplazar el régimen vinculado con los ingresos vigente con una nueva Segunda Jubilación del Estado que pagaría una prestación uniforme. También se propuso alentar a las personas de mayores ingresos a retirarse de este sistema jubilatorio (optando por un régimen de capitalización) aumentando el descuento que recibirían si deciden no participar en el nuevo sistema. El Gobierno también propuso crear un "régimen de jubilaciones de partes interesadas", que parece ser un régimen de capitalización de aportes definidos organizado para reducir los costos de administración.

Suecia

Reforma aprobada en 1998. Se aplica en su totalidad a las personas nacidas después de 1953 y parcialmente a las nacidas después de 1937.

- **Aplicación de criterios más estrictos para vincular los aportes con las prestaciones.** Según la reforma mencionada, el cálculo de las prestaciones se realiza promediando los ingresos de toda la carrera laboral, indizados en función de los salarios. Antes de la reforma se promediaban los 15 años de mejores ingresos, indizados en función de los precios.
- **Aplicación de un índice de ajuste demográfico.** Las prestaciones de cada cohorte se ajustarán de modo de compensar totalmente cualquier variación proyectada de la esperanza de vida de esa cohorte.
- **Aplicación de un sistema de jubilación flexible.** Se permitirá la jubilación a cualquier edad después del 61 años y las prestaciones mensuales se calcularán mediante ajustes actuariales. Este sistema reemplaza el programa de jubilaciones parciales que permitía la jubilación parcial entre los 61 y 64 años de edad.
- **Introducción de una nueva nomenclatura.** El nuevo sistema se describe como un régimen de aportes definidos en lugar de un régimen de prestaciones definidas, para destacar el vínculo entre las prestaciones y los aportes.
- **Aumento de la participación de los sistemas de capitalización.** Se incorporará una cuenta individual obligatoria administrada en forma centralizada pero invertida por el sector privado.

Suiza

- **Unificación (aumento) de la edad de la jubilación.** La edad de jubilación para los hombres y las mujeres se irá unificando mediante un aumento gradual de la edad de la jubilación de las mujeres a 64 años. Este aumento estará en plena vigencia en 2004.

Bibliografía

- Bateman, Hazel y John Piggott (1997), "Private pensions in OECD countries — Australia", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, N° 23 (OECD/GD (97)136), París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Hamann, A. Javier (1997), "The Reform of the Pension System in Italy", *Documento de Trabajo del FMI* WP/97/18, Washington.
- International Social Security Association, *Trends in Social Security* enero de 1997 a enero de 1999, Social Security Worldwide.
- Kalisch, David W. y Tetsuya Aman (1997), "Retirement Income Systems: The Reform Process Across OECD Countries," documento preparado para el seminario conjunto OIT/OCDE sobre desarrollo y regímenes de jubilación, DEELSA/ILO (97)4, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Koch, Manfred y Christian Thimann (1997), "From Generosity to Sustainability: The Austrian Pension System and Options for its Reform" *Documento de Trabajo del FMI* WP/97/10, Fondo Monetario Internacional (FMI), Washington.
- Naciones Unidas (1995), *World Population Prospects, 1994 edition*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Scherman, Karl Gustaf (1998), *The Swedish Pension Reform*, (xerox).
- Social Insurance Institution of Finland (1996), *Statistical Yearbook, 1995*.
- Svensson, Hans (1998), "Sweden" en *The Future of Social Security*, Federation of Social Insurance Offices, pp. 192 a 203, Estocolmo.
- 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*. vol. 48, N° 1, pp. 45 a 65.

- Terribile, Flavia (1996), "Portugal: Reforming the Social Security System", *The OECD Observer*. Nº 201 (agosto y septiembre), pp. 36 a 38.
- U.S. Social Security Administration (1997), *Social Security Programs Throughout the World, 1997*.
- Weaver, R. Kent (1998), "The Politics of Pensions: Lessons from Abroad", en *Framing the Social Security Debate: Values, Politics and Economics*. Editado por Douglas, R., Arnold Michael, J. Gaetz and Alicia H. Munnell, Washington, DC, National Academy of Social Insurance. Incluye análisis por Richard Disney ("Developments in the U.K."), pp. 229 a 236; John Myles ("Developments in Australia, Denmark and Holland"), pp. 237 a 247; Winfried Schmähl ("Developments in Germany"), pp. 248 a 271; y David Walker ("Developments in Canada"), pp. 272 a 279.

El sistema pensional colombiano

Ulpiano Ayala Oramas¹

Introducción

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

¹ Investigador Asociado, FEDESARROLLO, Colombia (uayala@fedesarrollo.org.co).

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.

1.2 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 evasión.² 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 compartamentalizado 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

² La contribución necesaria para alcanzar equilibrio financiero del ISS ya habría llegado a 8% en 1994 y se habría elevado hasta 255 en el año 2020.

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 sólo 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 sólo 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 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 el caso colombiano ello no era necesario, porque al anticipar la reforma de manera que se 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

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.

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 contribuciones.⁴ Adicionalmente, la negociación 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, es esperable que a pesar de que se haya establecido formalmente la coexistencia indefinida de sistemas diversos, en la práctica tenderá a prosperar a largo plazo 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, ha habido 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 deberá 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 redujo los

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 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.

déficits fiscales por cuenta de las pensiones respecto a un escenario sin reforma, y a que reconoció deudas ya causadas que estaban ocultas, todo ello se hizo sólo 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 tanto de tipo coyuntural como 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 sólo 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 cuándo se pensionen, ya que el presupuesto nacional sólo 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 por 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 por 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, asumirán 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 sólo 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 sólo 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 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 por mes) tampoco pagan dicho impuesto. Los retiros para otros usos, permisibles al momento de la pensión de vejez en el sistema de capitalización serán gravables. No hay impuestos sobre transacciones financieras relacionadas con pensiones.

2.10 Comparaciones y evaluación

La reforma de 1993 produjo una reducción sensible de los beneficios netos del sistema de pensiones garantizadas 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, de 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 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 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 esperable es que se produzca una *segmentación*, que sería principalmente *generacional*, en la cual los afiliados jóvenes prefieran 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

⁶ La deuda pública pensional por afiliado se ha reducido en un 40% respecto a la generada por el régimen anterior.

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 sólo 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, alcanzaron una afiliación hasta diciembre de 1998, de 2908633 trabajadores y acumularon un fondo de \$3253167 millones de pesos colombianos (aproximadamente US\$ 2169 millones de dólares a la tasa de cambio de entonces) en el fondo obligatorio, y otros \$164297 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 la cobertura, y se ha presentado también 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 el 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 con 3011 pensiones: 2425 de sobrevivientes, 489 de invalidez y 97 pensiones de vejez. El 53% de las pensiones se pagan como rentas vitalicias y el 47% como retiros programados.⁸

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 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 fondos basados en ahorro individual, pero apoyada en la garantía fiscal última del

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.

Estado, lo cual desequilibra la competencia con los fondos e incentiva el 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, todo 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 98) 4633491 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 debido a traslados desde las cajas del sector público. Pero ésta no es una cifra exacta, sino un cálculo indirecto que es, además, inconsistente con otras estadísticas y con la contabilidad. Un estudio actuarial más cuidadoso (de la OIT) estimó 2521822 afiliados que cotizaban activamente a finales de 1997. Para proyecciones parte de una base de 2124888 para el año 1999, habida cuenta de efectos de la recesión y otros eventos ocurridos en los dos últimos años.⁹ La edad media de los afiliados al ISS es de 38 años.

Las cajas de previsión aún existentes 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 son insolventes. Esto es peligroso porque al percibir contribuciones pensionales que antes no tenían, 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 \$4445 billones (US\$2.3 miles de millones), CAJANAL por 0.5 billones, y el resto de las cajas públicas tienen muy pocas reservas porque no habían acumulado fondos 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 traslados al sistema de ahorro individual y que están a cargo de la Nación. La oficina encargada de esta tarea está prácticamente al día en las 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 repercutirán sobre el fisco nacional, y riesgo de falta de respaldo firme para los bonos que emitan las cajas públicas de previsión.

3.4 Problemas de implementación de la reforma pensional de 1993

La experiencia de la puesta en marcha de la reforma revela serias fallas de implementación:

⁹ De creerse en la cifra de afiliados, la proporción de afiliados activos del ISS ascendería al orden de 48%.

- 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 producto de esas políticas promocionales, sino del alza de las contribuciones, siendo captados por el gobierno sin atender al mandato legal de circularlos por el mercado de capitales, con el objetivo de financiar excesos de gasto público, especialmente durante la administración pasada, hasta mediados de 1998.
- Los subsidios para las 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 para el sector de telecomunicaciones, debiendo ser refinanciado (1998) ante pérdidas dolosas.
- 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 las obligaciones corrientes ni crear reservas para el futuro, disfrutando de las contribuciones para pensiones que antes no tenían y posiblemente desviándolas, puesto que se sabe que el fisco absorberá sus obligaciones.
- Se han aumentado 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. Estas, por lo tanto, no están sujetas al régimen de solvencia para supervivencia ni a supervisión alguna, y 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 decisiones 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, tanto por falta de recursos, como 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 ha habido un débil desarrollo del sistema de ahorro, de tipo voluntario y de la competencia por productos, que estaban entre los objetivos de las innovaciones introducidas por la reforma colombiana, debido posiblemente a defectos regulatorios y a la competencia desigual dentro del sistema público.

Podrá advertirse que la mayoría de las carencias de la implementación 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 bien han obedecido a leyes posteriores en contra 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 los 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. Financiamiento 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 las nuevas propuestas y la urgencia de una reforma del sistema de pensiones de Colombia, que serán discutidas en la sección siguiente. 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 del financiamiento 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 las tareas redistributivas de las funciones de ahorro y seguros 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 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 producidos 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 del costo fiscal entre las generaciones: si sólo recae en la generación de la 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 procurara viabilidad política.

Si se hace un ajuste fiscal asumido enteramente por la generación de la 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 podría sacrificar otro gasto favorable a los pobres o de inversión pública para infraestructura física y capital humano, con efectos negativos para el crecimiento. Aunque se mejore el crecimiento de largo plazo, por el aumento 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 la productividad de los 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 sólo hay un aumento inicial de ahorro y crecimiento. El logro rápido del crecimiento endógeno reduciría los conflictos distributivos entre generaciones, y los conflictos distributivos intrageneracionales iniciales. 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 los cuales no se cuenta 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 y medios para capitalizar el fondo para financiar las pensiones y efectuar compensaciones. 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, 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, mientras 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 la existencia 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 al de 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 PIB 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,

¹⁰ Fuente: Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas, op. cit, p. 22.

- 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 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 que 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 los 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 a 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 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 la 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 tenido 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 plazo.¹¹ 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.

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.

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 entre subsistemas solo con limitación menor de frecuencia. Para superarlo, sólo se dejaría un período inicial de traslados, hasta llegar a escoger el sistema para el resto de la 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 a la ley 100, sin que ello impida que pueda haber (como en otros casos) beneficios adicionales pactados 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 impuesto 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 el 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 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 desatiendan 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.

Bibliografía

- 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, México.
- _____ (1997), "El impacto de la reforma pensional sobre el ahorro en Colombia", publicado por Skandia en *Pensiones, Ahorro y Mercado de Capitales*, Bogotá, pp. 45 a 86.
- _____ y L. Helmsdorff (1996), "Papel y viabilidad del régimen pensional de prima media" en *Asobancaria, Crisis política, sector financiero y manejo fiscal*, Bogotá, pp. 299 a 348.
- Lora, E. y L. Helmsdorff (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.

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.

¹ Coordinador del Programa de Reforma de la Seguridad Social, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República, Uruguay. (prss@adinet.com.uy).

- ***Política económica y cambios estructurales***

Si bien la reforma tiene objetivos específicos, debe considerársela en el marco de una estrategia 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 para 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.

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. 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 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,

² Extractado de “La Seguridad Social en el Uruguay”, Asesoría Económica Actuarial, Banco de Previsión Social (1997).

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 bismarkiano. 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.

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 en 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 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 el efecto beneficioso 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 mayor 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 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 así 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 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,

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.

- 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 US\$ 813 de la época) y hasta \$ 15.000 (US\$ 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.

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.

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.

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 requieren 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 1º 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

⁷ Ver cuadro 10 en anexo.

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.

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 Banco Hipotecario del Uruguay (BHU) o lo mantuvieron como disponibilidades transitorias en el Banco Central del Uruguay (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 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.

⁸ Ver cuadro 11 en anexo.

- ***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.

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% anual.¹¹

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 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 sobrevivencia (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 relevancia.¹³

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 US\$ 3.3 millones respecto al año 1997.¹⁵ La recaudación total del sistema creció más rápido que el PIB.¹⁶

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.

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.

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 1997-1998— 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 1997.¹⁸

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 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.

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.

- ***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 2040.²⁰ 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, aproximadamente.²¹

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 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 reducirse.²² 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 gobierno.²⁴ Esta es condición necesaria para afrontar con mayor

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.

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.

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 tres.²⁵

- ***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 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.

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.

²⁶ Ello implica que los flujos de beneficios y contribuciones deben 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.

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 topes 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.

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 el avance de las mismas.

Bibliografía

- Banco de Previsión Social (BPS) (1997), Asesoría Económica y Actuarial (AEA) – “La Seguridad Social en el Uruguay”. Montevideo.
- Camacho, Luis (1997), “Elementos generales del financiamiento del nuevo sistema previsional uruguayo”. BPS, Montevideo.
- Camacho, Luis y Scardino, Adriana (1998), “Análisis de los resultados de las proyecciones financieras de largo plazo del sistema de seguridad social administrado por el BPS”, PRSS OPP/BID, Montevideo.
- Jung, Andrés y Scarone, Ariel (1998), “Eficiencia de las AFAPs” y “Desarrollo de temas relevantes para el desempeño eficiente de las AFAPs”, PRSS OPP/BID, Montevideo.
- Labadie, Gastón (1998), “Los efectos de la reforma de la seguridad social sobre el mercado de trabajo”, PRSS OPP/BID, Montevideo.

Michelin, Gustavo (1998), “Actualización del análisis de consistencia entre la reforma del sistema de seguridad social y el marco de las políticas macroeconómicas”, PRSS OPP/BID, Montevideo.

Noya, Nelson (1998), “Equidad de la reforma de la seguridad social”, PRSS OPP/BID, Montevideo.

Spiller, Pablo (1999), “Competencia, regulación y eficiencia en mercados de AFAP: con implicaciones para Uruguay”, PRSS OPP/BID, Montevideo.

Valle, Alberto (1998), “Sistema Integrado de Control Gerencial (BPS)” – PRSS OPP/BID, Montevideo.

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 dólares 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 PIB)

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	Tasa de interés de capitalización y de VAN			
	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: Monika Queisser, *The Second-Generation Pension Reforms in Latin America*, Centro de Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), 1998, p. 45.

Cuadro 10

INCORPORACIÓN DE AFILIADOS A LAS AFAPs

Concepto	En 1996	En 1997	En 1998	A junio de 1999
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 dólares)

Concepto	1996	1997	1998	A junio de 1999
FAP	50.355	202.481	374.346	480.461

Fuente: Área Control de AFAPs – BCU.

El sistema de pensiones en Chile: principales resultados y desafíos pendientes

Alberto Arenas de Mesa¹

1. Introducción

La reforma del sistema de pensiones chileno implementada a comienzos de los ochenta ha sido señalada como una de las más importantes en América Latina y, tal vez en el mundo entero, puesto que Chile fue el primer país en sustituir completamente el antiguo sistema civil colectivo público de reparto por un esquema de capitalización plena individual administrado por el sector privado. La amplitud, velocidad y profundidad de esta reforma ha despertado la atención mundial generando una influencia significativa en América Latina y otros países en vías de desarrollo, así como en países desarrollados.²

¹ Jefe, Departamento de Estudios, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Chile. Se agradecen los comentarios de panelistas y participantes del “Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad”, así como la valiosa colaboración en la preparación y edición de este documento de Juan Enrique Suárez Casanova, economista, Departamento de Estudios, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Chile. Las opiniones expresadas en este artículo son de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente representan a la institución en que se desempeña.

² Para América Latina: Mesa-Lago 1994, 1996 y 1999; para Estados Unidos: Diamond 1996 y Feldstein 1996; y para los países de Europa del Este: Holzmann 1994.

En este contexto, Chile nos 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, sino 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 resolver o prevenir presiones o déficit fiscales producidos por los antiguos sistemas públicos de pensiones. La reforma chilena de 1980-81, representó un intento de contener institucionalmente tales desequilibrios. En contraste con estas potenciales ventajas de largo plazo, después de la reforma chilena se han producido compromisos fiscales cuyos efectos podrían extenderse por algunas décadas. Tales compromisos 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 Pensiones (AFPs) y de quienes por distintos motivos no están cubiertos por el sistema de pensiones, así como la mantención del sistema público previsional de las Fuerzas Armadas y Carabineros que no fue incluido en la reforma previsional de 1980-81.

Después de casi 20 años de reforma al sistema de pensiones puede afirmarse que la experiencia chilena estuvo lejos de eliminar la participación del Estado en el sistema de pensiones. La transición previsional desde un esquema de reparto a un sistema de capitalización individual dejó al Estado, además de un rol regulador del sistema de pensiones, una significativa participación 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 financiar con sus fondos dicho monto mínimo; y v) la administración del sistema público asistencial que provee de pensiones no previsionales (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 (Arenas de Mesa y Marcel, 1999). 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.

Dicha subestimación no se debe sólo a la reforma del sistema de pensiones, sino también a los beneficios previsionales entregados con posterioridad a ella. 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).

El tamaño, la estructura y los perfiles en el tiempo de los compromisos fiscales en el sistema de pensiones en los próximos años pueden imponer restricciones con impensadas implicancias

sobre la política fiscal y la administración equilibrada de las finanzas públicas en el período post reforma del sistema de pensiones.

Adicionalmente, este trabajo reafirma la importancia de incluir el género como una de las variables predictivas en las evaluaciones de la reforma a la seguridad social en Chile, en términos de sus impactos de mediano y largo plazo tanto en cobertura previsional, bienestar de los asegurados, y efectos en el presupuesto fiscal.

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 un análisis de los principales resultados de la reforma al sistema de pensiones.

La sección 4, muestra los desafíos pendientes del actual sistema y finalmente, en la última sección se entregan los comentarios finales y principales conclusiones de este trabajo.

2. La reforma al sistema de pensiones de 1980-1981

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 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 los setenta, 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 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 Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Estas, a su vez, 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 Bono 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; Mesa-Lago y Arenas de Mesa, 1998).

Las variables del sistema están expresadas en Unidades de Fomento (UF), unidad contable indexada con la inflación. Esto significa que las pensiones son ajustadas automáticamente con la inflación, lo que permite resolver un antiguo y serio 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 a 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 (SAFP). 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. La 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 cifras cercanas al 100% del PIB en el año 2030.

3. Principales resultados

El sistema de capitalización individual 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. Poder realizar una evaluación global y completa de la reforma, de manera de contar con las herramientas necesarias para diagnosticar correctamente los resultados que ella ha provocado, requiere la incorporación de una serie de elementos objetivos. En esta sección se mostrará una breve revisión de los principales resultados que ha generado la reforma al sistema de pensiones.

La forma en que se presentan los resultados obedece única y exclusivamente a razones de orden práctico. En primer lugar se muestran los resultados que tienen relación con los efectos fiscales, ahorro nacional y proyecciones del déficit previsional civil. Luego se analizan elementos tales como el impacto generado en el mercado de capitales, la evolución de la rentabilidad de los fondos de pensiones y de las cuentas individuales; mientras que por último, se muestran algunos resultados relacionados con la cobertura del sistema, análisis por género y efectos distributivos que la reforma ha provocado.

3.1 Componentes del déficit previsional total: 1981-1998

La transición previsional chilena, como todo proceso de reforma al sistema de pensiones, involucra un período de varias décadas. El debate generado por la reforma chilena en la década de los 80 fue necesariamente un ejercicio especulativo, en especial respecto de los impactos fiscales generados por el sistema de pensiones.

Después de casi dos décadas de implementada la reforma al sistema de pensiones en Chile puede afirmarse que la ésta no eliminó 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 de capitalización individual administrado por el sector privado. 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 total 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 y 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 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.³

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, 1992). 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 noventa han mantenido estable el déficit operacional; así este déficit alcanzó un 4,3% del PIB en 1998 (ver cuadro 1, columna 1).

Los Bonos de Reconocimiento (BR) consisten en un 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 por 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 al 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

³ El déficit previsional militar sería un mayor déficit si, y sólo si, el sistema civil antes de la Reforma hubiera sido superavitario y subsidiaria a este sistema.

período 1990-1998 y las proyecciones indican que continuará creciendo en la próxima década y ya en el Presupuesto del año 2000 se estima que será superior a 1% del PIB (ver cuadro 1, columna 2 y cuadro 3, columna 2).

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 y 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, atendiéndose así a una mayor proporción de población indigente (Arenas de Mesa, 1999a).

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. El gasto en PASIS promedió anualmente un 0,4% del PIB entre 1981 y 1998 (ver cuadro 1, columna 3). 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.

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 Estado⁴. 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.

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 que los afiliados califican para tal beneficio. El cuadro 1, columna 4 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 entre 1981-1998. En 1998 la garantía estatal representó US\$ 25 millones y, en el Presupuesto del 2000, está estimado un gasto de US\$ 31,5 millones.

La futura evolución de las responsabilidades fiscales en pensiones, como veremos más adelante, depende crucialmente de la evolución del gasto en pensiones mínimas, que representa un compromiso permanente del Estado con la reforma previsional, el que en forma impensada puede generar pasivos contingentes al Fisco de gran envergadura.

El déficit previsional total 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 junto al déficit operacional civil —que promedió 3,4% del PIB—, generaron un déficit operacional para el mismo período de 4,9% del

⁴ El mínimo de años cotizados puede bajarse a 17 años adjuntando períodos como beneficiario del Subsidio de Cesantía.

PIB. El cuadro 1 (columna 5) 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. Un ejercicio necesario para realizar una comparación completa de los efectos fiscales del sistema de pensiones consiste en estimar cual habría sido el gasto público en un escenario sin reforma al sistema de pensiones. Este complejo ejercicio sin duda estaría basado en numerosos supuestos, lo que podría invalidar todo esfuerzo comparativo (Arenas de Mesa, 1999b).

3.2 Ahorro nacional neto

La manera que el gobierno decida financiar el déficit previsional generado por la reforma del sistema de pensiones es uno de los factores más importantes que determinará las diferentes trayectorias de acumulación de capital y los 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 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 (ver cuadro 2).

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 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 anualmente un 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 2, 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 después de 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.

Los sistemas de pensiones necesitan más de 40 años para madurar y antes de esta fecha será difícil determinar los efectos permanentes en las finanzas públicas y en 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 podría deberse más a la disciplina fiscal

que a la administración privada del sistema de pensiones (Holzamann, 1996 y Arenas de Mesa y Marcel, 1999).

3.3 Proyecciones del déficit previsional civil: 1999-2010⁵

A medida que el sistema de capitalización individual de pensiones madura, no sólo el tamaño, sino también la composición de los compromisos fiscales con el sistema de pensiones van a ser modificados. Por definición, los componentes transitorios del déficit previsional —el 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.

A continuación se detallan brevemente resultados preliminares de otro estudio que considera proyecciones de los componentes del déficit previsional chileno para el período 1999-2010.

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 (ver cuadro 3).

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 1999-2010. 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\$ 1.358 millones entre 1999 y el año 2010. Este compromiso promediará un gasto anual de US\$ 1.155 millones entre 1999-2010. 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. Para el año 2010 se espera un valor de 1,2% del PIB.

El gasto público en PASIS de largo plazo 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).

El gasto público en PASIS podría aumentar de US\$ 319 a US\$ 520 millones entre 1999 y el año 2010. El gasto promedio anual que arroja la proyección es de US\$ 412 millones o 0,4% del PIB para el período 1999-2010.

La estimación del gasto fiscal de la garantía estatal en pensiones mínimas del sistema de AFPs fue realizada 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

⁵ Esta sección se basa principalmente en los resultados obtenidos en Arenas de Mesa, 1999b.

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 género.

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. El gasto en garantía estatal crecerá desde 0.04% del PIB en 1999 a 0,3% en el año 2010 (ver cuadro 3).

El compromiso fiscal en el sistema civil de pensiones en Chile representará en promedio un gasto público anual equivalente a 4,5% del PIB en el período 1999-2010 (Arenas de Mesa, 1999b). Estas estimaciones están 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 con el sistema de pensiones fueron subestimados.

3.4 Desarrollo del mercado de capitales

Los fondos de pensiones han ayudado a crear confianza, interna y externa, en el mercado accionario de Santiago y han estimulado el crecimiento de las compañías de seguros. Además, los fondos han desempeñado un papel principal en las conversiones de deuda en inversión doméstica, lo que ha ayudado a reducir la deuda externa y promovido la inversión extranjera. También se argumenta que el modelo chileno es prueba de que la existencia de un mercado interno de capitales maduro no es requisito indispensable para la privatización de las pensiones (Cheyre, 1991; Iglesias y Acuña, 1991).

Se ha sostenido que los altos rendimientos de los años ochenta reflejaban un desempeño semejante en otros mercados de acciones y bonos en todo el mundo, que se recuperaban del deterioro sufrido en la segunda mitad de los años setenta y comienzos de los ochenta. Los buenos rendimientos chilenos en 1990-1999 (a excepción de 1992, 1995 y 1998) se explicarían entonces, por la gran demanda que existía para las acciones de empresas y las relativamente pocas que eran elegibles para que las AFP inviertan en ellas. Se ha atribuido el rendimiento negativo en 1995 y 1998, principalmente al pobre retorno de las acciones en el mercado bursátil, afectado a principios de año por las crisis financieras mexicana y asiática respectivamente, estos rendimientos han sido los peores desde los inicios del sistema en 1981 (cuadro 4a). Otras preocupaciones en torno a este tema son las siguientes: (i) las AFP pueden invertir, en conjunto o por separado, en una misma empresa y así influir en el valor de sus acciones; (ii) las compañías de seguros que son accionistas de una AFP también pueden invertir en acciones; y (iii) el alto valor de libros de la inversión de AFP no es forzosamente el valor de mercado de dichos instrumentos, por ejemplo, en valores del Estado (Mesa-Lago, 1994 y Uthoff, 1995).

Las oportunidades de inversión se ampliaron en los años ochenta, debido principalmente al programa de privatización del gobierno, pero ahora, cuando dicho proceso está virtualmente terminado, hay distintas oportunidades para invertir. El sector público no podrá continuar con la emisión de papeles y bonos al mismo ritmo, la expansión de las acciones y bonos de empresas tiene limitaciones obvias, y la inversión en préstamos personales/hipotecarios y construcción de viviendas se considera demasiado riesgosa.

La autorización para invertir en instrumentos extranjeros en 1990, fue una salida frente a las restricciones del mercado interno de capitales. Un estudio del Centro de Estudios Públicos argumenta que, si en 1990-1991 se hubiese invertido 10% en bonos públicos de países desarrollados, el rendimiento hubiera aumentado en 0,5 puntos porcentuales, o bien 1,2 puntos si la inversión se hubiera hecho sólo en acciones japonesas, estadounidenses o inglesas. Aunque la exportación del ahorro interno es un tema no consensual, las autoridades de gobierno (1990-99), han apoyado, regulado y perfeccionado la inversión de los fondos de pensiones en el extranjero. El

tope de inversión en estos instrumentos era 9% (permitido por el Banco Central) ó 12% (permitido por la Superintendencia de AFPs (SAFP)) en 1995, mientras que a mayo de 1999 un 16% (Banco Central) ó un 20% (SAFP) de la inversión total (Arrau, 1991; Marcel y Arenas, 1992; Margozzini, 1991; Mesa-Lago, 1994; SAFP, 1995 y Mesa-Lago y Arenas de Mesa, 1998).

Un aspecto crucial en el futuro próximo, por tanto, será tener un abanico suficiente de alternativas de inversión para los fondos de pensiones. Las leyes de reforma del mercado de capitales de 1994 y 1995 añadieron, otros instrumentos para invertir: i) nuevos títulos de deuda pública previamente autorizados por el Banco Central; ii) instrumentos que protegen contra las fluctuaciones en las paridades cambiarias; iii) cuotas de fondos de inversión de créditos securitizados; iv) instrumentos de deuda y bonos convertibles en acciones para el financiamiento de proyectos de inversión; y v) bonos de reconocimiento emitidos por el INP (debido a estos cambios el límite máximo en instrumentos públicos se aumentó de 45% a 50%). Adicionalmente, para agilizar la incorporación de nuevos instrumentos financieros en los cuales los fondos de pensiones puedan invertir, se autorizó al Banco Central para que incorpore nuevos instrumentos en el futuro sin que estos tengan que ser ratificados por modificaciones legales. Si el valor total de los fondos alcanza cerca de un 45% del PIB en el año 2000, esto podría estimular mayores tasas de inversión (siempre que haya oportunidades suficientes) y también el crecimiento económico. En cambio, si la oferta de capital es superior a la demanda, las tasas de rendimiento podrían disminuir o las salidas de capital aumentar (SAFP, 1995 y Arenas de Mesa, 1997).

3.5 Rentabilidad de los fondos y de las cuentas individuales

Los fondos de pensiones combinados de todas las AFP se duplicaron cada dos o tres años, entre 1981 y 1999; en este último año el total fue equivalente al 43% del PIB y más de 100% de la deuda externa. El rendimiento promedio anual real entre 1981 y abril de 1999 fue 11%, el más alto de América Latina y el Caribe. Entre 1990 y abril de 1999 este rendimiento bajó a un 9,5% (ver cuadro 4a).

Respecto del rendimiento de las cuentas individuales, estas han mostrado un fuerte componente de volatilidad y ha sido en promedio menor que la tasa de retorno de los fondos de pensiones. Para el período 1981 y abril de 1999 la rentabilidad de las cuentas individuales para 30 UF fue de 8,4% real anual, mientras que para 10 UF alcanzó un 6,6%. Para el período 1990-99 estas cifras alcanzan a 7% y 6,3% respectivamente. En ambos períodos la rentabilidad real anual es mayor para los niveles de ingresos más altos (cuadro 4a).

Si se analiza el cuadro 4b, la rentabilidad obtenida por aquellas personas que han ingresado al sistema privado en los últimos años ha sido inferior a aquellos que lo hicieron al comienzo de la reforma. La rentabilidad promedio anual del fondo de pensiones para un asegurado que se afilió en mayo de 1981 es de un 11%, para aquel que lo hizo en enero de 1987 fue de un 8,7%, y para aquellos que lo hicieron en enero de 1992, de un 6,4% (cuadro 4b).

Respecto a la forma de realizar las inversiones de los fondos de pensiones, es el Banco Central quien determina los topes de inversión en los diferentes instrumentos facultados por la ley. En 1983, después de la crisis y de la intervención estatal de varios bancos y empresas para impedir la quiebra generalizada, 97% de la inversión estaba en instrumentos de deuda y 72% estaba en instrumentos públicos. Había una excesiva concentración de la inversión en ciertos instrumentos: 44% estaba en valores públicos y 51% en letras hipotecarias, pero sólo 3% estaba en depósitos/bonos bancarios, 2% en bonos de empresas (públicas y privadas) y nada en acciones. Esta situación era muy riesgosa, por ello se hizo necesario diversificar la cartera gradualmente con leyes promulgadas en 1985, 1989, 1990, 1994, 1995 y 1998 que ampliaron y/o modificaron la gama de instrumentos.

La ley de 1985 permitió la inversión en acciones y bonos de instituciones financieras privadas, y la ley de 1990 hizo lo propio respecto de instrumentos extranjeros. Los topes en 1995 eran como sigue: 50% en valores públicos, 35% a 50% en letras hipotecarias, 30% a 50% en depósitos bancarios a plazo fijo, 30% a 45% en bonos públicos y privados, 30% a 37% en acciones (aumentados de 10% y 30% respectivamente), y 4,5% a 9% en instrumentos extranjeros. En noviembre de 1995, la cartera estaba mucho más diversificada: 40,6% en valores públicos, 16,0% en letras hipotecarias, 9,5% en depósitos/bonos bancarios, 5,4% en bonos de empresas y 28,5% en acciones (Iglesias y Acuña, 1991 y Mesa-Lago, 1994).

3.6 Cobertura del sistema

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 ha presentado sustanciales incrementos. De un 29% de afiliados respecto de la fuerza de trabajo en 1982, la cobertura estadística ha aumentado sistemáticamente en los últimos 18 años, superando 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 administrado por el sector privado no cubre cerca de un 30% de la fuerza de trabajo, compuesta por trabajadores que cotizan en el antiguo sistema de reparto, en 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 6, 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 (ver cuadro 10). Lo anterior reafirma la necesidad de limpiar 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 actualicen las series de afiliados, con información básicamente proveniente de los cotizantes del sistema de AFP.

El cuadro 5 muestra la cobertura ocupacional (cotizantes como proporción de los ocupados) y efectiva (cotizantes como proporción de la fuerza de trabajo) del sistema de pensiones para el período 1975-1998. La cobertura ocupacional en el antiguo sistema público de reparto aumentó constantemente y llegó a un 71,2% en 1975; sin embargo, ésta disminuyó a un 56,2% en 1979. Con los dos programas combinados (pero con exclusión de las Fuerzas Armadas y Carabineros), la cobertura ocupacional continuó disminuyendo hasta un 52,6% en 1982 (en plena crisis económica). Finalmente, la cobertura ocupacional subió a 61,6% en 1987, y 65,6% en 1997. En cuanto a la cobertura efectiva, ésta disminuyó de 64,7% a 42,3% entre 1975 y 1982; luego aumentó a 54,4% en 1990 y a cerca de un 58% 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.

Después de la reforma previsional en Chile, la composición de la cobertura se ha modificado sustancialmente. 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% para el sistema privado y un 13% para el público, siendo un 42% en total en 1982, mientras que en 1998, ésta registró un 53,8% para el de capitalización individual y un 3,9% para el de reparto, siendo el total un 57,7% (ver cuadro 5).

La cobertura ocupacional según la dependencia del trabajador presenta importantes diferencias. Mientras los trabajadores dependientes presentan una 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. En 1986, sólo el 4,8% de los trabajadores independientes realizó cotizaciones en el sistema de AFP y esta proporción disminuyó a 3,8% en 1998 (ver cuadro 7). Entre los 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 (Marcel y Arenas de Mesa, 1992; Mesa-Lago y Arenas de Mesa, 1998).

Otro aspecto de la cobertura del sistema de pensiones en Chile tiene que ver con la distribución regional. En 1990 la cobertura promedio del 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, segunda, duodécima y metropolitana por sobre el promedio nacional de 44,76%, sin embargo, algunas de las regiones presentaron cifras de cobertura que fueron cercanas al 30% de la fuerza laboral (ver gráfico 2).⁶

3.7 Análisis de 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 (Arenas de Mesa y Montecinos, 1999).

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.

⁶ La cobertura efectiva utilizada toma a los afiliados que realizaron cotizaciones en diciembre de cada año por remuneraciones devengadas en el mes anterior según los antecedentes de la Superintendencia de AFP.

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 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.

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 (Arenas de Mesa y Montecinos, 1999).

El sistema de pensiones de AFP modificó 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 mínimas garantizadas por el Estado.

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; Mesa-Lago y Arenas de Mesa, 1998).

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.

Las diferencias de género en el sistema de pensiones tienen un impacto directo en las finanzas públicas. Estudios en desarrollo presentan que más de un 65% de las mujeres afiliadas estarían en pensiones mínimas garantizadas por el Estado. 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 (Arenas de Mesa, 1999b).

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 48% de la fuerza de trabajo femenina entre 1985 y 1998 (ver cuadro 9).

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 (Arenas de Mesa, 1999b).

En el marco de referencia de una creciente participación de las mujeres en el mercado laboral (ver cuadro 8) y en el mercado de las pensiones (cuadro 6), el elemento de equidad de género debería ser estudiado y debatido para realizar las medidas correctivas que sean necesarias.

3.8 Efectos distributivos

En la teoría económica hay una carencia de consenso en la relación que existe 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 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 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.

Brunner (1996) basado en el mismo modelo de generaciones traslapadas con agentes heterogéneos, demuestra que la introducción del esquema de capitalización individual no genera un equilibrio Pareto-Superior, porque cualquier instrumento aplicado al financiamiento de pensiones en la fase de transición involucra redistribución intra generacional.

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 (Foxley, Aninat y Arellano, 1980). 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 1992). La reforma del sistema de pensiones en Chile terminó con cualquier efecto redistributivo, progresivo o regresivo que el antiguo sistema pudo generar.

Efectos progresivos: condiciones de acceso y beneficios uniformes

Con anterioridad a la reforma previsional, el esquema público fue modificado en 1979 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 modificaciones 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 y los beneficios están indexados, terminando con un antiguo problema de los sistemas públicos de reparto.

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), el bono de reconocimiento del Estado, los retornos correspondientes a la inversión, y posibles depósitos en la cuenta de ahorros voluntaria. Al momento de jubilar, el asegurado tiene tres opciones: i) Una renta vitalicia de una compañía de seguros privada, calculada teniendo en cuenta la edad, la esperanza de vida, sexo y número de beneficiarios del asegurado; la compañía pasa a ser la dueña del fondo de pensión acumulado (que se transfiere desde la AFP) y garantiza una pensión mensual fija para el asegurado y sus sobrevivientes (pero no hay derecho a herencia de lo que quede del fondo, en ausencia de sobrevivientes con derecho a la pensión); la decisión del asegurado con respecto a esta opción es irrevocable. ii) Una pensión programada pagada directamente por la AFP, que se calcula anualmente (y por tanto fluctúa) basada en el tamaño y rendimiento del fondo, cambios en la esperanza de vida y número de beneficiarios del asegurado; éste conserva la propiedad de su fondo (que se puede heredar) y puede cambiar su decisión en cualquier momento. iii) Una pensión programada durante cierto número de años y una pensión vitalicia después. La AFP debe proporcionar todas las informaciones (incluso sobre las compañías de seguros) para que el asegurado tome una decisión, pero alrededor de un 90% de los asegurados no entienden las complejidades del procedimiento y contratan un asesor que cobra una comisión de 3% a 5% del valor total del fondo acumulado (Gillion y Bonilla, 1992).

Las pensiones de invalidez y muerte no las paga la AFP sino la compañía de seguros contratada para tal fin. La pensión de invalidez total (por pérdida de los dos tercios de la capacidad de trabajo, al menos) paga 70% del promedio de ingresos de los 10 últimos años a quienes no han llegado a la edad de jubilación. La pensión de invalidez parcial, por pérdida de la mitad de la capacidad de trabajo, al menos paga el 50%. Las pensiones por muerte se otorgan a las viudas o a los viudos incapacitados, a los niños (naturales o no) menores de 18 años (o de 24 si son estudiantes o de cualquier edad si son inválidos), y a los padres si no hay otros beneficiarios.

El Estado garantiza una pensión mínima si el fondo acumulado del asegurado no es suficiente para financiar ese monto, siempre que los asegurados tengan 20 años de contribuciones (existen algunas excepciones que pueden disminuir los años exigidos a 17) y cumplan los demás requisitos de jubilación por vejez o invalidez. 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.

El nivel promedio de las pensiones en los programas público y privado se ha comparado por algunos especialistas. Sin embargo, más que comparar valores absolutos lo importante es realizar comparaciones de las tasas de reemplazo de ambos sistemas.

La validez de la comparación de valores absolutos no es conveniente por varios motivos: i) los pensionados en el programa administrado por el sector privado representaron cerca de un 20% del total de pensionados, mientras que los del programa público constituían el restante 80%; ii) las pensiones actuales del sistema de AFP 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 sistema de AFP. A pesar de que la pensión mínima mensual ha aumentado de US \$54 a US \$130 en 1989-99 esta es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas, y se estima que alrededor de la mitad de los asegurados va a recibir en el futuro una pensión mínima (Arellano, 1989; Gillion y Bonilla, 1992; Mesa-Lago, 1994 y Mesa-Lago y Arenas de Mesa, 1998).

El sistema de capitalización individual modificó dos factores que con anterioridad se consideraban en el cálculo y monto de las pensiones, y añadió cinco nuevos factores. Las remuneraciones y los años de contribución son dos variables comunes en ambos programas de pensiones, pero tienen mayores restricciones en el de capitalización. Tanto las remuneraciones como los años de contribuciones han pasado a depender en un 100% de la vida laboral activa de los asegurados.

El programa público sólo toma en cuenta las remuneraciones de los últimos años trabajados (cinco, tres o último año de contribuciones con anterioridad al retiro), y en el caso de las contribuciones, los años exigidos fluctúan entre 71% y 64% de la vida laboral activa de las mujeres y hombres respectivamente. Los cinco nuevos factores son: i) la rentabilidad del fondo de pensiones en el mercado financiero; ii) la comisión fija cobrada por las AFPs; iii) la edad de retiro; iv) la esperanza de vida del asegurado; y v) el número de familiares dependientes. El fondo acumulado en las cuentas individuales de capitalización depende directamente de cuatro factores: los dos anteriores modificados y los dos primeros entre los cinco nuevos.

La tramitación de pensiones se ha simplificado mucho y es ahora más rápida especialmente en el programa privado. El formulario de solicitud se puede enviar por correo o presentar a cualquiera AFP y las cuentas individuales facilitan el procedimiento. A partir de 1990 se paga una pensión preliminar a los quince días de la presentación de la solicitud y se reajusta más tarde (Arellano, 1989; Iglesias y Acuña, 1991 y Mesa-Lago, 1994).

Efectos regresivos: 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 7 muestra el grado de cobertura para los trabajadores dependientes e independientes en el sistema privado. Puede apreciarse 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 casi 20 veces más que en el sector independiente, ésta ha ido creciendo en el tiempo.

En el sistema de AFP 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.

Altos salarios, 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 contribuciones, 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 4a 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 es de 1,8 puntos porcentuales, lo que en 40 años generarán diferencias en la acumulación de capital y en los beneficios cercanas al 20%.

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. 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.⁷ Al 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 (véase la sección 3.7).

4. Desafíos pendientes

En base al análisis de los principales resultados del sistema de pensiones administrado por el sector privado se presentan los desafíos pendientes del sistema de pensiones.

En este contexto, mejorar la cobertura, tanto para los trabajadores dependientes como independientes de bajos ingresos, buscar los mecanismos adecuados que le permitan al Estado financiar el déficit previsional, en especial durante la transición previsional, incentivar los estudios actuariales y financieros, así como generar mecanismos que le permitan al afiliado no sólo disponer de la información adecuada respecto del manejo de sus fondos previsionales, sino que contar con

⁷ 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 completamente un sistema de capitalización individual el riesgo es asumido individualmente y diferenciado por sexo.

las herramientas para poder hacer el mejor uso de dicha información, son parte de las tareas pendientes del sistema de pensiones de AFP.

4.1 Ampliación de la cobertura

Entre los desafíos más importantes del sistema de pensiones se encuentra el de 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).

4.2 Búsqueda de mecanismos de financiamiento del déficit previsional

Otro desafío importante que enfrenta el Estado es como éste 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 (Marcel y Arenas de Mesa, 1993).

4.3 Costos de administración en el sistema y competencia

Otra de las grandes tareas pendientes del programa de pensiones de AFP es reducir los gastos de administración. El aumento de las AFPs en los noventa trajo consigo una expansión de los gastos de administración por asegurado. Además, la competencia entre AFPs por los asegurados debería ser estudiada para evitar el gasto desmesurado de recursos.

Durante los últimos años el número de AFPs se ha reducido. Sin embargo, importante es evitar la colusión y facilitar el ingreso a otros sectores del mercado financiero que puedan aprovechar su experiencia y ventajas competitivas. En este sentido, parlamentarios y el Ministro del Trabajo han planteado estudiar la incorporación de los bancos al sistema de pensiones de las AFP.

4.4 Educación para los asegurados

Mejorar la educación para los asegurados en cuanto a los requisitos, beneficios y funcionamiento del programa de pensiones (especialmente para las mujeres), debe ser una de las preocupaciones relevantes en las próximas décadas. Existe un consenso generalizado que el nivel

de conocimiento respecto del programa administrado por el sector privado es bajísimo. De esta manera se hace necesario la implementación de programas de educación, a través de sindicatos y medios masivos de comunicación, lo que también podría ayudar, entre otras cosas, a los asegurados a decidir entre las opciones de pensión al momento de jubilación, y a disminuir aún más el número de traspasos entre AFP.

4.5 Modalidades de pensión

El perfeccionamiento de las modalidades de pensión, respecto de las rentas vitalicias, así como el mercado de seguros, presentan algunas imperfecciones tales como la falta de transparencia en el acceso de información entre agentes de venta, corredores y los asegurados. Actuar en el sentido de dar mayor información y transparencia a los procesos de cálculo de rentas vitalicias y los costos y beneficios que llevan implícito cada una de las diferentes modalidades de pensión llevará a que los asegurados al momento de elegir la modalidad de pensión estén también maximizando su bienestar.

5. Conclusiones

Varias lecciones se pueden derivar de la experiencia chilena. Una es que el costo de la transición previsional debe evaluarse con cautela. 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.

El déficit fiscal previsional del sistema de pensiones chileno ha sido elevado y permanecerá siéndolo en los próximos años. 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. En este contexto, 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.

De esta manera, 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. 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.

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 escenario, es de esperar que las autoridades chilenas y los defensores del sistema de pensiones de AFP aprendan las significativas lecciones que nos han entregado el sistema de pensiones administrado por el sector privado en las 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.

Bibliografía

- Arellano, José Pablo (1985), *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984*. Santiago, CIEPLAN.
- Arenas de Mesa, Alberto (1995), "The gender effect of the social security reform in Chile: Inequalities and lessons of policies" Manuscrito, Universidad de Pittsburgh (junio).
- _____ Alberto (1999a), "Proyecciones del déficit previsional chileno: Gasto público en pensiones asistenciales 1999-2010", XI Seminario Regional de Política Fiscal, CEPAL, Brasilia, enero 26-28.
- _____ (1999b), "Efectos Fiscales del Sistema de Pensiones en Chile: Proyección del Déficit Previsional: 1999-2037". Artículo presentado en el Seminario: "Responsabilidades Fiscales de los Sistemas de Pensiones", Ministerio de Hacienda y Cepal, Santiago, Chile, 2 y 3 de septiembre de 1999.
- _____ (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 y Verónica Montecinos (1999), "The Privatization of Social Security and Women's Welfare: Gender Effects of the Chilean Reform". *Latin American Research Review*, Vol 34. Nº 3 (en prensa).
- Arenas de Mesa, Alberto y Fabio Bertranou (1997), "Learning from Social Security Reforms: Two Different Cases, Chile and Argentina". *World Development*, Vol. 25, No. 3 (marzo).

- Arenas de Mesa, Alberto y Mario Marcel C. (1993), "Proyecciones de gasto previsional 1992-2038: Un modelo de simulación para los bonos de reconocimiento" Santiago: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Documento de Trabajo (febrero).
- Arrau, Patricio (1991), "La reforma previsional chilena y su financiamiento durante la transición" Santiago: CIEPLAN, *Colección Estudios*, Vol. 32: 5-44. Junio.
- Baeza, Sergio and Francisco Margozzini, eds. (1995), *Quince años después. Una mirada al sistema privado de pensiones*. Santiago: CEP.
- Breyer, F. (1989), "On the Intergenerational Pareto Efficiency of Pay-as-you-go Financed Pension Systems" *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, Vol. 145, N°4: 243-258.
- Breyer, F. y M. Straub (1993), "Welfare Effects of Unfunded Pension Systems When Labor Supply is Endogenous" *Journal of Public Economics*, Vol. 50, N°1: 77-91.
- Brunner, Johann K. (1996), "Transition from a Pay-as-you-go to a Fully Funded Pension System: The Case of Differing Individuals and Intergenerational Fairness" *Journal of Public Economics*, Vol. 60, N°1: 131-146.
- 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 y 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.
- Foxley, A., E. Aninat y J.P. Arellano (1980), *Las Desigualdades Económicas y la Acción del Estado*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- 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, (junio): 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.
- Homburg, S. (1990), "The Efficiency of Unfunded Pension Schemes" *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, Vol. 146, N°4: 640-647.
- Iglesias, Augusto y Rodrigo Acuña (1991), *Chile: Experiencia con un régimen de capitalización 1981-1991*. Santiago: CEPAL/PNUD.
- Kotlikoff, Laurence (1996), "Simulating the Privatization of Social Security in General Equilibrium" *NBER Working Paper*, No. 5776 (septiembre). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Marcel, Mario y Alberto Arenas (1992), "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." En S. Baeza y R. Manubens, eds., *Sistema privado de pensiones en Chile*: 251-274. Santiago: CEP.
- Mesa-Lago, Carmelo (1978), *Social Security in Latin America. Pressure Groups, Stratification and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- _____ (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.
- _____ (1999), "Análisis Comparado de los Efectos Fiscales de las Reformas de Pensiones en América Latina". Artículo presentado en el Seminario: "Responsabilidades Fiscales de los Sistemas de Pensiones", Ministerio de Hacienda y Cepal, Santiago, Chile, 2 y 3 de septiembre de 1999.
- Mesa-Lago, Carmelo y 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?*, editado por Maria Amparo Cruz-Saco y Carmelo Mesa-Lago. University of Pittsburgh Press. Pittsburgh (marzo).
- Ortúzar, Pablo (1988), "El déficit previsional: recuento y proyecciones" En Baeza, Sergio y 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. Manuscrito, diciembre.
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP), Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP), y 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 (tercera edición).
- Wagner, Gert (1991), "La seguridad social y el programa de pensión mínima garantizada" *Estudios de Economía*, Vol. 18, No. 1: 35-91. Junio, Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Zurita, Salvador (1994), "Minimum pension insurance in the Chilean pension system". *Revista de Análisis Económico*, Vol 9. Nº 1: 105-126. Junio, Santiago: ILADES.

Cuadro 1
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 2
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

Fuente:

(1) Cuadro 1.

(2) Arenas de Mesa (1997). 1995 y 1996 se estimaron en base a datos de la Superintendencia de A.F.P. (1998).

(4) Cuadro 1 y Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, 1999.

Cuadro 3
PROYECCIÓN DEL DÉFICIT PREVISIONAL CIVIL EN CHILE: 1999-2010
(% del PIB)

Año	Déficit Operacional	Bonos de Reconocimiento	Pensiones Asistenciales	Pensiones Mínimas	Déficit Previsional Civil
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1999	3.2%	1.0%	0.4%	0.0%	4.7%
2000	3.2%	1.1%	0.4%	0.1%	4.8%
2001	3.1%	1.2%	0.4%	0.1%	4.8%
2002	3.0%	1.2%	0.4%	0.1%	4.7%
2003	2.9%	1.2%	0.4%	0.1%	4.6%
2004	2.7%	1.3%	0.4%	0.1%	4.6%
2005	2.6%	1.3%	0.4%	0.2%	4.5%
2006	2.5%	1.3%	0.4%	0.2%	4.4%
2007	2.4%	1.3%	0.4%	0.2%	4.3%
2008	2.3%	1.3%	0.4%	0.2%	4.2%
2009	2.1%	1.2%	0.4%	0.3%	4.1%
2010	2.0%	1.2%	0.4%	0.3%	3.9%
Promedio 1999-2010	2.7%	1.2%	0.4%	0.2%	4.5%

Fuente: Arenas de Mesa (1999b).

Cuadro 4a
RENTABILIDAD FONDOS DE PENSIONES Y CUENTAS INDIVIDUALES: 1981-1998
(Porcentajes)

Año	Tasa Real Anual de las Cuentas Individuales ⁽¹⁾		Tasa Promedio Real Anual de los Fondos de Pensiones
	10 UF (US\$311)	30 UF (US\$934)	
1981 ⁽²⁾	-5.2%	3.2%	12.8%
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%	3.0%
1993	14.4%	14.6%	16.2%
1994	11.2%	11.5%	18.2%
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%
1999 ⁽⁴⁾	3.9%	7.5%	8.5%
Promedio			
1981-1999 ⁽³⁾	6.6%	8.4%	11.0%
1990-1999 ⁽⁵⁾	6.3%	7.0%	9.5%

(1) 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.

(2) Período de julio 1981 a diciembre 1981.

(3) El promedio 1981-1999 comprende el periodo desde julio de 1981 a abril de 1999.

(4) A abril de 1999.

(5) Período comprendido entre 1990 y abril de 1999.

Fuente: Arenas de Mesa (1997) y Superintendencia de AFP (1999).

Cuadro 4b
RENTABILIDAD FONDOS DE PENSIONES Y CUENTAS INDIVIDUALES: 1981-1998
(Porcentajes)

Año	Tasa Real Anual de las Cuentas Individuales ⁽¹⁾		Tasa Promedio Real Anual de los Fondos de Pensiones
	10 UF (US\$311)	30 UF (US\$934)	
1981 ⁽²⁾ -1999 ⁽³⁾	6.6%	8.4%	11.0%
1982-1999	7.1%	8.4%	10.6%
1983-1999	6.6%	7.6%	9.6%
1984-1999	6.1%	6.9%	8.9%
1985-1999	6.6%	7.3%	9.3%
1986-1999	6.3%	7.0%	9.0%
1987-1999	6.0%	6.7%	8.7%
1988-1999	6.2%	6.9%	9.0%
1989-1999	6.3%	7.0%	9.3%
1990-1999	6.3%	7.0%	9.5%
1991-1999	5.3%	6.1%	8.8%
1992-1999	3.1%	4.0%	6.4%
1993-1999	3.4%	4.4%	6.9%
1994-1999	1.6%	2.7%	5.3%
1995-1999	-0.3%	0.9%	2.7%
1996-1999	0.8%	2.3%	4.2%
1997-1999	0.7%	2.6%	4.5%
1998-1999	0.2%	2.5%	4.3%
1999-1999	3.9%	7.5%	8.5%

(1) 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.

(2) Período de Julio 1981 a diciembre 1981.

(3) A Abril de 1999.

Fuente: Arenas de Mesa (1997) y Superintendencia de AFP (1998).

Cuadro 5
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	----	71.2%	71.2%	----	61.9%	61.9%
1976	----	65.7%	65.7%	----	57.3%	57.3%
1977	----	62.2%	62.2%	----	54.8%	54.8%
1978	----	56.6%	56.6%	----	48.5%	48.5%
1979	----	56.2%	56.2%	----	48.5%	48.5%
1980	----	53.3%	53.3%	----	47.8%	47.8%
1981	nd	18.4%	nd	nd	16.3%	nd
1982	36.0%	16.6%	52.6%	29.0%	13.4%	42.3%
1983	38.2%	14.9%	53.1%	33.5%	13.0%	46.6%
1984	40.6%	13.7%	54.3%	35.0%	11.8%	46.8%
1985	44.0%	12.8%	56.9%	38.8%	11.3%	50.1%
1986	45.9%	11.6%	57.5%	41.1%	10.4%	51.6%
1987	50.6%	11.0%	61.6%	45.7%	10.0%	55.7%
1988	50.6%	9.8%	60.4%	46.6%	9.0%	55.6%
1989	50.8%	8.7%	59.5%	47.2%	8.1%	55.3%
1990	50.6%	8.1%	58.7%	46.8%	7.5%	54.4%
1991	53.7%	7.6%	61.3%	49.9%	7.0%	56.9%
1992	55.3%	6.9%	62.2%	51.8%	6.5%	58.3%
1993	54.6%	6.0%	60.7%	51.1%	5.7%	56.8%
1994	56.2%	5.5%	61.7%	51.8%	5.0%	56.9%
1995	57.2%	5.5%	62.7%	53.5%	5.1%	58.6%
1996	58.9%	4.9%	63.8%	55.7%	4.6%	60.4%
1997	61.3%	4.4%	65.6%	58.0%	4.1%	62.1%
1998	58.0%	4.2%	62.2%	53.8%	3.9%	57.7%

(a) Estimación del autor sobre la base de antecedentes INP y DIPRES. Excluye FF.AA. y Carabineros.

Cuadro 6
COBERTURA ESTADÍSTICA, EFECTIVA Y OCUPACIONAL SISTEMA DE PENSIONES AFP MUJERES

Año	Afiliadas	F. de Trabajo Femenina	Cobertura Estadística	Cotizantes	Ocupación Femenina	Cobertura Ocupacional
	(a)	(b)	(c)=(a)/(b)	(d)	(e)	(f)=(d)/(e)
1986	845,087	1,278,680	66%	470,194	1,108,340	42%
1987	973,062	1,310,840	74%	524,712	1,141,550	46%
1988	1,101,775	1,412,430	78%	554,755	1,253,040	44%
1989	1,230,659	1,433,650	86%	605,141	1,291,920	47%
1990	1,355,213	1,495,850	91%	624,598	1,357,640	46%
1991	1,516,753	1,514,570	100%	676,236	1,372,040	49%
1992	1,662,267	1,646,240	101%	739,445	1,499,770	49%
1993	1,794,621	1,753,980	102%	768,060	1,599,630	48%
1994	1,940,437	1,796,960	108%	806,169	1,611,240	50%
1995	2,107,117	1,780,260	118%	836,819	1,622,510	52%
1996	2,233,056	1,810,730	123%	870,128	1,689,670	51%
1997	2,342,630	1,871,290	125%	915,721	1,748,500	52%
1998	2,441,827	1,955,660	125%	930,724	1,807,560	51%

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 7
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%

Fuente:

(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 8
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 9
PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN EL MERCADO DE LAS AFP
 (% del Total)

Año	Afiadas Femeninas (% Afiliados Totales) (% de la F. Trabajo Fem.)	(% Total Cotizantes)	Cotizantes Femeninas (% Afiliadas Fem.) (% F
1981	25%	33%	nd
1982	27%	36%	nd
1983	27%	38%	nd
1984	30%	49%	nd
1985	31%	58%	31%
1986	33%	66%	31%
1987	34%	74%	31%
1988	35%	78%	31%
1989	36%	86%	32%
1990	36%	91%	31%
1991	37%	100%	32%
1992	38%	101%	32%
1993	38%	102%	33%
1994	39%	108%	33%
1995	40%	118%	34%
1996	40%	123%	34%
1997	41%	125%	34%
1998	41%	125%	36%

Fuente:

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 10
AFILIADOS POR GRUPOS ETARIOS Y GÉNERO COMO PORCENTAJE DE LA POBLACION
FUERZA DE TRABAJO EN CHILE: 1998

Edad	1998			
	Afiliados Masculinos	Afiliadas Femeninas		
	como % de: Población Masculina	como % de: Población Femenina		
	F. de Trabajo Masculina	F. de Tr Femenina		
15-20	26.2	129.4	15.9	164.
20-25	86.2	119.5	65.2	154.
25-30	104.4	114.1	80.0	160.
30-35	104.3	108.2	78.2	159.
35-40	94.9	97.4	66.0	136.
40-45	80.5	82.9	51.5	103.

Fuente: Arenas de Mesa (1999b).

Gráfico 1

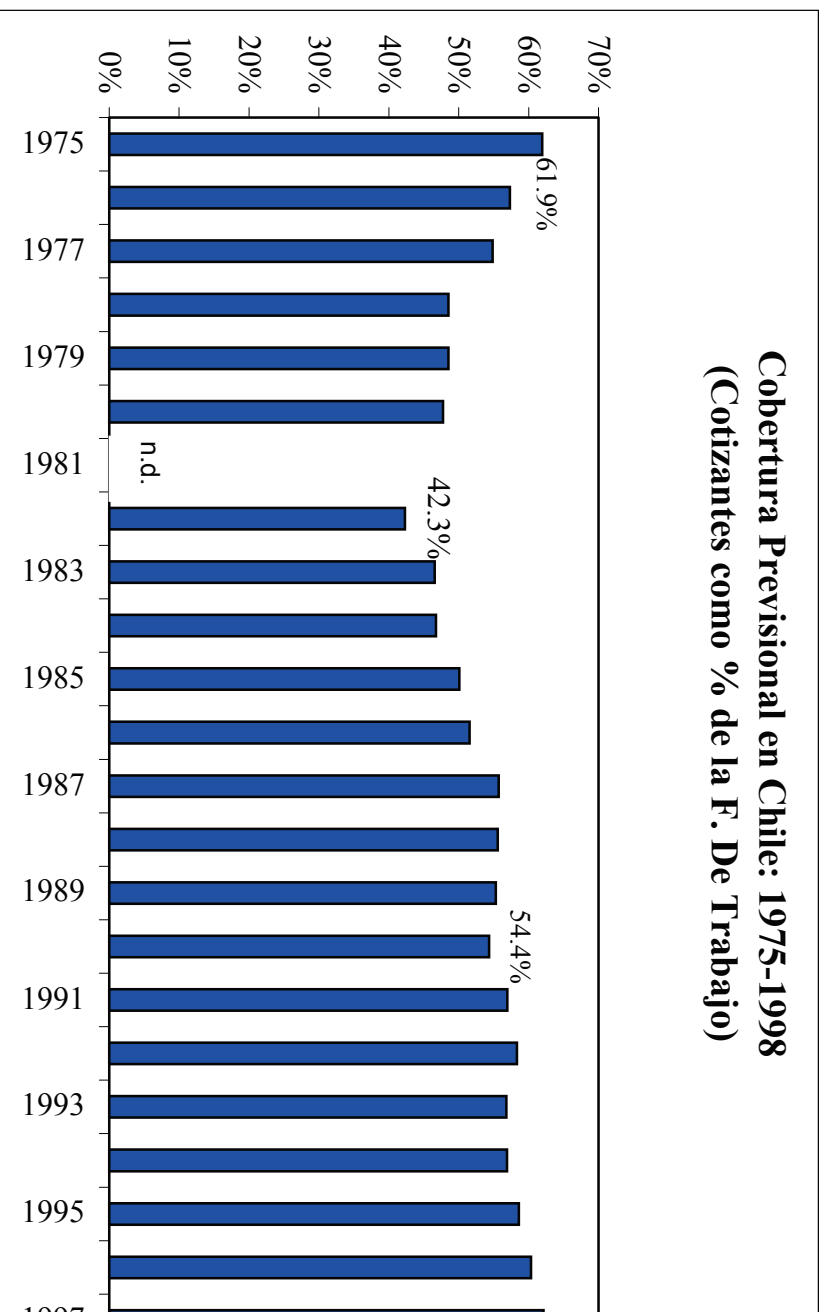
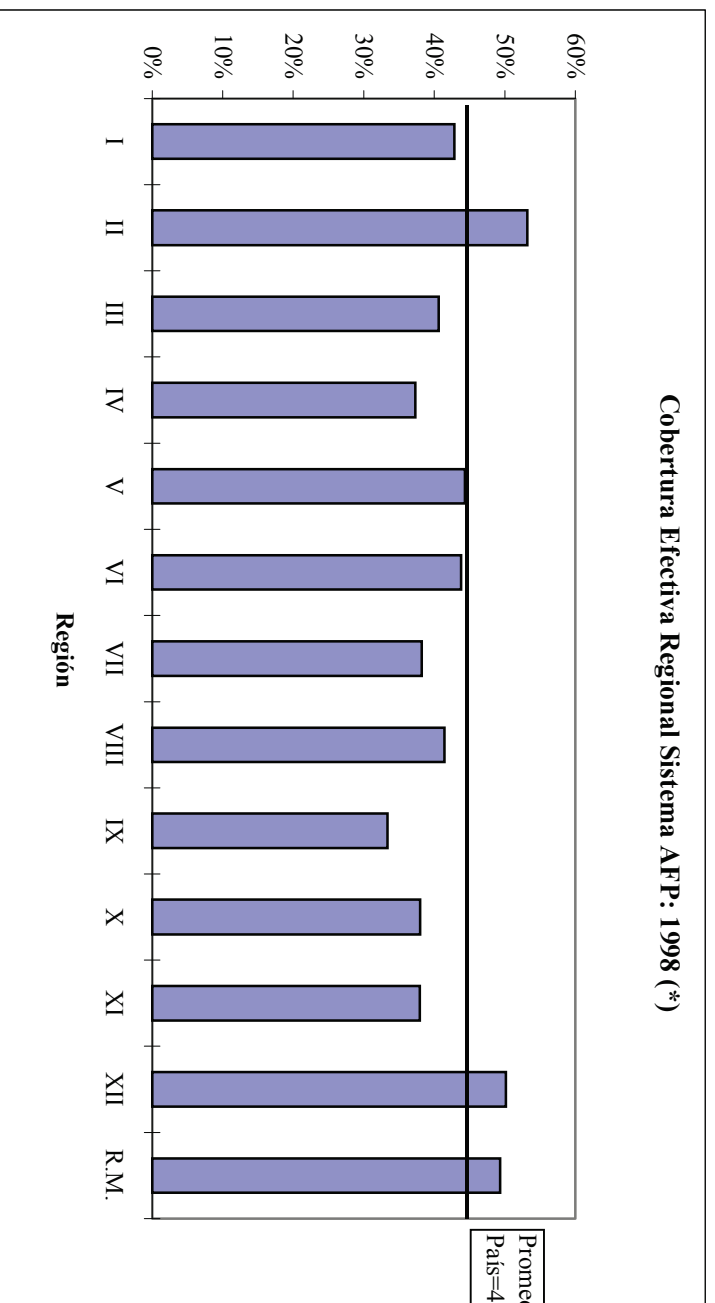


Gráfico 2



Fuente: SAFP

(*) En base a los afiliados que cotizaron en diciembre de 1998 por remuneraciones devengadas en el mes anterior (cotizantes al día).

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión IV: Envejecimiento y sistemas de pensiones

Carmelo Mesa-Lago¹

Me ha correspondido comentar dos trabajos excelentes. El de Jorge Bravo es muy interesante, útil e innovador, porque emplea una metodología nueva y transparente para relacionar las variables demográfica y del costo previsional (deuda implícita). Personalmente, además, me siento satisfecho, ya que algunas de sus conclusiones ratifican hipótesis que yo desarrollé hace 20 años atrás. Aunque comparto el análisis y el grueso de las conclusiones de este trabajo, tengo varias observaciones que agregar.

La primera se refiere a los sistemas de financiamiento de las pensiones de seguridad social por vejez, invalidez y muerte. Hay un debate mundial sobre el modelo de reforma de las pensiones, especialmente candente en América Latina, y Bravo caracteriza el sistema financiero de la región como de *reparto*. Este es el término utilizado por el Banco Mundial y la mayoría de los envueltos en el debate, pero, en realidad, sólo en una minoría de los

¹ Departamento de Economía, Universidad de Pittsburgh y Centro Latinoamericano y del Caribe, Universidad Internacional de Florida, Estados Unidos (cmesa+@pitt.edu).

países latinoamericanos (los que tienen los programas más antiguos) rige dicho sistema: Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay (Chile antes de la reforma de 1981). En la mayoría de los países el sistema es de *capitalización parcial colectiva* (CPC), aunque puede estar o no en equilibrio actuarial. En estudios más recientes sobre Colombia, Costa Rica y Panamá demuestro que sus programas de pensiones (basados en la CPC), tienen reservas considerables, generan un superávit anual en sus finanzas y la rentabilidad de su inversión es adecuada, de manera que no están basados en el reparto. Esta discrepancia va más allá de una cuestión semántica o técnica pues, como bien plantea Bravo, afecta la estabilidad financiera a corto, mediano y largo plazo de los programas de pensiones, debido a que los procesos de envejecimiento de la población y maduración de los referidos programas provocan un aumento de sus gastos. Sin embargo, en los tres países citados, no se espera que este problema surja a corto o mediano plazo; por ejemplo, el programa vigente en Panamá —si no se reformara— no enfrentaría un desequilibrio financiero hasta dentro de 15 a 35 años; en Colombia las proyecciones indican que el programa público de pensiones (ya profundamente reformado para reforzarlo) estará en equilibrio financiero por 57 años.

Bravo plantea también que es posible mejorar las finanzas de los programas de pensiones mediante cambios en sus parámetros (como el aumento de la edad de jubilación, el incremento de las contribuciones, el endurecimiento de la fórmula de cálculo o una combinación de estas medidas), pero que éstos no siempre desembocan en los resultados positivos esperados. Sin embargo, hay evidencia importante de que los cambios de los parámetros en varios de los ocho países en que se han implantado reformas estructurales de pensiones han incidido positivamente en la consolidación de las finanzas del sistema público, además de Colombia, Argentina y Uruguay.

Por otra parte, Bravo señala acertadamente que el proceso de envejecimiento de la población afecta tanto a los sistemas de reparto como a los de *capitalización plena e individual* (CPI); estos últimos han sido introducidos de manera excluyente en Chile, Bolivia, El Salvador y México, pero en forma paralela en Colombia y Perú, y mixta en Argentina y Uruguay. Aunque el autor no desarrolla este punto en su trabajo, sí lo hace Lawrence Thompson en el suyo, al explicar que el incremento de la esperanza de vida ejerce un impacto en los sistemas de CPI, porque el fondo acumulado en las cuentas individuales se vuelve gradualmente insuficiente para financiar una pensión adecuada debido a la longevidad creciente de los jubilados. Esto obligará a aumentar la edad de retiro o la contribución, ya que si no hacen estos cambios de parámetros, disminuirá el monto de la pensión. De manera que el concepto de contribución *definida*, utilizado para caracterizar a la CPI, depende del período de tiempo que se considere, porque a largo plazo la contribución se tornará *indefinida* (como en los sistemas de reparto y CPC), lo que significa que habrá que aumentarla o modificar el cálculo de la pensión.

Otro punto importante planteado por Bravo (objeto de debate en algunos países, como Chile) es que el género del asegurado afecta especialmente al sistema de CPI, porque éste no permite transferencias de los asegurados masculinos a los femeninos (como puede ocurrir en sistemas de reparto o CPC). La mujer latinoamericana vive en promedio cuatro años más que el hombre, pero en 11 países de la región, la edad de retiro de la mujer es cinco años menor que la del hombre, lo cual resulta en nueve años de mayor longevidad de la pensionada femenina. Esto, unido a la menor densidad de la contribución de la mujer asegurada (debido a sus salidas temporales de la fuerza de trabajo por embarazo) y a que su salario es inferior al del hombre, tiene un impacto negativo en el monto de la pensión de la mujer. Por su parte, Thompson observa que en los países industrializados hay una tendencia a igualar las edades de retiro de la mujer y del hombre; en América Latina, tres países lo han hecho recientemente: a 60 años en Uruguay, y a 65 en Bolivia y Perú.

En el gráfico 1 del trabajo de Bravo se muestra una amplia brecha en el equilibrio de los programas de pensiones de Chile y Cuba, lo cual es interesante, pues se trata de dos sistemas diametralmente opuestos: CPI en Chile (pionero en la región y, en gran medida, en el mundo) y

reparto simple en Cuba (donde el Estado cobra las contribuciones, no hay un fondo de reserva —no existe siquiera un fondo de contingencia—, y las pensiones se pagan directamente del presupuesto). Cuando se incluye el aporte estatal se produce un superávit en Chile y un balance en Cuba, pero al excluir dicho aporte, en los dos países surgen déficit de 3% y 4% del PIB, respectivamente (notables entre todos los mostrados en el gráfico). Hay que preguntarse por qué el aporte estatal es esencial en dos sistemas completamente distintos.

En Chile se necesita dicho aporte porque la transición del sistema antiguo (reparto) al nuevo (CPI) conlleva altos costos fiscales y durante un período largo, derivados del déficit del sistema público antiguo (cerrado, que carga con todas las pensiones en curso de pago, pero se queda casi sin contribuyentes), el bono de reconocimiento (transferencia de las contribuciones acumuladas en el sistema antiguo por los asegurados que se pasaron al nuevo), y la garantía estatal de pago de una pensión mínima (a quienes en el sistema nuevo que no han acumulado una cuenta individual suficiente para financiar dicho mínimo). En Cuba el déficit se produce porque su programa de pensiones siguió el modelo de la desaparecida URSS y los países de Europa oriental, en el cual el trabajador no contribuye y sólo lo hace el empleador (que fundamentalmente es el Estado), con un 14% (antes un 10%). Si comparamos la contribución de Cuba con la de los dos países más parecidos en cuanto a envejecimiento poblacional, Argentina y Uruguay, encontramos que la primera representa aproximadamente la mitad de las dos últimas (27%), lo cual explica porqué se produce un déficit muy superior (alrededor de 60% del gasto) que debe ser financiado completamente por el Estado. Este problema se agrava debido a que la edad de retiro en Cuba es de 55 años para la mujer y de 60 para hombre (en comparación con 60 y 65 en Argentina), por lo que la esperanza de vida del jubilado o jubilada en Cuba es la más alta de toda la región. A medida que la población de la isla envejece (será la más envejecida de la región en el primer cuarto del siglo XXI), el déficit se agravará y forzará tanto a aumentar la edad de retiro como a establecer el pago de una contribución por parte del trabajador (esto se contempla en una ley de 1994, pero aún no se había implantado a fines de 1999).

Por último, Bravo plantea un desafío importante: es necesario extender la cobertura de pensiones de la fuerza laboral latinoamericana, pero esto acarrea un aumento del costo que, en un escenario extremo, puede llegar a 15% del PIB (esto se debe a que la incorporación de los asegurados de bajos ingresos incrementa los costos del sistema). La magnitud de este conflicto es aún mayor si se considera que, en la mitad de los países de la región, menos del 25% de la PEA está cubierta y se trata del sector informal de bajos ingresos. No obstante, Bravo especifica que el aumento del costo ocurrirá sólo si no se modifican los parámetros del sistema; como hemos mencionado antes, esto ya se ha hecho en varios países y se está considerando en otros (por ejemplo, Panamá y Costa Rica), lo cual permite resolver parte del conflicto entre extensión y costo. La otra parte puede remediarse mediante el diseño de un programa especial para el grupo no cubierto, en el que el monto de la pensión se ajuste actuarialmente a la contribución modesta que dicho sector pueda pagar. Debo señalar que en la mayoría de los ocho países en que se ha reformado el sistema de pensiones, se ha eliminado o reducido la contribución del empleador, a raíz de lo cual ha aumentado la contribución del asegurado (siete veces en El Salvador); esto erige una barrera insalvable para la extensión de la cobertura, además de crear el peligro de un incremento de la evasión y la mora en el grupo cubierto (estadísticas de dichos países muestran que sólo alrededor de la mitad de los afiliados son contribuyentes activos).

El notable trabajo de Lawrence H. Thompson cubre mucho terreno y contiene una enorme cantidad de información sobre los países industrializados, pero su sección "El contraste con las reformas en América Latina" es muy breve y mi comentario tendrá por objeto expandirla. Primero, debe tenerse presente que el *baby boom* ocurrido en los países industrializados no se ha dado en la región, por lo cual la fecundidad y la mortalidad han descendido constantemente desde comienzos del decenio de 1970; de ahí que el proceso de envejecimiento no estará compensado por un

incremento temporal de los trabajadores contribuyentes y, por lo tanto, la tasa de dependencia aumentará con más rapidez, al igual que el gasto en pensiones, como Thompson apunta y el trabajo de Bravo documenta. Dedicaré el resto de mi comentario a cuatro aspectos importantes del trabajo de Thompson, en el contexto del debate regional sobre el modelo de reforma.

Ya se ha mencionado que, según Thompson y Bravo, el incremento de la esperanza de vida (así como la disminución de la fecundidad) tienen el mismo efecto en un sistema de reparto que en uno de CPI. Thompson resume las consecuencias de este importante punto para la política de seguridad social como sigue: "Ya sean los cambios incrementales [mejoramiento de un sistema público basado en reparto o CPC] o estructurales [sustitución del sistema público por uno de CPI], *las estrategias básicas para ajustar los programas de pensiones al envejecimiento de la población son las mismas*": aumento de la edad de retiro, incremento de la cotización, disminución del monto de la pensión o una combinación de ellas. Todo esto contradice un supuesto fundamental del modelo chileno.

Con respecto al argumento de que un sistema de CPI tiene un impacto positivo en el ahorro nacional dice Thompson que "la evidencia no es muy convincente" en los países en desarrollo. De hecho, en dos estudios sobre Chile se prueba lo contrario. En uno, de Alberto Arenas de Mesa (funcionario del Ministerio de Hacienda de Chile), se muestra que el resultado *neto* anual del sistema (ingresos del programa CPI, menos costo fiscal de la transición) es negativo: un *déficit* anual promedio de 2.6%. En otro, de Robert Holzmann (funcionario del Banco Mundial), se concluye que no existe evidencia de que haya un incremento del ahorro nacional. Thompson advierte con acierto que los costos fiscales de la transición de un sistema de reparto a uno de CPI pueden ser muy altos y, efectivamente, en el trabajo de Arenas de Mesa se demuestra que en Chile son sumamente elevados: 5.5% del PIB en 1999, el doble de lo calculado inicialmente al comenzar la reforma, y por un período más extendido.

Thompson sostiene que el cambio sistema de reparto a uno de CPI ocasiona un incremento de la renta de la inversión. Esto ha sido cierto en varios países, como Chile, pero en Colombia el sistema público (no basado en reparto, sino en CPC, como ya hemos aclarado) tiene una reserva equivalente al doble del total del fondo de pensiones del sistema paralelo de CPI, y la renta de la inversión es igual en ambos sistemas.

Por último, Thompson se refiere, en el contexto de los países industrializados, al cambio de la prestación definida (contribución indefinida) de los sistemas de reparto, a contribución definida (prestación indefinida) en los sistemas de CPI. En América Latina se observa una enorme variedad en cuanto a dicho cambio, el cual fue total en Chile, Bolivia y El Salvador, pero no así en México, a pesar de tener un sistema de CPI. En este país, los 13 millones de asegurados que había cuando se aprobó la reforma tienen el derecho, al tiempo del retiro, de escoger la mejor pensión entre la que resulte del fondo acumulado en la cuenta individual de CPI (prestación indefinida) y la calculada de acuerdo con las normas del desaparecido sistema público (prestación definida). En el modelo mixto de Argentina y Uruguay, se integran una prestación definida (componente público) y una indefinida (componente de CPI), mientras que en el modelo paralelo de Colombia y Perú, un sistema de contribución definida (CPI) compite con uno de prestación definida (público). En conclusión, América Latina se ha transformado de copiadora de modelos de seguridad social introducidos en los países industrializados, en creadora de modelos que están influenciando las reformas en el mundo desarrollado.

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión IV: Envejecimiento y sistemas de pensiones

Mario Marcel¹

Muchas gracias por haberme invitado a este Encuentro, su mayor mérito es el poder mirar los temas de la tercera edad, justamente más allá de lo que es el tema de esta sesión, que es el tema de pensiones.

Uno de los grandes problemas de las políticas públicas en América Latina, que me ha tocado vivir tanto en el Ministerio de Hacienda de Chile como en el Banco Interamericano, es la tendencia a pensar que los problemas y carencias de la población mayor se resuelven por la vía de las pensiones. Obviamente el problema es muchísimo más complejo y las pensiones son solamente una parte de una ecuación mucho más complicada.

Me toca comentar en esta sesión sobre el tema de las pensiones y me voy a remitir a esto, ya que tenemos dos trabajos excelentes que ayudan, entre otras cosas, a contrastar las realidades de América Latina con aquella de los países desarrollados

¹ Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

con sistemas de pensiones más maduros donde, y lo primero que llama la atención, son las diferencias. El trabajo de Jorge Bravo nos dice que, en términos de gastos en pensiones, América Latina dedica en promedio un 2% del producto mientras que en los países de la OCDE esta cifra es de 8 a 10% del producto.

Esto, conjuntamente con el hecho de que el porcentaje de población mayor de sesenta años en América Latina es del orden de un 8%, en tanto que los países desarrollados está en torno al 20%, indica que, en términos de gastos en pensiones la brecha entre América Latina y el mundo desarrollado es aún mayor que la brecha en ingreso per cápita o producto. En otras palabras, los adultos mayores en América Latina están en una posición más deteriorada, en relación al mundo desarrollado, que el resto de la población.

Parte importante de estas diferencias tienen que ver con la cobertura de los sistemas de seguridad social y de pensiones, lo que especialmente se destacó en el trabajo de Bravo. De hecho, lo que nos dice es que el problema financiero está asociado a la universalización de la cobertura de los sistemas de pensiones en América Latina es más importante, en términos relativos, que el problema asociado a la transición demográfica que, por cierto, es también importante.

En relación con la cobertura, tenemos que estar conscientes de que en América Latina también hay una enorme diversidad en torno a esta cifra. Tenemos sistemas cuyas coberturas tienden a acercarse a la de los países más desarrollados, mientras que en otros sistemas la cobertura es más bien incipiente.

Ahora bien, el tema de la parcialidad de la cobertura del sistema de pensiones no solamente es un problema ligado al diseño de los sistemas o a un problema de control. El tema de la cobertura de los sistemas de pensiones en América Latina está obviamente relacionado con el grado de formalidad de las economías. La formalidad o la informalidad que encontramos en los mercados de trabajo también tiene, por ejemplo, una expresión en las bases tributarias lo que hace que el desafío de aumentar la cobertura sea especialmente complicado. Esto implica, a su vez, que el problema de cobertura de los sistemas de pensiones de América Latina también, debe hacerse cargo de los incentivos para los trabajadores y para los empleadores, de modo que se los impulse a formar parte de este sistema.

En Chile, por ejemplo, uno de los avances importantes que hemos tenido en materia de cobertura y casi el único en los últimos años, fue precisamente el establecimiento de un sistema de indemnización por término del empleo administrado por los fondos de pensiones para las empleadas domésticas, lo que incentivó la entrada de más de cien mil personas al sistema de pensiones.

Este elemento de voluntariedad en la entrada a los sistemas de pensiones, es especialmente complejo de manejar. Si existen los sistemas obligatorios de pensiones es precisamente porque las personas, en sus decisiones individuales motivadas por la existencia de altas tasas de descuentos intertemporal y preferencias por ingresos presentes, no están dispuestas o no están en condiciones de efectuar los ahorros suficientes en forma voluntaria para prever por sus ingresos después de su retiro.

La informalidad en el mercado del trabajo, también característica de otros países, tiene una correspondencia en los propios sistemas tributarios. Esto significa, por ejemplo, que el desafío, en términos de los costos fiscales, de aumentar la cobertura que ilustra el trabajo de Bravo, no necesariamente se puede enfrentar por la vía estrictamente tributaria. Informalidad en la economía significa bases tributarias más estrechas y que, por lo tanto, el intento por generar recursos por la vía de aumentar las tasas tributarias aumenta, obviamente, el riesgo de generar imperfecciones o problemas de incentivos en la economía en su conjunto.

Ahora, la pregunta de fondo que nos plantean los dos trabajos, frente a esta realidad de los sistemas de pensiones en América Latina es la de qué camino seguir en lo que se refiere a la estructura financiera del sistema. Tanto Mesa-Lago como Bravo destacan, además, que el envejecimiento es un problema común a los sistemas de reparto y de capitalización.

Por otra parte es una realidad, especialmente desde el punto de vista macro, que la factibilidad de sustituir un sistema de reparto por uno de capitalización, está mucho más relacionado con lo que ocurre durante la transición que con lo que ocurre con los sistemas funcionando en condiciones de madurez. Aquí nos enfrentamos principalmente con dos caminos. En América Latina, una región en la cual todos los sistemas han surgido principalmente como sistemas de beneficios definidos bajo la lógica de reparto o de acumulación de fondos colectivos, el camino es perfeccionar o racionalizar estos sistemas siguiendo de alguna manera el tipo de experiencia que se revisa en el trabajo de Lawrence Thompson o, lo que ha sido más común en los últimos años, transformar estos sistemas en sistemas de capitalización individual.

Para esto quizás es importante tener en mente y tener claro cuál es el punto de partida en América Latina. No es solamente el del sistema de contribuciones definidas o con coberturas parciales. También muchos países y Chile en el pasado, tienen un sistema heterogéneo, compuesto por una multiplicidad de subsistemas, con coberturas parciales de determinados grupos de trabajadores, agregados a través del tiempo y, por lo tanto, con reglas de funcionamiento y con definición de beneficios muy distintos de un sistema a otro. Por otro lado, un tema que también especialmente Carmelo Mesa ha destacado en otros trabajos, hay una muy limitada disponibilidad de estudios actuariales sobre la situación real financiera de largo plazo de estos sistemas.

Diría que estos dos factores hacen que, desde la perspectiva de una transición más gradual como la que se aprecia en la mayoría de los países de la OCDE, sea quizá en nuestro caso más difícil. La idea de reformas que resulta tan atractiva y que está permanente en nuestra discusión, probablemente está relacionada con el hecho de que hay muchos problemas superpuestos que son difíciles de resolver a través de un proceso tan gradual.

Frente a esta realidad, por cierto, los sistemas de capitalización individual tienen atractivos que son evidentes a simple vista. Algunos, por ejemplo, que Jorge Bravo menciona en su trabajo, la capacidad de estos sistemas para evitar o soslayar la discusión sobre las edades de retiro ha estado mucho más en la discusión pública y en la presentación de las reformas que apuntan a crear sistemas de capitalización individual, sus efectos sobre el ahorro y, por esa vía también, sobre la profundización financiera.

A simple vista también el sistema de capitalización individual parece resolver un problema de economía política, ligado a los incentivos para generar beneficios en el presente con cargo a las generaciones futuras, la generación de transferencias intergeneracionales. Mirado desde la realidad de América Latina, también parece evidente que es el contraste entre, por un lado, la rentabilidad del capital y, por otro, la dinámica demográfica. En ese sentido quizás el punto de referencia más interesante para mirar los efectos de la transición demográfica no es mirarlo sólo en términos de sus efectos sobre las finanzas públicas, sobre el gasto, sobre el equilibrio de los sistemas, sino que compararlo con la rentabilidad del capital en países que crecen a tasas más rápidas que los países desarrollados.

Sin embargo, la realidad de las reformas que han creado los sistemas de capitalización individual han mostrado una experiencia más matizada que en muchos casos ha cuestionado estos atractivos iniciales del sistema.

Sabemos, desde hace ya bastantes años, que el efecto sobre el ahorro de la transición de un régimen de reparto a uno de capitalización depende no solamente del hecho de que se estén generando o se estén acumulando ahorros administrados por los fondos privados, sino que también

de cómo actúa o cómo responde el sector público al desequilibrio operacional que se genera al traspasarse los trabajadores activos hacia el sistema de capitalización.

Por otro lado, desde el punto de vista de la economía política lo que hemos encontrado, y Chile es un claro ejemplo de esto, es que cuando tenemos sistemas de capitalización individual que no son estrictamente puros en el sentido de que incorporan elementos de solidaridad o beneficios mínimos, entonces la economía política o la posibilidad de generar transferencias intergeneracionales, tienen una puerta de regreso a la discusión pública con la particularidad y la dificultad adicional de que la brecha entre el momento de tomar las decisiones que generan beneficios, en este caso por ejemplo de pensiones mínimas, y el momento de asumir los costos de esas decisiones, es aún mayor que en los sistemas de reparto. Yo diría que ese es uno de los grandes problemas pendientes en el sistema chileno.

A propósito de estas discusiones, me recordaba que habiendo el BID financiado a través de préstamos sectoriales la brecha financiera en procesos de reforma en varios países en América Latina, entre ellos Bolivia y Uruguay, lo que se estaba encontrando ahora es que los costos fiscales estaban resultando mayores y más prolongados, y que el apoyo del BID a través de crédito estaba viéndose claramente insuficiente para ayudar a llenar esa brecha en el tiempo.

Finalmente, está el problema del ciclo de los rendimientos financieros y los costos de administración. En definitiva lo que nos muestran estas realidades son problemas más de fondo. Problemas que tienen que ver en particular con la dinámica de desarrollo y el problema de la equidad dentro de los sistemas de pensiones, preguntas fundamentales que tenemos que responder al momento de enfrentarnos a estas opciones de política en términos de reformar nuestros sistemas.

Sistemas o economías con el grado de desigualdad en materia de ingresos, como la de la mayoría de los países de América Latina, pueden apoyarse o contar con sistemas de pensiones en los cuales no hay incorporados elementos de redistribución. En otras palabras, estamos dispuestos a que la estructura distributiva de las pensiones sea similar o, en algunos casos, incluso peor que la de las remuneraciones.

El segundo problema es la desigualdad dinámica. Comentábamos en un seminario hace unos días atrás que cuando se discuten las reformas en temas como la fijación de pensiones mínimas o de un sistema que genera un beneficio básico, las discusiones muchas veces ocurren como si esos beneficios se fijaran de una vez para siempre, pero en economías que son dinámicas y que crecen, lo que un día fue una pensión atractiva o interesante, con una buena tasa de reemplazo, diez o veinte años más tarde, con salarios que han crecido, con una economía que ha crecido, parece extraordinariamente insuficiente. Entonces, cuando eso ya está instalado en el sistema antes de la reforma, la pregunta es ¿una vez que creamos un régimen de capitalización individual, estamos en condiciones de ponerle término, ponerle punto final a esa relación? Tenemos incluso casos de países que en sus Constituciones han establecido la relación entre remuneración y pensiones.

Finalmente está el tema de la desigualdad de género, que si bien lo mencionaba el señor Mesa, nos enfrentamos hoy día a diferencias que al momento de desarrollar sistemas de capitalización individual hay diferencias que no sólo son el reflejo de las diferencias o de la discriminación en el mercado del trabajo en materia de remuneraciones, sino que además juntan con eso los vacíos previsionales por menores años de trabajo en el mercado formal, menores años de trabajo remunerado y expectativas de vida más larga y, además de eso, en muchos casos les hemos agregado edades menores de retiro.

Entonces, es interesante que al momento de plantearnos el tema de la desigualdad o el tema de la redistribución, muchos de los temas que asociamos como propios de la discusión sobre fortalecimiento o racionalización de los sistemas de reparto los encontramos de vuelta en la discusión sobre los sistemas de capitalización individual. Probablemente a lo que nos lleva esto, es

a la validez de los esquemas multipilar, a las limitaciones de los esquemas puros de reparto y de capitalización individual, a la necesidad de que al momento de buscar una mezcla o una combinación de sistemas de reparto o que generan beneficios uniformes y sistemas de capitalización, miremos también el punto de partida. Probablemente los sistemas más maduros, con mayores coberturas y promesas o garantías más estructuradas deberían darle mayor prioridad al pilar del reparto; probablemente los sistemas más jóvenes, con cobertura limitada y escasos beneficios, probablemente le deberían dar mayor peso al componente capitalización individual.

Sin embargo, considerar esta variedad de opciones es importante para todos los países de América Latina, sobre todo por la oportunidad que ofrecen para racionalizar las reglas del sistema. Creo que tenemos mucho que aprender y que reflexionar sobre las ideas y las experiencias que nos presentan los dos trabajos presentados en esta sesión.

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión IV: Envejecimiento y sistemas de pensiones

***Andras Uthoff*¹**

Los trabajos que me ha correspondido comentar son de gran interés. En ellos se describen los desafíos que las reformas se han propuesto superar, y las dificultades que están enfrentando. Mas que comentar cada uno de estos estudios, deseo hacer cinco reflexiones generales que suscita su lectura, y sacar algunas conclusiones respecto de las reformas de los sistemas de pensiones.

La primera reflexión surge al constatar que todos estos trabajos se originan en las Direcciones de Presupuesto vinculadas a los Ministerios de Hacienda. ¿Puede interpretarse esto como una injerencia de las autoridades económicas en el quehacer de las instituciones de seguridad social?

¹ Coordinador de la Unidad de Financiamiento (authoff@eclac.cl), División de Comercio Internacional y Financiamiento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

En mi opinión, lo que existe es una inquietud por cumplir con las responsabilidades fiscales que asume el Estado al implementar un sistema de pensiones obligatorio o emprender su reforma. Los sistemas de pensiones ofrecen beneficios a la generación de retirados sobre la base de sus aportes cuando eran activos. Su legitimidad radica en la capacidad para cumplir las promesas. En tal sentido, su administración mediante instituciones públicas, gestionadas sobre la base de regímenes de reparto y con beneficios definidos, generó importantes brechas entre los beneficios prometidos y la posibilidad de financiarlos en forma sostenida, a lo largo del tiempo, a partir de las contribuciones. Esto hizo que parte del financiamiento recayera en el presupuesto público y, en particular, en las Direcciones de Presupuesto. De ahí que la preocupación de estas instituciones por la marcha de los sistemas de pensiones sea legítima. Pero también debe serlo el análisis de las responsabilidades fiscales en las reformas, ya que llevan implícitos costos de transición que también debe asumir la autoridad fiscal.

En definitiva, más que la injerencia de una institución en la labor de otra, la conclusión que debe surgir respecto de este tema es que los sistemas operan mejor en contextos de solvencia fiscal y ésta se ha visto tremendamente afectada por los resultados financieros de los sistemas de pensiones. La responsabilidad del Estado por la legitimidad de los sistemas de pensiones ha hecho muy visible el estrecho vínculo entre los presupuestos fiscales y los balances de los sistemas de pensiones. Esta responsabilidad de las autoridades fiscales es la que justifica el renovado interés por la marcha actuarial de los sistemas, incluyendo los costos fiscales de las transiciones de un sistema a otro y el financiamiento de las garantías estatales que las reformas consideran.

La segunda reflexión se origina en las críticas de algunos de los panelistas respecto de los sistemas tradicionales de sus países, basados en el reparto, y la confianza que ponen en los esquemas de capitalización. Estas comparaciones son, por decir lo menos, injustas. Los sistemas sobreviven de acuerdo con el contexto en que han operado. Al igual como ayer se debatía la importancia de la historia de vida de una persona para juzgar su esperanza de vida a los 65 años, también se debiera considerar la forma y el contexto de la operación de un sistema antes de juzgar su validez.

El contexto en que funcionan los sistemas de pensiones en América Latina ya ha sido resaltado en este encuentro. Enfrentan la permanente dificultad de hacer contribuir a toda la población afiliable, siendo que sólo una fracción de ella trabaja en el sector formal, donde el sistema es obligatorio y fácil de fiscalizar. Surge así un nuevo conflicto cuando se desea afiliar a todas las personas, independientemente de su contribución y del segmento del mercado de trabajo en el que laboran. La situación se agrava aún más cuando se desea lograr lo anterior con un sistema que opere en forma equilibrada sobre la base de las contribuciones. Debemos examinar la forma en que los sistemas abordan el problema de la baja cobertura, dada la estructura del mercado de trabajo en el que operan. Una alternativa es proteger a los no contribuyentes con esquemas asistenciales, hasta que el mercado de trabajo se formalice. Este es un debate no resuelto y tremendamente pertinente en Chile, ya que allí la capitalización no ha generado los incentivos para un aumento del número de contribuyentes, lo que ha dejado sin protección o subprotegido a un amplio segmento de la población y presionado el presupuesto fiscal sin haber resuelto el problema original. Esa es mi segunda reflexión.

La tercera se refiere básicamente al propósito de las reformas, una de cuyas grandes innovaciones en América Latina ha sido la incorporación de un pilar de capitalización, diseñando un nuevo método para el financiamiento de las pensiones mediante el ahorro personal.

¿Cómo se deben evaluar estas experiencias? ¿Determinando si cumplen sus funciones sociales en el sentido de cubrir el máximo de población y otorgar pensiones a una tasa de reemplazo relativamente buena? ¿O analizando si están contribuyendo a la profundización financiera y a la generación de ahorro? Este es un debate vigente en América Latina. Por cierto, si

las reformas están contribuyendo efectivamente a incrementar el ahorro nacional, si profundizan el mercado financiero, y si eso es bueno para la economía o no, son preguntas relevantes. Sin embargo, no debemos olvidar que la función social de estos sistemas es proveer pensiones adecuadas a un gran porcentaje de la población. ¿Que es lo que se debe hacer cuando se desea evaluar realmente un sistema de pensiones? Lo que se ha podido observar en las presentaciones de esta sesión es que cuando uno se preocupa verdaderamente de las funciones sociales, la evaluación de sistemas aparentemente exitosos empieza a mostrar deficiencias en otros planos. Los sistemas reformados sólo podrán juzgarse en su madurez, una vez que todos los efectos puedan ser tomados en cuenta (solvencia, cobertura, beneficios directos para los afiliados e indirectos para el resto de la economía).

La cuarta reflexión es que las reformas han desplazado la atención desde inquietudes de naturaleza microeconómica, como el monto de las pensiones que entrega el sistema y su cobertura poblacional, hacia otros de naturaleza macroeconómica, como la necesidad de mantener la solvencia del sistema para reducir su presión sobre el desequilibrio fiscal. En definitiva, surgen principios y normas que rigen el ordenamiento macroeconómico que no son necesariamente los mismos con los cuales uno desea resolver el problema microeconómico de la cobertura. Concretamente, al introducir un pilar de capitalización para solucionar el problema de la solvencia financiera se ha generado un conflicto entre lo que nosotros llamamos un principio de equivalencia individual, que liga las contribuciones a los beneficios en forma individual, y el principio de solidaridad, sobre cuya base uno quisiera asignar subsidios cruzados para abordar el tema de la cobertura. Ese es un problema actualmente no resuelto en el cual se debería ahondar un poco más.

Mientras persistan conflictos entre los principios que tradicionalmente han guiado la seguridad social, y aquellos que rigen sus actuales reformas, no podrá considerarse que estas últimas estén completas. Lo estarán cuando se vuelva transparente la manera en que se resuelve ese conflicto sin presiones sobre el presupuesto fiscal, que han sido la principal justificación de las reformas.

La quinta reflexión se funda en la iniciativa de los organizadores de examinar tres modelos alternativos de reforma en América Latina. De acuerdo con la tipología de Carmelo Mesa-Lago, podemos clasificarlos como reformas para implantar un modelo paralelo, en el que el pilar de reparto compite con el de capitalización (el caso de Colombia, presentado por Ulpiano Ayala), para establecer un modelo mixto, en el que el pilar de capitalización complementa un pilar público de reparto (como el presentado por Tabaré Vera en el caso de Uruguay), o para instituir un modelo sustitutivo, en el que el pilar de capitalización reemplaza al de reparto (como el presentado por Alberto Arenas en el caso de Chile).

Al leer con detención los documentos se percibe que Ayala plantea una queja al decir que la reforma colombiana está resultando muy costosa y que tendría que evolucionar más rápidamente hacia un sistema de capitalización individual. Arenas, en cambio, estima que luego de aplicar durante 18 años un modelo de capitalización individual persisten muchos problemas de cobertura, cuya solución entraña costos fiscales significativos y, en consecuencia, hace un llamado implícito a que se evolucione hacia un sistema mixto, en el que se compartan los costos de la ampliación de la cobertura. Tabaré Vera no se pronuncia respecto del futuro, si bien parece avalar el modelo mixto implementado en Uruguay.

¿Es cierta esa conclusión? Siguiendo este razonamiento, si Ayala postula que hay que evolucionar desde el modelo paralelo hacia el modelo puro de capitalización individual, y quienes aplican el modelo puro de capitalización individual quieren evolucionar hacia el sistema multipilar mixto para cofinanciar los componentes de solidaridad, parece relevante preguntarse si existe un acuerdo respecto de las ventajas de un modelo mixto para conciliar equidad y eficiencia al diseñar un sistema de pensiones.

Quiero terminar poniendo de relieve las tendencias que estamos observando en la CEPAL al abordar éstas y otras reformas de la seguridad social. Lo que nos preocupa básicamente es la búsqueda de una adecuada combinación de agentes privados y el Estado que, operando a través del mercado, logre conciliar los principios que guían la competencia y los de la solidaridad. Lo que percibimos es que si se opta exclusivamente por un método de capitalización individual, en el cual prima el principio de equivalencia a nivel individual, se genera inmediatamente un conflicto con el principio de solidaridad y se deja un serio e importante problema de exclusión del que debe ocuparse el Estado.

Si como se ha hecho en Chile hasta ahora, se identifica la solidaridad únicamente con el Estado, quien debe financiarla, podemos ver, por las cifras que entrega Arenas, que no se resuelve el tema de fondo, que es el de las presiones sobre el presupuesto fiscal. Nuestra realidad se caracterizan por mercados de trabajo heterogéneos, en los que muchos no contribuyen y quedan sin protección o subprotegidos. El desafío que esta sesión nos muestra es que existen opciones y que debemos elegir entre ellas. Este debate tendría que dirigir la atención hacia la necesidad de buscar una combinación adecuada de participación del Estado y del sector privado para abordar los temas de la solidaridad y la cobertura en forma simultánea con el de la eficiencia, pero sin presionar exclusivamente el presupuesto fiscal.

Comentarios a los documentos presentados en la Sesión IV: Envejecimiento y sistemas de pensiones

Alejandro Bonilla¹

Quiero iniciar felicitando a los organizadores por este importante evento. Después de veinte años trabajando en el tema de seguridad social, encuentro caras nuevas en este evento y lamento que esto no haya ocurrido antes. Probablemente he andado demasiado en reuniones de actuarios, a veces de economistas, pero muy pocas veces en reuniones con demógrafos, y ha sido realmente afortunado poder compartir este evento, porque el análisis se enriquece y es mucho más positivo para todos.

Algo que, como enseñanza general, obtengo de las ponencias que se presentaron, es que hemos cambiado totalmente el discurso desde cuando se iniciaron las reformas de la seguridad social. Cuando empezaron las reformas en Chile, en particular, en 1981 y en el resto de América Latina a partir de los años 90, todos empezamos a hablar del futuro y todos le hacíamos un poco a la bola de cristal, a Nostradamus y nos peleábamos. Todos creíamos tener la verdad

¹ Subdirector Regional, Organización Internacional del Trabajo (OIT).

absoluta. La verdad que ahora se ve, no es lo que va a pasar sino lo que ya pasó. Esto se está documentando y se puede hacer una evaluación completa.

Obviamente esto nos hace asumir una responsabilidad muy importante a los técnicos, independientemente de la disciplina que ejerzamos, que es la de actualizarnos permanentemente. He oído discursos y compartido con algunos de ustedes en algunos foros nacionales en los que todavía se siguen discutiendo los dogmas y las suposiciones que se tenían en el año 81 o en el año 90. Eso, como se dice en México, “no se vale”. Lo que “se vale” es transmitir los ajustes, los problemas, los inconvenientes, los logros y los retos que sean detectados. Esto es lo realmente valioso para los técnicos y también para los políticos, porque no hay que olvidar que la reforma —o las reformas— de los sistemas de seguridad social son un proceso y no un evento en el tiempo. Las reformas tienen que ser un proceso en el que el cambio, el ajuste o la mejora, no sea el fracaso de unos y el éxito de otros. Los sistemas de pensiones tienen que elaborar el mecanismo para evolucionar, para introducir los cambios naturales en los sistemas. Estuvimos hablando de demografía, donde es totalmente natural que haya cambios como nos lo han demostrado en la mañana, y la economía es el otro pilar sobre el que están los sistemas de pensiones, que también es muy variable. Los sistemas de pensiones no pueden ser sino variables y ya lo demostraron las ponencias presentadas.

Lo que me llama la atención, en particular en las ponencias de Alberto Arenas y de Ulpiano Ayala, es que los dos hablan de carencia de información. Incluso Alberto Arenas habla de un vacío de estudios actuariales y, de hecho, hay un vacío de información actuarial. Yo recuerdo mis clases de matemáticas y de teoría de los juegos, donde hacíamos muchos cálculos con información incompleta. Ahora estamos haciendo un juego muy peligroso con los técnicos si seguimos con información incompleta. Parte del trabajo que tenemos que hacer es documentar y poner las bases. Hay cosas que se van a estimar, hay cosas que se van a registrar y hay cosas que tenemos que documentar. No se puede seguir estimando datos, cuando el sistema tiene 18 años de funcionamiento, o tiene 5, o aún cuando tiene 2. El sistema tiene que venir acompañado de la información para que pueda ser evaluado.

Entre muchas otras ocupaciones, además de actuario, he sido marino y electrotécnico y, parte de las enseñanzas que recibí en electrotécnica, las he aprovechado en otras disciplinas. Algo que me decían era: “no compongas lo que no está descompuesto” (lo que, obviamente, es una regla general) y “antes de poner tus elementos electrónicos en el aparato, por favor, verifica que esté conectado y encendido, y luego ya puedes hacer toda la electrónica que quieras.”

Tengo la sensación de que se han dado justificaciones sofisticadas y técnicas, para introducir mucha electrónica y mucho cálculo actuarial a temas que son tremendamente sencillos. Un ejemplo es el que se menciona en el caso de Uruguay y al que muy elegantemente el expositor hizo referencia.

En Uruguay, creo que hasta 1995, cuando todavía era presidente Rodolfo Saldai, el Banco de Previsión Social no tenía un registro de activos y de pasivos. Las pensiones se daban como en Cuba al momento de la revolución, con la declaración de diez testigos. Entonces llegaban once respetables uruguayos al Banco de Previsión Social. Los once declaraban y los once salían con pensiones. Entonces el enchufe está ahí, no era muy actuarial, no es la gran técnica sofisticada del reparto y la capitalización. Es que no había el enchufe, no había cómo contarlos, y obviamente se vivió un gran logro a partir de ese momento. Hay enchufes en algunas leyes, como en República Dominicana, donde cualquiera que esté arriba de dos salarios mínimos no está obligado a contribuir a la seguridad social. En otros países no es delito no pagar a la seguridad social y no se ha logrado que se tipifique como delito el no pago a la seguridad social. Hay muchas cosas sofisticadas, pero también hay muchos enchufes muy sencillos que anotar.

Una cosa que me salta a la vista y que se me hace tremendamente evidente cuando oigo presentaciones como la de Lawrence Thompson en la mañana, y la diferencia con las realidades que presentaron los expositores ahora, es la situación única en que nos encontramos en América Latina en este momento. La situación es totalmente inédita. A veces cuando uno ve los procesos demográficos parece que en los países en vías de desarrollo, en particular en América Latina o en el Caribe, vamos a seguir el mismo camino que siguieron los países desarrollados, pero la verdad es que aquí nos encontramos en varias canchas.

Estamos en un proceso de ajuste estructural, estamos en transiciones inclusive democráticas en muchos de nuestros países, transiciones sociales, transiciones laborales, transiciones tecnológicas y transiciones poblacionales, de las que ya hablamos en la mañana. Es muy difícil distinguir las causas de los efectos y, a veces, anotamos un gol en una cancha y no sabemos cómo nos está yendo en las otras y no hay libro de país desarrollado en el que se haya presentado esta situación.

Por último, quiero señalar que se ha hablado de la población de mayor edad como de un problema en algunos momentos y de un reto en otros momentos. Es algo que empieza a manifestarse como una ola demográfica y una ola de poder. Son votantes. Cuando estamos hablando aquí de que “un tercio de la población va a estar arriba de la edad madura”, eso es lo mismo que decir un tercio de los votantes. Pueden ser aún más, puede ser hasta la mitad de los votantes en muchos países y ser también un tercio de los consumidores. La verdad es que no hay sistema político viable que no considere al tercio de sus votantes, y no puede haber sistema económico viable que no considere al tercio de sus consumidores. Es una ola de poder que va a llegar inevitablemente.

Creo que es muy importante el ajuste que menciona Andras Uthoff. Según la OIT, el panorama laboral que detectamos para 1998 es que en la región de América Latina y del Caribe, 8 de cada 10 empleos, se crearon en el sector informal. Este año una medición al primer semestre es que 9 de cada 10 empleos están en el sector informal. Son la mayoría, son el 60% de la población, algo tenemos que hacer con ello. No podemos seguir pensando que tienen empleo, que tienen salario, o que tienen un capital, porque no lo tienen.

La pobreza no sólo se encuentra en el sector informal, hay pobreza muy formal. La incapacidad de trabajar no sólo llega con la pérdida de la capacidad física. Veo gente desesperada de 35, 40, 45 años con educación, por conseguir el empleo. Se ha aumentado la esperanza de vida, pero no se ha aumentado la esperanza de empleo. No se ha aumentado la esperanza de educación. En muchos países no se ha aumentado la esperanza de agua potable, la esperanza de electricidad en la casa o la esperanza de un suelo duro. Entonces son varias esperanzas que se tienen que mejorar.

Aquí quisiera concluir y en eso me inspiraba en Raúl Benítez Zenteno en la mañana cuando hablaba de que la demografía tiene que tener un impacto. Me acordaba del poeta mexicano, recientemente fallecido, Jaime Sabines, que podía haber tenido algún impacto en la demografía. Él tiene un poema en el que dice que si se mejoran las condiciones para los vivos, él está seguro que cada día al menos dos o tres personas fallecidas se levantarían para volver a vivir. Creo que la verdad es que tenemos que mejorar las condiciones de los vivos y de los ancianos y de los fallecidos.

Sesión V:
Panel sobre el desarrollo del
seminario y planteo de políticas
y programas

Panel final

Participación del Dr. A. David Brandling-Bennett, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Comparto vuestra preocupación por los problemas del envejecimiento y por ese motivo quisiera iniciar mi exposición expresando el agradecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de nuestro Director, Dr. George Alleyne, por la oportunidad que se me ha brindado de estar presente en esta reunión. También querría agradecer al CELADE y al Dr. Juan Chackiel por proponer y materializar este Simposio tan importante y por incluir en su programa el tema de la salud.

A medida que se acerca a su centenario, la OPS está llegando a la adultez. Por cierto, confiamos en que ésta no sea nuestra vejez. Todavía nos consideramos jóvenes. La Organización se fundó en 1902, lo que significa que hemos podido acompañar a nuestros Estados Miembros en el proceso signado por los profundos cambios demográficos y sanitarios que se han producido en este siglo y a los que se ha hecho referencia durante el Simposio.

La Organización a la que pertenezco se creó para que los países de América pudieran contar con un foro en el cual reunirse, intercambiar información sobre la situación de las enfermedades que afectan a la población y cooperar en la adopción de medidas que consideren necesarias para luchar contra esas enfermedades. A lo

largo de este siglo hemos asistido, como ya se les ha relatado, a una declinación ininterrumpida de la mortalidad infantil y un aumento persistente de la esperanza de vida. Ambos procesos se deben, principalmente, al control de las enfermedades infecciosas, e incluso a la erradicación de algunas de ellas. Como resultado de estos cambios ha aumentado la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares, que seguramente ustedes ya conocen y les preocupan.

Me parece innecesario referirme a los cambios observados, tan bien descritos en las intervenciones precedentes. Sin embargo, desearía mencionar brevemente un aspecto de la salud de las personas de edad que no se ha examinado con detenimiento y sobre el cual deberíamos preocuparnos, como personas y como miembros de la sociedad. Me refiero a la salud mental de los adultos mayores y de las poblaciones más ancianas. Habría que analizar dos aspectos sumamente importantes: la demencia y la depresión. Las principales causas de la demencia son la enfermedad de Alzheimer, cuya etiología aún no es bien conocida, y las vasculopatías, que tienen varias causas subyacentes. Es dable esperar que la demencia causada por estos dos factores aumentará a medida que envejezcan las poblaciones. De hecho, hay pruebas bastante sólidas de que la incidencia de la demencia se duplica cada cinco años de vida entre los 60 y los 90 años de edad. Por lo tanto, es indudable que esto se convertirá en un problema muy grave. Afortunadamente, también existen indicios de que este riesgo puede mitigarse manteniendo la actividad mental y mejorando los niveles de educación, pero en este momento es probable que no podamos hacer demasiado para evitar la aparición de la demencia en muchas personas de edad.

La depresión es harina de otro costal. Podemos hacer mucho por resolverla, pero lamentablemente no estamos haciendo lo suficiente. La pérdida de los seres queridos, la separación de la familia y de los amigos y, con frecuencia, el empobrecimiento que suele ir de la mano de la vejez, son los principales factores de riesgo de la depresión en las personas de edad. En los Estados Unidos se ha determinado que aproximadamente el 15% de las personas de 65 y más años de edad que viven en el seno de la comunidad tienen síntomas de depresión mientras que entre las personas que viven en instituciones de atención de salud a largo plazo esta proporción es del 25% o más. Por este motivo, las tasas de suicidios son mayores en las personas de edad que en los grupos de edad más jóvenes. Muchos suponen que la depresión es un trastorno normal de la vejez, inclusive los propios adultos mayores y las personas que los cuidan, y también los médicos. A raíz de esta situación, sólo el 10% de las personas de más edad que sufren de depresión están en tratamiento.

Además de que el riesgo de enfermedades mentales aumenta con la edad, hay pruebas irrefutables de que su incidencia también es más alta en las personas con un menor nivel de educación y entre los que viven en la pobreza y en situaciones económicas y sociales vulnerables. Cualquier profundización de las desigualdades entre los grupos sociales y entre las generaciones a medida que la población envejece podría contribuir a agravar la carga de la enfermedad mental y tendremos que realizar esfuerzos importantes para evitarlo.

¿Qué puede hacer la OPS para ayudar a los Estados Miembros a resolver estos problemas? En lugar de limitarnos a alarmarlos, nuestra meta debería ser explicarles qué les podemos aportar.

Como organización, nuestro trabajo con los Estados Miembros se basa más bien en la cooperación técnica. Nuestro objetivo es ayudar a los países a desarrollar su capacidad para buscar soluciones a los problemas que consideran prioritarios. Nuestro presupuesto es muy reducido y lo que podríamos lograr sería bien poco si lo usáramos simplemente para financiar proyectos y actividades. Más bien, prestamos asistencia a los países para que desarrollen su propia capacidad técnica y apliquen sus propios recursos, recurriendo a la cooperación internacional cuando y donde ésta pueda contribuir en algo. Lo que no puede dudarse es que los alentaremos a que consideren la salud de la población de más edad como una prioridad sumamente importante.

Uno de los principios fundacionales de la Organización fue el panamericanismo. Desde entonces, nuestro objetivo fue ayudar a los países a cooperar y a trabajar mancomunadamente a fin

de intercambiar experiencias y soluciones y encarar los problemas comunes. El segundo principio que orienta nuestra actividad es más reciente y tiene por objeto reducir las desigualdades en materia de salud. Como lo ha documentado sobradamente la CEPAL, América es, desde muchos puntos de vista, una de las regiones del mundo donde las desigualdades son más acentuadas. En 1995, los países de América Latina y el Caribe han invertido el 7.3% del PIB en la atención de salud. Las diferencias en el estado de salud de la población de esos países y de la de los países industrializados de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) son muy amplias. Sin embargo, en el mismo año éstos últimos han invertido poco más del 8% del PIB en este rubro. Esta comparación demuestra que el rendimiento de nuestras inversiones en atención de salud no es el esperado y consideramos que esta situación se debe, en gran medida, a las enormes desigualdades que existen en la región. Como ya he señalado, corremos el riesgo de que estas desigualdades se agraven a medida que la población envejezca.

Nuestra labor de ayuda a los países para encarar el desafío del envejecimiento puede dividirse en cinco esferas. En primer lugar cabe mencionar la esfera de la información. Como se indicó en el estudio presentado el miércoles por los Dres. Peláez y Palloni, es preciso reunir información sobre el estado de salud de la población de más edad. Además, debemos realizar más investigaciones a fin de determinar qué modelos de atención serían útiles para mejorar la salud de las personas de edad y comprender los efectos de los factores de riesgo. Por supuesto, debemos asegurar que dicha información se difunda adecuadamente. También necesitaremos sistemas de información para evaluar si lo que estamos haciendo está dando los resultados deseados.

La segunda esfera es la de la promoción de la salud. Tenemos bien claro que en este aspecto no podemos focalizar nuestra labor solamente en las últimas etapas de la vida. Debemos emprender una tarea de promoción de la salud durante todo el ciclo de vida, por dos motivos. En primer lugar, la salud en la edad adulta y en la vejez está determinada por el estado de salud en los primeros años de vida. En segundo lugar, todos reconocemos que resulta muy difícil modificar nuestras conductas cuando somos adultos. Por lo tanto, es importante incorporar hábitos de vida saludables cuando somos jóvenes. Uno de ellos está vinculado con el régimen alimentario y la nutrición, otro con la actividad física y el tercero con la exposición a las sustancias tóxicas, especialmente el tabaco. A esos factores pueden agregarse, como determinantes importantes del estado de salud de las personas de edad, los niveles de educación y el mantenimiento de las capacidades mentales y físicas. Si bien será todo un desafío abordar un conjunto de factores tan amplio para asegurar un envejecimiento saludable, por suerte existen determinadas conductas sobre las cuales podemos actuar concretamente para promover la salud, tanto en los primeros años de vida como en sus últimas etapas. Para que esta empresa tenga éxito, deberemos fomentar la participación de las propias personas de edad y la de sus comunidades. Ya no resulta aceptable que los que trabajan en la esfera de la salud o en cualquier otra esfera se dirijan a una comunidad y le indiquen lo que debe hacer. Es preciso lograr la participación y la adhesión de las comunidades para que elaboren sus propios criterios y soluciones.

La tercera esfera de trabajo corresponde a los servicios de salud. Evidentemente, éstos deberían adaptarse para poder resolver los problemas que plantean las enfermedades no transmisibles, generalmente más difíciles de diagnosticar y más caras de tratar. Además, las personas de edad tienen distintas necesidades, tanto físicas como mentales, y a menudo no encuentran respuestas en los servicios de salud. Es preciso reconocer esas necesidades. Como se ha señalado, las poblaciones de adultos mayores estarán constituidas por una mayoría de mujeres. Tradicionalmente, los servicios de atención de salud para la mujer se han focalizado principalmente o exclusivamente en la salud reproductiva. Resulta evidentemente inapropiado o inadecuado que las mujeres de más edad tengan que recurrir a esos servicios, de modo que tendremos que reorientarlos o crear servicios nuevos para satisfacer las necesidades de las mujeres de edad.

En muchos países de América se han iniciado reformas en los sistemas de salud que tratan de mejorar la equidad, el acceso, la calidad de la atención y la financiación, reconociendo la necesidad de mejorar la eficacia y la eficiencia. Desafortunadamente, los modelos que se han desarrollado no han tenido en cuenta los cambios demográficos en curso. Si en el próximo siglo deseamos contar con servicios de salud adecuados para las poblaciones de más edad, tendremos que experimentar con distintos modelos de atención y realizar nuevas reformas. Para ello, será necesario elaborar planes nacionales y locales para los adultos mayores que comprendan normas de atención, directrices y reglamentaciones. En este proceso deberían participar diversos componentes de la sociedad civil, con inclusión de las organizaciones no gubernamentales y las propias personas de edad.

El quinto elemento es la capacitación. Hoy día, muy pocas personas están capacitadas y equipadas para tratar los problemas que acabamos de enunciar. Por lo general, los programas de capacitación a nivel de grado y de postgrado son inadecuados o sencillamente no existen. Para poder hacer frente a las necesidades de las personas de edad, necesitaremos algunos especialistas, pero habrá una necesidad aún mayor de capacitación básica en multidisciplinaria.

Para ayudar a nuestros Estados Miembros a promover un proceso de envejecimiento con salud, la OPS no está dispuesta a trabajar sola ni puede hacerlo. Como solemos hacer cuando enfrentamos otros problemas, deberemos colaborar con otros organismos y organizaciones nacionales e internacionales, algunos de los cuales están representados en este Seminario y en este panel. También tenemos que lograr la participación de otros sectores, por lo que no dudaremos en recurrir a vuestra ayuda.

En resumen, la promoción de la salud de los adultos mayores será un desafío de igual magnitud que la satisfacción de sus necesidades en otros aspectos. El interrogante fundamental es si el envejecimiento será una amenaza o una oportunidad para nuestras sociedades. Creemos que hay motivos para ser cautelosamente optimistas con respecto a la posibilidad de agregar años de vida saludables en lugar de aumentar el sufrimiento y las desigualdades de nuestra población. Por cierto quisiéramos trabajar estrechamente con ustedes para cumplir con este objetivo.

Panel final
Participación de la señora
Carmen A. Miró,¹
Centro de Estudios
Latinoamericanos (CELA)
“Justo Arosemena”, Panamá

Deseo en primer lugar felicitar al CELADE-División de Población de la CEPAL por haber organizado este oportuno Encuentro sobre las personas de edad avanzada, en el que hemos tenido el privilegio de conocer tan valiosas contribuciones de especialistas de diversas disciplinas procedentes de países latinoamericanos, el Caribe, Estados Unidos y Europa, vinculados a universidades, centros de investigación y otros organismos nacionales e internacionales. Y digo que el Encuentro es oportuno no porque este año haya sido designado por las Naciones Unidas como el Año Internacional de las Personas de Edad, sino porque no es posible postergar por más tiempo la consideración seria y comprometida del proceso de envejecimiento de nuestras poblaciones. La CEPAL, que a lo largo de 50 años ha venido brindando a nuestros países orientación para abordar y solucionar los más diversos problemas sociales y económicos, no puede dejar de considerar el que se perfila como uno de los más complicados entre los que deberán enfrentar nuestros países en el siglo XXI.

¹ Coordinadora de Investigación (celaja@pty.com).

En efecto, el Encuentro ha confirmado, más allá de toda duda, la gran importancia y la magnitud del multifacético y aún insuficientemente estudiado y comprendido fenómeno del envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña.

Desde el punto de vista demográfico son pocas las dudas que se tienen respecto de cómo evolucionarán, en los próximos 80 años, el tamaño, la composición por sexo y edad y la velocidad de crecimiento del grupo de personas de edad avanzada, cualquiera sea el límite inferior de edad que se seleccione. Aunque de manera incompleta se sabe que el comportamiento demográfico en el interior del grupo difiere según el sector social al que se pertenece.

Se conocen relativamente bien las condiciones de salud de ese conjunto de personas, así como su posible evolución en el futuro cercano, dado el actual conocimiento acerca de las principales enfermedades que las afectan. También en la esfera de la salud se dan notables diferencias entre diversos sectores sociales.

Lo que definitivamente no está claro es cómo en nuestras economías neoliberales modernizadas y globalizadas se podrán enfrentar las demandas que el proceso de envejecimiento de nuestras poblaciones viene planteando y que se intensificarán en el futuro. ¿Cuál es el papel que jugará el mercado en este caso? ¿Cómo retener en actividad económica a personas de edad en capacidad de trabajar cuando el mercado laboral flexibilizado excluye del empleo a los jóvenes y a los mayores de 50 años? ¿Cómo asegurar la competitividad adoptando para nuestras empresas la más avanzada tecnología y, al mismo tiempo, mantener niveles elevados de empleo? ¿Qué transformaciones deben introducirse para hacer más equitativa la distribución de la riqueza, de manera que ciertos conjuntos de personas de edades avanzadas no queden marginados de los beneficios de esa riqueza que contribuyeron a crear? Y para no continuar abrumándolos con más preguntas, una última: ¿Qué hacer con nuestros sistemas de seguridad social, algunos de cuyos problemas fueron examinados en el Encuentro, para mantener el principio fundamental que determinó originalmente su creación: el de la solidaridad social? En un Estado que se reduce en términos de las funciones a su cargo, ¿podrá la empresa privada cumplir con equidad los fines de la seguridad social? ¿Cómo se podrá financiar en el futuro la prestación de pensiones a quienes por años han laborado en el mercado informal, sin contribuir a ningún esquema de seguridad social?

Como diría Neruda “mi madre me dio lleno de preguntas”. Tenemos que encontrar cómo, con amor, podemos contestarlas todas. La contribución de los profesionales de la CEPAL será sin duda crucial para lograrlo.

No olvido que en el proceso de envejecimiento de nuestras poblaciones ha jugado un papel importante el descenso de la fecundidad, impulsado en buena medida por campañas destinadas a lograr que disminuyera la tasa de crecimiento demográfico, como una forma —se postulaba equivocadamente en su momento— de alcanzar un mayor crecimiento económico.

Ahora nuestros países —tengan o no políticas explícitas de población— están en la obligación de adoptar medidas que contribuyan a asegurar una calidad de vida adecuada a las personas de edad avanzada.

Un primer paso que es indispensable dar es asegurar que se disponga de información desagregada sobre distintos aspectos cuyo estudio debe abordarse como medida previa a la búsqueda de soluciones: área geográfica y nivel socioeconómico, entendiendo por este último características educativas, de ingreso y de salud, sin descuidar la clasificación por sexo porque, como se mostró aquí, la mujer, que en efecto sobrevive más, lo hace con frecuencia en condiciones muy desfavorables.

Como el envejecimiento es un fenómeno polifacético, las propuestas para solucionar los problemas derivados de él no pueden emanar de una sola instancia gubernamental, sino que deberá crearse algún consejo u organismo similar, que coordine las contribuciones de diversos sectores de la administración pública y el sector privado, la llamada sociedad civil. Este consejo sería el

responsable de que se dicte una política que considere las múltiples interrelaciones del fenómeno del envejecimiento. Los representantes de Dominica distribuyeron ayer un documento que contiene ideas originales sobre el particular. En todo caso, los responsables del sector deberán considerar algunas medidas muy específicas, entre ellas, por ejemplo:

- Informar a la población en general acerca del proceso de envejecimiento y promover campañas que divulguen los aportes de los adultos mayores y las implicaciones que se derivan de la disminución de sus capacidades físicas y mentales.

- Determinar la posibilidad de empleo parcial para adultos mayores que estén en condiciones de trabajar, a fin de que puedan generar algún ingreso que complemente pensiones de montos limitados.

- Procurar robustecer las redes de apoyo familiar y social, en general, teniendo presente que estamos intentando desarrollar **una sociedad para todas las edades**.

- Ampliar la cobertura del sistema de salud para acoger a los adultos mayores, particularmente a los que pertenecen a grupos marginados física y socialmente;

- Organizar programas para informar y educar a los adultos mayores acerca de actividades que pueden desarrollar, ya sean de carácter lucrativo, de esparcimiento o, en general, de intercambio entre ellos.

- Promover el interés de los adultos mayores para que participen en actividades relacionadas con la discusión de los esquemas de seguridad social vigentes y su posible modificación futura.

Los países que decidan abordar el problema del envejecimiento de su población de manera integral deberán recibir el apoyo de los organismos internacionales, principalmente aunque no en forma exclusiva, de la CEPAL, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Este último, a su preocupación por la salud reproductiva y la sexualidad, deberá agregar la de la salud del geronte y el envejecimiento.

Panel final

Participación del señor Joseph Chamie, División de Población de las Naciones Unidas

Me siento muy honrado de participar en el panel de esta mañana y estoy dispuesto a acortar mi intervención para que mis distinguidos colegas tengan más tiempo para exponer sus ideas. Por lo tanto, limitaré mi intervención a ocho temas y espero hacerlo en ocho minutos.

1. En primer lugar, he asistido a muchas reuniones, muchas conferencias y simposios. Se han formulado muchas recomendaciones. En realidad, han sido centenares. En nuestra biblioteca, ocupan varios volúmenes. ¿Necesitamos más? Creo que lo que necesitamos para las personas de edad son metas.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, los gobiernos fijaron metas para la mortalidad, la mortalidad infantil, la mortalidad de los niños pequeños y la esperanza de vida al nacer. También se acordaron metas con respecto a la salud reproductiva, la mortalidad materna, el género, el empoderamiento de la mujer y la alfabetización. Sin embargo, las metas con respecto a las personas de edad fueron muy generales; en realidad, demasiado generales.

Considero que las metas para las personas de edad deben ser mensurables, de modo que podamos evaluar si hemos avanzado o no. No creo que del contenido del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo pueda deducirse meta cuantitativa alguna con respecto a las personas de edad para 2004 ó 2014. ¿Y si no se fijan metas mensurables cómo se mide lo que ha ocurrido?

2. En segundo lugar, debemos continuar con nuestras actividades de investigación y de compilación de datos. Aunque hoy día contamos con un gran volumen de información, que no existía hace algunos años, todavía necesitamos mucho más información. Es preciso conocer la situación en forma objetiva y científica, sin propaganda ni promoción de ninguna de las partes. No necesitamos solamente información demográfica y económica. También necesitamos estudios sociales, políticos y de otro tipo para comprender qué le interesa a los miembros de la sociedad y cuáles son sus puntos de vista.

3. Necesitamos mayor conciencia en la opinión pública. Debemos lograr la participación de los medios de difusión, los periódicos, la radio y la televisión en este debate público. Esto se logró con muy buenos resultados en las esferas de la fecundidad y de la planificación familiar, en las que el debate se llevó a la conciencia de la gente a través de la televisión, las telenovelas y las radionovelas, las obras de teatro, etc. Lo mismo debe hacerse con respecto a las personas de edad. Es preciso ubicar los problemas fundamentales en el centro del debate público.

4. Debemos aprovechar la tecnología y mejorar el diseño desde nuestro entorno cotidiano. Les daré un ejemplo reciente para aclarar esta afirmación. Esta mañana, cuando salí del hotel para tomar el ómnibus, observé que la altura entre el borde de la acera y el primer escalón del vehículo era muy grande. Para algunas personas que tenían dificultades de movilidad, subir a ese primer escalón del ómnibus era muy difícil.

Al aumentar el número de personas de edad, debemos tener en cuenta estas situaciones en la arquitectura y en el diseño interior de los hogares, los lugares de trabajo y el entorno cotidiano. Seguramente, muchos de ustedes tienen hijos y recuerdan que cuando empezaron a caminar hubo que cambiar el diseño y la disposición de la casa. Todos los objetos debían colocarse en lugares más elevados de modo que los niños no pudieran tomarlos y arrojarlos al piso. Del mismo modo, es preciso diseñar los hogares en función de las necesidades de las personas de más edad. Por ejemplo, las bañeras no están diseñadas para personas de 80 años. Para ellos, entrar y salir de ellas es difícil y peligroso. En consecuencia, debemos aprovechar las tecnologías y diseños disponibles para satisfacer mejor las necesidades de los adultos mayores.

5. Es preciso que haya un debate sobre la voluntad política. Más allá de lo que descubramos o propongamos, necesitamos contar con gobiernos responsables que debatan estos problemas, asuman compromisos y lleven a cabo programas. ¿Quién es responsable del bienestar de las personas de edad? ¿El Estado, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, la familia, los hijos? ¿Quién debería pagar la atención de las personas de edad? ¿Y quién atenderá sus necesidades cuando estén discapacitados o gravemente enfermos? Debemos buscar soluciones para estos problemas y determinar quién es responsable y pedirle que rinda cuentas.

6. Un aspecto muy importante del debate sobre el envejecimiento de la población es el financiero. ¿Cuánto estamos dispuestos a pagar? ¿De dónde saldrán los recursos y dónde irán? Si los recursos son limitados ¿cómo se asignarán en un entorno competitivo? La búsqueda de respuestas a estas preguntas nos lleva al séptimo tema, en el que hago referencia a cuestiones éticas y morales.

7. Debemos analizar exhaustivamente las cuestiones éticas y morales para adaptarlas a nuestra cultura y discutir las abiertamente y francamente. Los temas como la eutanasia, el tratamiento, la atención y la asignación de recursos entre generaciones deben examinarse en un contexto ético, moral y cultural.

8. Para finalizar, me referiré al último tema. Pero no los voy a defraudar. Para ilustrarlo, les contaré un relato.

La historia se refiere a un profesor de economía de una universidad importante que enseñaba a estudiantes de postgrado. El último día de clases les dijo: "Hoy será un día especial. Tengo una afición. Suelo volar en globos de aire caliente y me gustaría llevarlos a todos a dar una vuelta en mi globo".

El día estaba muy despejado. Brillaba el sol y no había una sola nube. El profesor hizo subir a sus diez alumnos y elevó el globo sin problemas.

Sin embargo, al cabo de media hora el cielo se llenó de nubes y se puso muy oscuro. El sol desapareció y comenzó a soplar un viento muy fuerte que arrastró al globo, al profesor y a los alumnos a la oscura profundidad de las nubes. Tras varias horas de vuelo, se hizo un claro entre las nubes y el profesor dijo a sus alumnos: "Bajemos y tratemos de ver dónde estamos".

Miró hacia abajo y vio a una mujer caminando con algunos jóvenes. Inmediatamente, le gritó: "¡Señora! ¿Dónde estamos?" La mujer miró hacia arriba y dijo: "¡Están a unos 50 metros de altura!"

El profesor miró a sus estudiantes y dijo: "Esta señora seguramente es demógrafo. Es precisa y correcta pero no nos propone ninguna solución a nuestro problema inmediato".

La mujer miró a los jóvenes que la rodeaban y les dijo: "¡Ese debe ser un economista. Está al mando del globo, ... está perdido, ... y tiene la cabeza en las nubes!"

Señor Presidente. Nadie sabe qué nos deparará el futuro. En gran medida es incierto. Debemos trabajar juntos. Si tomamos en cuenta la experiencia, especialmente la del siglo XX —el más notable desde el punto de vista demográfico— creo que el futuro es prometedor.

Panel final

Participación del señor Shigemi Kono, Universidad de Reitaku, Japón

Para mí es un gran honor estar presente en este encuentro tras recorrer la gran distancia que nos separa del Japón. Cuenta la leyenda que después de triunfar en la guerra de Troya, Ulises y su tripulación navegaban a la deriva por el Mediterráneo, acosados por los infortunios. Un día, la nave en que viajaban atravesaba el estrecho de Messina, entre Sicilia y tierra firme italiana. Cuando estaban llegando a la salida, Escila, un monstruo pavoroso, se interpuso en su ruta. El terror de la tripulación fue tal que se les erizó el cabello. Ulises ordenó virar la nave y regresar al punto de partida. De pronto, desde el fondo del mar, emergió el monstruo Caribdis, también con el propósito de atacarlos. Aunque no sea nuestra intención exagerar, la humanidad parece encontrarse entre Escila y Caribdis en la vorágine del *estrecho* de la población. El primer personaje representaría el crecimiento demográfico acelerado, resultante de la elevada tasa de fecundidad. El segundo, el envejecimiento de la población debido a una disminución de esa misma tasa. Indudablemente, esta puede parecer una imagen algo pesimista. En cambio, para alguna gente, algunos estudiosos y algunos economistas, puede ser un triunfo, una victoria de la civilización.

Ciertamente, no deberíamos transmitir una idea demasiado pesimista del proceso de envejecimiento. Sin embargo, si analizamos la situación del Japón, al menos en forma superficial, creo que los efectos adversos

superan los beneficios o las ventajas. Si la sociedad envejece, no hay duda que las calles serán más seguras y disminuirán los delitos sexuales y el vandalismo, pero pasarán a primer plano problemas sociales y económicos más graves. En tal sentido lo que desearía señalar es que si existe algún problema concreto, éste es la velocidad del proceso de envejecimiento de la población. Si éste es muy lento, la gente tendrá tiempo suficiente para adaptarse y los recursos necesarios para prepararse. Por el contrario, si el envejecimiento se acelera, puede traer aparejados diversos problemas sociales o económicos.

Analicemos ahora el tema con mayor optimismo. En efecto, el Sr. Chamie, Director de la División de Población de las Naciones Unidas, señaló que no deberíamos ser demasiado pesimistas y, personalmente, estoy totalmente de acuerdo. Creo que no tenemos por qué suponer que las personas de edad son totalmente dependientes. Éstas no son necesariamente débiles desde un punto de vista físico, pobres en un sentido económico o dependientes socialmente. Existen diferencias entre las personas de edad. Están los ancianos jóvenes, los ancianos ancianos y las personas muy ancianas —cuya edad puede ser de 85 años o más. Por lo general, los ancianos jóvenes gozan de buena salud física y mental, poseen un mayor nivel de educación y tienen la capacidad económica para mantenerse a sí mismos y prestar servicios útiles a los demás. Sin embargo, a medida que envejecen —es decir, cuando tienen 75 años o más—, algunos pueden llegar a necesitar algún tipo de asistencia médica, económica, social y emocional de otros miembros de la familia o del Estado.

Sobre todo, en los países en desarrollo, la familia se ocupa de las personas de edad. Creo que ésta es una tendencia muy habitual en Asia, pero a raíz de la urbanización, las migraciones y, en términos generales, la desaparición gradual de las familias conformadas por varias generaciones, éstas ya no está en condiciones de ayudar y apoyar a las personas de edad. A veces resulta imposible para un solo miembro de la familia hacerse cargo de la pesada tarea de atender a una persona de edad que sufre de alguna discapacidad u otros trastornos.

En tales circunstancias, el Estado u otra organización social debe acudir en socorro de la familia y compartir la carga, prestando la asistencia y los cuidados necesarios. Sin embargo, el problema es la carencia de sistemas adecuados para acceder a determinados recursos. Aún para las personas de edad saludables, que no sufren ninguna discapacidad y están dispuestas a realizar actividades económicas y contribuir a la economía y bienestar de la nación, los medios necesarios para organizar su vida y contribuir a la sociedad están gravemente limitados, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Muchas personas de edad saludables y activas desean desarrollar alguna actividad y lograr la autosuficiencia, pero la sociedad no les brinda la posibilidad de hacerlo. No existen los sistemas y la infraestructura adecuados para aprovechar plenamente los aportes que puedan hacer como seres humanos o mediante el capital que quizás posean.

Lo que quiero señalar es que en muchas esferas aún no se han producido los cambios cualitativos y cuantitativos necesarios en materia de sistemas de infraestructura física y social. Es preciso realizar nuevos cambios para ajustar esos sistemas a la estructura de la población. Por ejemplo, es muy importante concientizar a la población y abogar activamente en favor de un mejoramiento de las instalaciones físicas y el fortalecimiento de la infraestructura social, especialmente las destinadas a las personas de edad avanzada. También deberíamos esforzarnos por transformar nuestra concepción sobre las personas de edad y nuestra actitud hacia ellas.

Hoy día podemos observar varios aspectos promisorios. Los ancianos de hoy o los que lo serán en un futuro cercano, en el siglo XXI, tienen un nivel de educación superior al de sus predecesores. Muchos de ellos han planificado cuidadosamente sus años de vejez. En el Japón, las personas de entre 40 y 60 años de edad no tendrán que depender de sus hijos. Por lo general, tienen los ahorros y las pensiones necesarios y poseen viviendas adecuadas. Así, la mayoría de ellos han realizado planes prudentes para disfrutar de una vejez prolongada.

Es preciso proporcionar mayores niveles de educación y de capacitación técnica a la gente en todas las etapas de su vida; en la edad escolar, en su vida laboral o después de la jubilación. La educación es, quizás, el instrumento más importante para que la gente de edad pueda prepararse para la sociedad envejecida del siglo XXI.

Panel final

Participación del señor Raúl Benítez Zenteno,¹ Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

En la región estamos frente a dinámicas demográficas variadas, con considerables efectos a mediano y largo plazo, tanto en la magnitud como en las proporciones de población mayor. Dentro de los países se dan diferencias por regiones y por características, como tamaño de las localidades, niveles educativos, ramas de actividad, educación y otras, lo que requiere desarrollar capacidades analíticas que permitan entender los problemas de la transición demográfica.

En la mayoría de los países latinoamericanos no existen suficientes recursos humanos especializados. La reducción del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) a su mínima expresión constituye un error considerable que hay que reconocer, al igual que la necesidad de crear actividades internacionales equivalentes. El FNUAP debe rectificar su política al respecto.

Las orientaciones, desde ahora hasta el mediano y largo plazo, tienen que considerar la problemática del envejecimiento demográfico y buscar soluciones en las que los compromisos de orden público y privado se planteen teniendo como referencia los derechos humanos y las necesidades de la población.

¹ Investigador Emérito (benitez@servidor.unam.mx).

Buena parte de los escenarios futuros, que instrumentos demográficos como las proyecciones de población muestran en toda su magnitud, aparecen desde ya con déficit sociales considerables, ya que nuestras sociedades se caracterizan en gran medida por su centralización, formas cada vez más extremas de desigualdad y marginalidad, e insuficiencias en cuanto a la seguridad social de la población. Se requiere elaborar proyecciones a partir de la estructura económica, el sistema educativo, los ámbitos rurales y urbanos, y también las exigencias de desarrollo científico y tecnológico. Los instrumentos de análisis demográfico deben considerar todas estos aspectos con vistas a establecer las condiciones básicas para la planificación del desarrollo económico y social.

La transición demográfica y el modelo neoliberal de la economía forman un binomio dramático, aparentemente irremediable y sin expectativas de cambio, lo que se hace más evidente cuando constatamos las secuelas antisociales del curso del neoliberalismo que, de continuar, implica escenarios proyectados en los que la pobreza y el envejecimiento demográfico se consolidan.

No obstante los 25 años transcurridos desde la formulación del Plan de Acción Mundial sobre Población, adoptado en Bucarest, en 1974, 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 en general y, de la económicamente activa en particular, en cuanto a requerimientos, por ejemplo, educativos y de salud, ya que tan sólo se plantean escenarios temporales a unos cinco años plazo.

De hecho, las preocupaciones demográficas han pasado a segundo plano en las decisiones políticas, dado el descenso del crecimiento de la población, que junto con el dogma del mercado, han impedido razonamientos económicos y sociales sobre el crecimiento y la estructura de la población, que tiende a 0% o menos. Estamos frente a una situación demográfica que hemos inducido y programado cuidadosamente, pero no sabemos aún ni su significado económico, ni su significado social y, menos aún, sus implicaciones culturales para los individuos, las familias y los grupos sociales.

No tengo dudas en cuanto al hecho de que las visiones de mediano y largo plazo inducen a la reflexión, la crítica y la confrontación respecto de los objetivos de las políticas de población, que buscan precisamente el bienestar de todos.

Tenemos que ir, incluso, más allá en la confrontación. La continuidad del neoliberalismo junto con las tendencias de la transición demográfica que hemos impulsado deliberadamente, insisto, lleva con toda claridad, como lo atestiguan estos últimos 20 años de experiencia empobrecedora, a poblaciones envejecidas y cada vez más pobres, en particular la población mayor que se acumula año tras año. La acción pública y privada deberá analizarse también desde la perspectiva de la ética de lo propiamente humano en igualdad y justicia.

Las tendencias del neoliberalismo van hacia el desarrollo y predominio del individuo y a la reproducción del capital de manera superacelerada. Los últimos 20 años muestran en todo el mundo, y en especial en los países pobres, una desocupación considerable, un incremento de la informalidad y una disminución del ingreso real. Cualquier sistema de protección de la población mayor opera bien si el sistema económico funciona adecuadamente, si el mercado interno tiende a expandirse, y si el salario real se mantiene en aumento. Nuestros problemas se acrecientan debido a que el desempeño económico se orienta hacia el exterior, a costa de las condiciones internas.

La transición demográfica y el consecuente envejecimiento deben ser bien comprendidos, en primer lugar por los sectores encargados de la acción pública y, en forma creciente, por la población misma. Es decir, se tiene que desarrollar una “cultura demográfica moderna”, de la misma manera que se tiene una cultura geográfica o una cultura histórica, a través del sistema educativo formal y también por la vía de la comunicación. Estamos frente a problemas como los de género, que son construcciones sociales históricas y así deben comprenderse para superar las desigualdades.

La complejidad de lo social debe formar parte de la práctica política, que tiene que incorporar los temas del empleo, la educación, la salud y la seguridad social, entre otros, conjuntamente con

los demográficos para poder tomar decisiones. Es necesario conocer los valores y acciones de la población, y ésta misma debe participar, a través de grupos y sectores sociales representativos, en la configuración integral de las políticas. Cuando la política desconoce la realidad o toma decisiones en alto grado parciales, la búsqueda del beneficio social se diluye, desaparece y se llega a prácticas antisociales.

La preocupación por la trayectoria de las generaciones de todas las edades aún no se integra a las políticas de desarrollo social, salvo en sectores como los de la salud y la previsión social, en los que se implementan soluciones bien orientadas, y también mal orientadas, que favorecen al capital, como en el caso de las pensiones de retiro, en el cual el problema radica en la inclusión de la población activa en el empleo formal durante muchos años. Estamos ante generaciones de todas las edades, sacrificadas por la acometida neoliberal. De acuerdo con las tendencias actuales que apuntan al lucro ampliado del capital y a ejércitos sin precedentes de desplazados de todos los sectores de la actividad económica, dentro de sólo 50 años las generaciones de edades mayores vivirán en condiciones de peor miseria. Más aún, tales condiciones lamentables se están viviendo desde ahora.

Entre otros temas de política de población, debe retomarse muy especialmente el de la integración del componente demográfico en las políticas de desarrollo, de acuerdo con los sectores encargados de la acción pública; por otra parte, habría que llevar a cabo una acción sin paralelo en la política de población con el fin de debatir en todos los foros posibles los escenarios sociales, económicos, políticos y culturales que plantean las proyecciones demográficas.

Hay que insistir en que los cambios planeados y programados respecto de la dinámica y la estructura de la población pueden llevarnos a situaciones negativas para la totalidad, y también para grupos y sectores sociales determinados, si no se toma en cuenta en cada momento el objetivo central de toda política, que no es otra cosa que la búsqueda del beneficio colectivo. Debemos preguntarnos a qué tipo de familias e individuos queremos llegar, con nociones permanentes de cambio, y a qué tipo de ámbitos rurales y urbanos hay que orientar la acción para lograr la igualdad en las posibilidades de desarrollo humano, en sociedades plurales y multiétnicas.

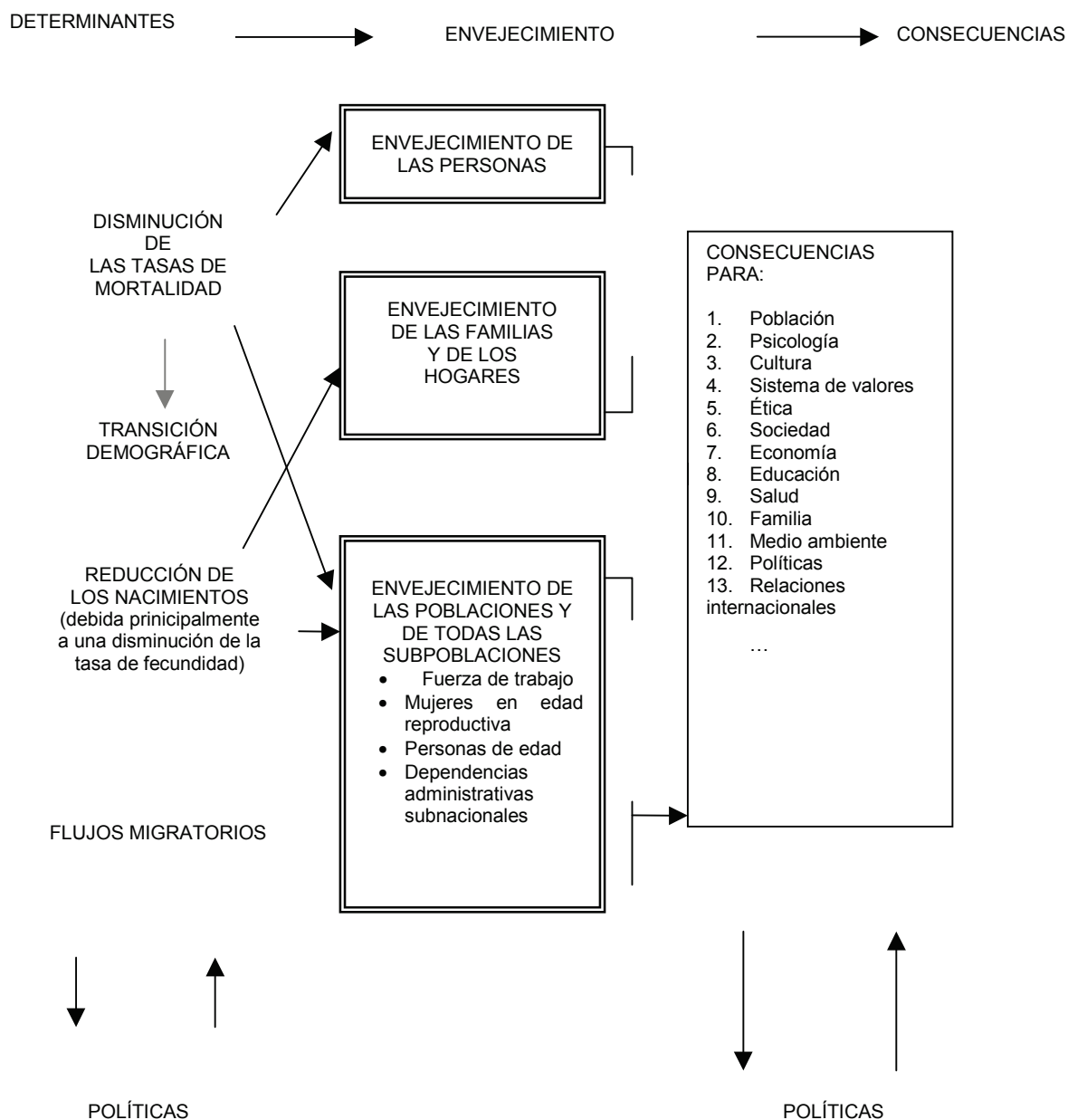
Panel final

Participación del señor Antonio Golini, Universidad de Roma La Sapienza

En primer lugar, quisiera felicitar a los organizadores de este importante seminario técnico por su contenido y su estructura y agradecerles por invitarme a aportar mi contribución y a participar en este panel. Para mí esta invitación es un gran honor.

1. Para comenzar, quisiera mostrar una transparencia sobre los determinantes y las consecuencias del proceso de envejecimiento, un proceso sumamente complejo, por cierto (véase el gráfico 1). En términos demográficos, sabemos muy bien que los determinantes del envejecimiento son la declinación de las tasas de la mortalidad y la reducción de las tasas de fecundidad —o más precisamente, de los nacimientos— y, en menor medida, las migraciones. Los primeros dos son la fuerza impulsora y constituyen dos victorias de la humanidad. Dos victorias extraordinarias. Una de ellas es la reducción de las muertes prematuras y la otra la limitación de los nacimientos no deseados. En consecuencia, el envejecimiento debe verse como un proceso positivo; esto es algo que siempre debemos recordar. Desde un punto de vista colectivo, la transición demográfica tiene otro efecto positivo, es decir, la declinación y, en algunos casos, el fin del crecimiento demográfico.

Gráfico 1 ESQUEMA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS



Fuente: Golini, 1999.

Pero aún si consideramos al proceso de envejecimiento como algo positivo, no podemos olvidar algunos problemas concomitantes. Considero que estos problemas son el resultado de cuatro factores:

- el envejecimiento es un proceso *silencioso y subterráneo*; no es estridente y explosivo como el desempleo y la migración. Los demógrafos lo pueden prever con bastante anticipación, pero cuando está en sus etapas iniciales o en curso no es fácilmente visible y comprensible por los encargados de la formulación de políticas y por la opinión pública;
- el envejecimiento es *un proceso a muy largo plazo*. Este hecho impide percibirlo plenamente, y en tal sentido desearía citar un aforismo del eminente estudioso francés, Alfred Sauvy. Compara las políticas con el segundero del reloj, cuyo movimiento es muy rápido: en la evaluación de los factores y de los hechos y de sus efectos, los encargados de la formulación de políticas y los políticos están apremiados por la rapidez del movimiento del segundero. La economía es como el minutero. Se mueve más lentamente que el segundero, pero de todos modos es bastante rápida. Los economistas miran la manecilla de los minutos y, como los encargados de la formulación de políticas, tienden a hacer caso omiso de la manecilla de la hora, que representa la demografía. Se tiene la impresión de que ésta no se mueve y que disponemos de todo el tiempo que queremos o necesitamos. Pero si la miramos con mucha atención, esa manecilla también se mueve y es posible que no dispongamos del tiempo suficiente o que ya se nos haya acabado. En tal sentido, y a modo de paradoja, diría que los economistas son los "enemigos" de la demografía y de los demógrafos porque a menudo carecen de la capacidad suficiente para percibir las tendencias a largo plazo y procesar y combinar la visión y las medidas de corto plazo con las del largo plazo;
- el envejecimiento es una *novedad absoluta en la historia de la humanidad*. Tras miles de años de vida en el planeta, esta es la primera vez que el hombre puede observar este fenómeno y se ve obligado a enfrentarlo. Carecemos por completo de experiencia sobre este tipo de problemas y de todo punto de referencia;
- en algunos casos, el proceso del envejecimiento es "*excesivamente*" *rápido e intenso*, lo que significa que la sociedad y la economía de un país pueden enfrentar dificultades para adaptarse total y oportunamente al cambio demográfico.

El envejecimiento es un *proceso global*, que afecta a las personas, las familias, los hogares y la población en su conjunto. No sólo eso, pues también afecta a las subpoblaciones. Así, puede hablarse del envejecimiento de la fuerza de trabajo, el envejecimiento de las personas de edad, el envejecimiento de las mujeres en edad de concebir. No obstante, en este encuentro no hemos conversado mucho sobre todos esos tipos de envejecimiento.

2. Todo esto significa que el envejecimiento tiene consecuencias profundas, amplias y arraigadas para las personas y las familias, en el plano microeconómico, y para las poblaciones y subpoblaciones, en el plano macroeconómico. Podemos observar repercusiones personales y colectivas en los planos psicológico, cultural, ético, del sistema de valores, etc. Veamos, por ejemplo, de qué manera el proceso de envejecimiento está modificando el sistema de valores con respecto a los niños y a las personas de edad, al nacimiento y la muerte. Veamos, además, hasta qué punto está cambiando la ética, la economía, la sociedad, la educación, la salud, la familia y las redes sociales, el medio ambiente, la política, las relaciones internacionales, etc. En estos últimos dos días del simposio hemos examinado las principales consecuencias con amplitud y no quiero insistir con este tema. Sólo quisiera decir, en general, que tenemos que ayudar a la opinión pública y a los encargados de la formulación de políticas a tomar plena conciencia de *todas* las consecuencias del envejecimiento y no sólo de aquellas que afecten los regímenes de seguridad social. A menudo se tiene la impresión de que este es el único tema que preocupa a los economistas y a los encargados de la formulación de políticas.

En tal sentido, y como recomendación de políticas, podríamos señalar que sería útil crear organismos específicos que se ocupen de los temas del envejecimiento:

- en primer lugar, un comité dependiente de la Oficina del Jefe de Estado o de Gobierno, porque las consecuencias son numerosas y abarcan muchas esferas, de modo que necesitamos una visión integral y políticas integrales. Ese comité debería vincularse, entre otros, con los ministros de salud, de asuntos sociales y de educación para tratar de coordinar sus actividades en este tema;
- al menos en los países más grandes, un centro de investigaciones sobre el envejecimiento, que también podría funcionar como organismo de asesoramiento técnico del comité. Por ejemplo, los Estados Unidos y Japón ya cuentan con este tipo de centro de investigaciones pero su utilidad es innegable para todos los países.

Evidentemente, las comunidades y las organizaciones no gubernamentales deberían participar activamente en la esfera del envejecimiento.

En términos más generales, también sería aconsejable tratar de incidir sobre el sistema de valores y sobre las políticas concretas a fin de evitar un exceso de individualismo y prestar más asistencia —del tipo que sea— a las familias y los hogares que tengan entre sus miembros personas muy ancianas e incluso a los familiares que no convivan con éstas. Creo que es realmente difícil conciliar el desarrollo del individualismo de las sociedades occidentales con el proceso de envejecimiento.

3. Aquí, desearía señalar a la atención de la audiencia la necesidad de encarar no sólo las consecuencias sino también los determinantes del envejecimiento, porque si hacemos caso omiso de estos últimos podremos cometer algunos "errores demográficos" como ya lo han hecho, por ejemplo, Italia y Japón, y cómo lo están haciendo China y España. Nos referimos a que en estos países se está produciendo —y seguirá produciéndose— un *exceso* de rapidez y de intensidad en el proceso de envejecimiento.

En lo que se refiere al primer determinante, es decir la declinación de las tasas de mortalidad, creo que hoy día y en el futuro deberemos alentar en los países occidentales muchas más inversiones para las investigaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida en lugar de prolongarla. Es muy necesario intensificar la investigación científica en la esfera del tratamiento de las enfermedades comunes que limitan la plena eficiencia física, psicológica y cognoscitiva. Por ejemplo, deberíamos fomentar más investigaciones sobre el tema de la depresión. En mi opinión, no hay investigaciones farmacológicas o médicas suficientes sobre este tema o, por citar otro ejemplo, sobre el tema de la artritis, una afección muy frecuente entre las personas de edad. Incluso, sería necesario resolver problemas más "sencillos" como los de la audición, la dentadura y la masticación. Debemos lograr mejores resultados en las investigaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida.

Con respecto al segundo determinante, es decir, la reducción de las tasas de fecundidad, considero que también deberíamos prestar más atención a las políticas de fecundidad para tratar de asegurar una reducción gradual que permita mantenerla en un nivel "sostenible". Trataré de explicarlo mediante un ejemplo sobre China y algunas alternativas de políticas para la población de ese país entre los años 2000 y 2050. La población actual de China es de aproximadamente 1 300 millones de habitantes. Según las últimas ediciones de *World Populations Prospects* de la División de Población, si se plantean distintas hipótesis sobre las tasas totales de fecundidad para el final del período —1.5, 1.9 o 2.3 hijos por mujer— se producirán diferencias en el crecimiento de la población de menos de 60 años mientras que el crecimiento de la población de 60 o más años de edad será el mismo, independientemente de la hipótesis utilizada (véase el cuadro 1). Actualmente, la proporción de personas de 60 o más años de edad con respecto al total de la población es igual al 10% y se considera inevitable un envejecimiento sustancial. En consecuencia, China tendrá que optar: si desea que la proporción de personas de 60 o más años de edad aumente "solamente" del

10% al 26%, la fecundidad debería ser de 2.3 hijos por mujer; si desea llegar al 30%, la fecundidad debería ser de 1.9 hijos por mujer. Si considera que el 35% es sostenible puede aceptarse una fecundidad total de 1.5 hijos por mujer.

Cuadro 1
ALGUNOS INDICADORES DE LA POBLACIÓN DE CHINA
SEGÚN TRES HIPÓTESIS DE FECUNDIDAD

TGF		Población en el año 2000	Variación entre 2000 y 2050			% 60+	
1995-2000	2045-2050		Población total	Edad de la población		2000	2050
				<60	60+		
	1.5		- 28	- 338	+ 310		35.2
1.8	1.9	1, 278	+ 200	- 110	+ 310	10.1	29.7
	2.3		+ 408	+ 98	+ 310		26.1

Fuente: *World Population Prospects*, Revisión de 1998. División de Población, 1999.

TGF: tasa global de fecundidad, es decir promedio del número de niños por mujer; <60: población de menos de sesenta años de edad; 60+: población de sesenta años y más; %60+: porcentaje de personas de 60 y más años de edad con respecto a la población total.

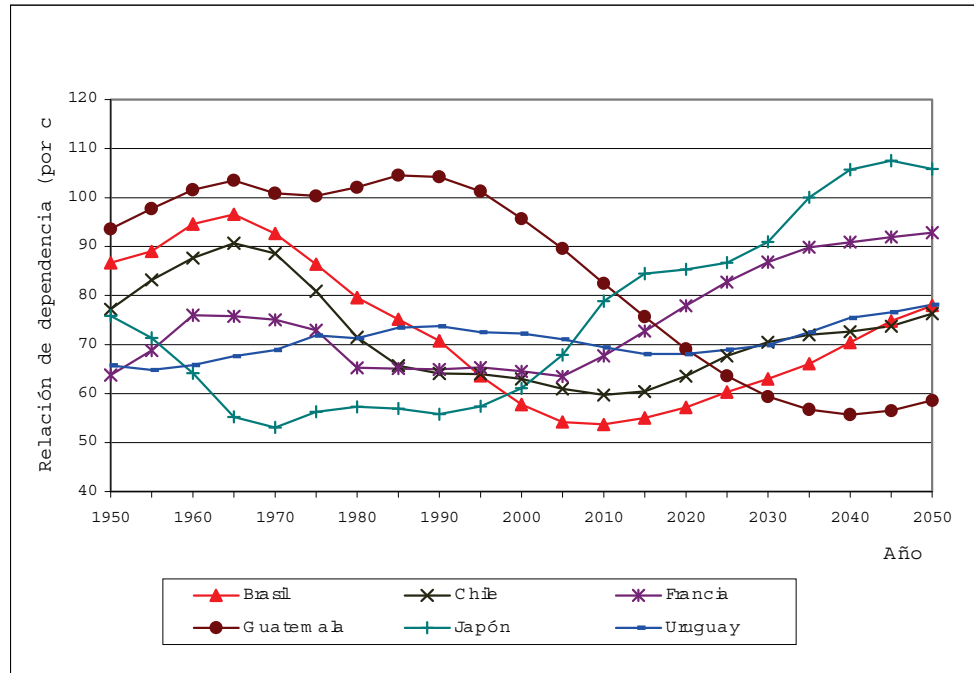
- Población en millones de personas.

El gradualismo es útil porque es difícil resolver los problemas que plantea un envejecimiento "excesivo". El proceso es inevitable, pero podrían hacerse algunos esfuerzos por reducir su rapidez e intensidad.

4. Por último, quisiera señalar a vuestra atención la última transparencia —una adaptación de la del Sr. Chackiel— en la que se indican los coeficientes de dependencia demográficos de algunos países (véase el gráfico 2). Si observamos las curvas creo que podemos concluir que el envejecimiento de una población determinada no es solamente un problema interno sino que también afecta las relaciones internacionales. Como consecuencia de las grandes diferencias geográficas en materia de ritmo, rapidez e intensidad de la transición demográfica, observamos un ritmo, una rapidez y una intensidad distintas en el proceso de envejecimiento de la población. Si analizamos la relación de dependencia de Japón, Brasil y Guatemala se comprende fácilmente que estas diferencias de tendencias geográficas tan notables en relación con el envejecimiento inciden grandemente, entre otras cosas, en los desequilibrios posibles de la oferta y la demanda de los mercados laborales, las migraciones internacionales y la competitividad de un país con una proporción mayor de personas de edad.

Considero que estas diferencias son importantes, no sólo para la competitividad internacional, el mercado de trabajo y las migraciones, sino para las relaciones culturales y políticas, el espíritu de iniciativa y, en términos más generales, para las actitudes y conductas de las personas de edad con respecto a los jóvenes. También podrían ser importantes en relación con los problemas de la paz y la capacidad de establecer diálogos fructíferos entre los países y entre los pueblos. Sólo a título de ejemplo, permítaseme mencionar que en el 2050 la mitad de la población italiana puede tener más de 57 años de edad mientras que la mitad de la población de Etiopía podrá tener 28 años de edad o menos. Me pregunto si en el marco de procesos de envejecimiento tan distintos cabe imaginarse un diálogo y unas relaciones internacionales fáciles y fructíferas entre ambos países.

Gráfico 2
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA



Panel final

Participación del señor Rogelio Fernández-Castilla, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Hemos escuchado excelentes presentaciones durante las sesiones de este seminario, y se han formulado acertadas recomendaciones, de una amplia visión, por parte de los colegas que me han precedido. De este proceso surge evidente la necesidad de concertar acciones sin ninguna demora, para que se adopten políticas adecuadas a fin de responder a las demandas que plantea el envejecimiento poblacional. Como ha manifestado la doctora Carmen Miró, se puede visualizar casi en detalle la evolución que el proceso de envejecimiento va a seguir de aquí a ochenta años en América Latina.

Para la mayoría de los países de América Latina, las consecuencias del envejecimiento de la estructura etárea se van a sentir en toda su magnitud, incluyendo los aspectos económicos y sociales, en el período de los 25 a 50 años futuros. Sin embargo, la visión del político es generalmente de un alcance de 3 a 5 años, coincidiendo con los ciclos electorales, tal como se expresó en una de las exposiciones.

Obviamente, esto plantea la necesidad de articular esfuerzos a fin de conseguir, en coordinación con los actores de la sociedad civil, muchos de ellos presentes en este seminario, que estas políticas dejen el ámbito de políticas de gobierno o de partidos temporalmente en el poder, y adquieran el carácter de políticas de Estado, con amplia legitimación social.

Hablando desde la perspectiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el rango de recomendaciones que ya se hicieron en el

ámbito de esta reunión excede ampliamente el campo de trabajo del FNUAP. Sin embargo, varias de ellas conciernen directamente a nuestro mandato. Adicionalmente, otro conjunto de recomendaciones requeriría de una acción conjunta de las agencias del sistema de las Naciones Unidas, en asociación con los organismos de la sociedad civil que trabajan en este tema. Una colaboración estrecha entre agencias del sistema y organizaciones de la sociedad civil abriría las mejores posibilidades de éxito para promover la adopción de políticas y generar los cambios necesarios, concitando la atención que el tema merece, tanto por parte del Estado como de la sociedad en general.

Entre los temas pertinentes al mandato de FNUAP, el apoyo a la producción de datos demográficos y socio-económicos y el análisis de esa información para orientar políticas son tareas en las cuales el Fondo de Población ha estado profundamente involucrado. Con la perspectiva específica del envejecimiento demográfico, aún haría falta articular mejor las tareas de investigación y elaboración de proyecciones, presentando los escenarios de sus consecuencias sociales y económicas, en el medio y largo plazo.

Esas proyecciones y escenarios deberán elaborarse con una desagregación adecuada, que permita focalizar intervenciones en aspectos concretos y en grupos sociales específicos. En la mayoría de los países el núcleo de la pobreza estructural está constituido por grupos culturales y étnicos que están social y económicamente marginados. Estos grupos en general no se encuentran cubiertos por los sistemas de seguridad social. De esta manera, la tendencia de envejecimiento demográfico vendría a reforzar una situación de inequidad económica y social.

Es necesario investigar también dentro de estas tendencias algunos aspectos de inequidad de género, aspectos que hacen que las consecuencias de esa inequidad se agraven a lo largo de la vida, con serias repercusiones en edades adultas avanzadas. La inadecuada atención a la salud sexual y reproductiva, o la carencia de la misma en los grupos más pobres, junto a la desigualdad social y económica, hace que el envejecimiento demográfico agudice las inequidades de género en edades adultas mayores. Por lo general, en la población adulta mayor, las mujeres constituyen una proporción alta debido a su mayor esperanza de vida. Sin embargo, la calidad de vida se ve perjudicada por las deficientes condiciones que afectaron su período reproductivo. Además, por las normas de los sistemas de pensiones, la viudez trae también aparejado una reducción de ingresos con negativas consecuencias económicas, sociales y de salud.

La contribución del FNUAP estaría orientada a fortalecer los esfuerzos de investigación, elaboración de escenarios y promoción de acciones de prevención en el campo de salud sexual y reproductiva. El estudio de las tendencias, la explicitación y análisis de las consecuencias del proceso de envejecimiento abrirá espacios para dialogar con los niveles políticos sobre las oportunidades que el proceso de cambio demográfico brinda –el llamado “bono demográfico”– durante el período de transición, y cuáles deberían ser las intervenciones de políticas que permitan materializar los beneficios potenciales del “bono demográfico”. La transición demográfica ofrece oportunidades que no deberían ser desperdiciadas para las sociedades latinoamericanas, creando condiciones favorables antes que las exigencias del envejecimiento se hagan sentir sobre los servicios sociales. Este análisis nos lleva a otro campo en el cual el Fondo de Población está directamente involucrado, y es la formulación y el desarrollo de las políticas de población.

Obviamente, estamos en un período en que las perspectivas del envejecimiento demográfico deben ser explícitamente incorporadas en estas políticas. En el pasado la estructura por edades y el proceso de envejecimiento no han sido elementos destacados en la formulación de políticas de población. En general, cuando las políticas mencionan estos aspectos, lo hacen solamente al pasar y casi nunca incorporan o promueven intervenciones específicas para influir sobre los factores determinantes. Las actuales políticas no incorporan propuestas orientadas a paliar las consecuencias sociales del proceso de envejecimiento, ni promueven intervenciones destinadas a capitalizar las ventajas de una alta proporción en las edades económicamente activas durante la transición. Este es un campo en el cual FNUAP podría realizar un aporte significativo en la esfera de su mandato, mediante la promoción del desarrollo de estos componentes en las políticas de población.

De la reunión han surgido recomendaciones que implicarían llevar estos aspectos de política a la atención de los más altos niveles. La naturaleza del problema exige además un tratamiento intersectorial. El compromiso político de alto nivel y la intersectorialidad son características de la formulación e

implementación exitosa de las políticas de población. Ahora bien, para la incorporación efectiva de los cambios en la estructura etárea y las consecuencias del envejecimiento de la población dentro de estas políticas, es necesario generar nuevas alianzas al nivel de la sociedad civil y fortalecer la base de datos y el conocimiento necesario para dar apoyo a los esfuerzos de *advocacy*. El éxito dependerá del grado de movilización y consenso que permita convertir estas propuestas en políticas de Estado.

En el plano de la implementación de programas para adultos mayores, es fundamental esa atención a la intersectorialidad, al involucramiento de toda una serie de sectores, incluida la sociedad civil, sin los cuales sólo podría alcanzarse un tratamiento parcial del tema. La intersectorialidad ha sido un requisito, en general, para que las políticas de población sean efectivas. En el caso del envejecimiento, con mucha mayor razón es necesario insistir en esa perspectiva amplia, por razones de eficiencia y sostenibilidad de los programas.

Otro aspecto relevante a la temática del envejecimiento dentro de la perspectiva del mandato del FNUAP es el trabajo sobre salud y específicamente el aspecto de salud sexual y reproductiva, como ya se ha señalado. El Fondo de Población y en general, las agencias del sistema de Naciones Unidas, carecemos de los recursos financieros para invertir en la adecuación de las instituciones y crear la necesaria infraestructura de servicios que responda al perfil epidemiológico de poblaciones de adultos mayores. Debemos trabajar entonces en una labor de *advocacy* para que oportunamente se vayan haciendo las inversiones necesarias y se vayan incorporando las transformaciones que esos servicios requieren. Sobre todo debemos seguir enfatizando la necesidad de trabajar en la prevención y en la promoción de salud, lo que la OMS llama “seguir activos para envejecer bien”. Al tiempo de promover estilos de vida para una vejez saludable, es necesario también insistir en un sistema de salud amplio e incluyente en el nivel primario, de alta calidad de servicios y al alcance de todos los sectores.

La inversión en prevención y en promoción sigue siendo la más rentable. Particularmente en la salud reproductiva, intervenciones que promuevan la nutrición adecuada durante el embarazo y el amamantamiento, así como terapias de sustitución hormonal oportunas pueden reducir los costos futuros enormemente, previniendo las consecuencias que estas carencias tendrían más tarde sobre la salud en las edades más avanzadas.

Los programas de salud reproductiva, que constituyen el área central de apoyo del FNUAP, tendrán que hacer cada vez más énfasis en estos aspectos promocionales y preventivos, que son parte de la salud sexual y reproductiva integral, y con una perspectiva de ciclo de vida, de acuerdo al Programa de Acción de la Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo (CIPD) Esta perspectiva tiene gran trascendencia y contribuye enormemente a la calidad de vida del adulto mayor. Una salud sexual más satisfactoria y más prolongada es un componente importante de esa calidad de vida. La salud sexual es también central en muchos de los aspectos psicológicos y de relacionamiento interpersonal que se han mencionado en varias intervenciones como elementos críticos de este proceso de envejecimiento.

También es necesario, como nuestro colega de la División de Población indicaba, incorporar metas y objetivos a ser alcanzados. Esto es relevante no solo en relación a las conferencias internacionales, sino también en los trabajos que se deben realizar en cuanto a políticas de población a nivel nacional. Estas políticas deben incorporar metas y objetivos que se dirijan específicamente a los aspectos de cambios en la estructura por edades y a las demandas y desafíos que presentan los procesos de envejecimiento demográfico.

El Fondo de Población tiene una experiencia y una tradición muy rica de trabajo con la sociedad civil para avanzar en el reconocimiento y vigencia de los derechos sexuales y reproductivos y en los aspectos de género. Sobre esa experiencia podemos construir, incorporando esa colaboración con la sociedad civil, para avanzar en las labores de promoción de apoyos, desarrollando un eficaz trabajo de *advocacy*. La dinámica que se ha generado con la participación de la sociedad civil promoviendo los derechos sexuales y reproductivos, podría servir de modelo para lograr que el tema del envejecimiento esté presente en la agenda política, en la agenda social y sea parte integral de una agenda de desarrollo humano. Ese debería ser el objetivo que se persiga y en el cual todas las agencias del Sistema de Naciones Unidas podríamos comprometernos dentro de nuestros respectivos mandatos, así como las numerosas organizaciones de la sociedad civil que han participado en este evento.

Panel final

Participación del señor Reynaldo F. Bajraj,¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Este seminario ha sido muy rico, tanto desde el punto de vista de la amplitud temática y la relevancia de lo tratado como por la calidad de las presentaciones. Sería, por eso, imposible encapsular en pocos minutos todo lo que se ha aportado o señalar lo más valioso. Pero sí es posible identificar un elemento común que me ha llamado la atención, que me parece que surge o está en muchas de las presentaciones, explícita o implícitamente y que es de gran importancia. Se trata de discutir, a un nivel bastante agregado, la clase de transformaciones sociales a que está dando lugar el proceso de envejecimiento y la clase de respuestas que dan las políticas públicas. Me parece que está en juego una especie de opción entre políticas de tipo adaptativo, incrementalistas o marginalistas, frente a los distintos cambios que trae aparejado el proceso, encarando una a una las dificultades, y aun las crisis, con un enfoque sectorial; esto por una parte. O, como alternativa, buscar un enfoque más global y quizás más proactivo. Trataré de explicarme.

Durante mucho tiempo, digamos las primeras tres cuartas partes de este siglo, los adultos mayores, que constituían una población poco

¹ Secretario Ejecutivo Adjunto (rbajraj@eclac.cl).

numerosa, quedaban bastante al margen de lo que ocurría en la sociedad, incluyendo sus cambios. Salvo en comunidades con características excepcionales, este sector de la población era más bien marginal con respecto a la actividad productiva, la vida social y cultural y, por todo ello, no incidía mayormente en la toma de decisiones. Contribuía a este estado de cosas el mismo hecho de ser un grupo pequeño, económicamente dependiente y con las limitaciones propias de su desmedrada condición de salud. En consecuencia, no cumplía las condiciones mínimas para actuar como lo que hoy llamaríamos un grupo de presión, capaz de obtener determinadas reivindicaciones sociales. Quizás lo más importante era que la sociedad entera, y los adultos mayores en particular, creían que las cosas eran inexorablemente así. Los viejos, pocos, tenían una ubicación retóricamente respetada, pero en esencia marginal.

La época actual se caracteriza por profundos y acelerados cambios en la sociedad, que la afectan en muchos aspectos y en sus diversos estamentos. En particular, aquí se han analizado ampliamente las transformaciones demográficas y todo lo que ello implica. Entre estos cambios, se destaca el hecho de que la población de adultos mayores comienza a crecer muy marcadamente en términos absolutos y relativos y, por lo tanto, adquiere un peso mucho mayor y está en vías de constituirse en una “minoría” social más significativa.

Por su proporción son más importantes, pero también por razones cualitativas. Por ejemplo, es cada vez mayor la cobertura de los sistemas de pensiones y de salud, aun si en muchas partes resulta todavía insuficiente. Los progresos en ambos frentes tienden a disminuir la dependencia económica de estas personas. Además, el avance tecnológico y las políticas sociales adecuadas ofrecen a quien esté afectado por limitaciones propias de su edad, la posibilidad física de continuar participando en buena medida en la actividad productiva. Hablo de la posibilidad física. Las discapacidades que surgen con la edad, tales como el deterioro de la visión y la audición, la dificultad para caminar, no son hoy en día necesariamente un impedimento absoluto para que el adulto mayor se desenvuelva por sus propios medios en su vida cotidiana, y además pueda continuar haciendo su aporte a la sociedad.

En síntesis, por razones de número y de calidad perdería validez el modelo de marginalización que primó a lo largo de muchos años de historia. Las cosas han cambiado. Ya en América Latina hay manifestaciones de organización de subgrupos de tercera edad, como los jubilados, que pueden expresar sus demandas y aun ejercer un poco de presión política.

Pasamos entonces de una minoría pequeña y más o menos conforme, a una minoría que crece y que ya no se conforma fácilmente. Ese es un hecho que provoca acciones de políticas públicas. Por otra parte, entran en tensión instituciones sociales diseñadas para la estructura etaria antigua, como los sistemas de pensiones, de atención de salud y los arreglos familiares para la convivencia con los ancianos, entre otras. Todo eso se analizó en el seminario y no hace falta abundar. Son los problemas objetivos que es necesario resolver.

Me parece que en los países de América Latina y el Caribe, simplificando y esquematizando bastante, se podrían dar dos posturas. En primer lugar, una especie de resistencia a aceptar la globalidad del cambio y su carácter multifacético, como decía Carmen Miró, y una propensión a adoptar solamente medidas paliativas, a medida que se presentan o eclosionan los problemas. Generalmente, estas medidas suelen ser algo tardías y no superan los problemas de fondo. Por ejemplo, prolongar un par de años la edad de retiro en un sistema de pensiones de reparto que se hunde. Esto lo hace el ministerio de previsión social. O tratar de ampliar el presupuesto cuando hay una crisis de camas para internados por enfermedades propias de la tercera edad. Esto lo hace otro ministerio. Esto se puede entender.

Me alegró que el profesor Golini haya resaltado el carácter de ‘silencioso y lento’ del envejecimiento, porque lo tiene, desde el punto de vista de las políticas públicas. Un presidente dura cinco años; un ministro, menos aún. Para él o ella, el proceso de envejecimiento es como la aguja horaria, que parece no moverse.

La otra postura sería la de tratar de tener una concepción clara de que los cambios que están ocurriendo constituyen una transformación de gran envergadura, que incide profundamente en la organización y muchos arreglos sociales y que, por lo tanto, es necesario volver a definir completa y profundamente la ubicación y el rol de la tercera edad en la sociedad.

Si esto último es lo más conveniente, es importante que el consecuente (y largo) debate social se dé **ahora**, antes de que el avance del proceso y el entramado de las políticas paliativas configuren una estructura disfuncional con respecto a la sociedad y que, además, deje insatisfechos a todos, tanto a los afectados como a los gobernantes.

No estoy diciendo que hay que emprender un ambicioso intento de reingeniería social, con un plan maestro, y otros elementos. Digo que hay que tratar de imaginar un escenario plausible en **todas** sus dimensiones y juzgar cada medida de política pública no sólo por su funcionalidad en términos del problema inmediato que pretende enfrentar —cosa que hay que seguir haciendo— sino también por su funcionalidad respecto del escenario completo.

Por ejemplo, sabemos que actualmente las personas de 64 años de edad están en iguales o mejores condiciones de participar en la actividad productiva que una de 59 años en la década de 1940. Esta razón, por sí sola, sería la más importante para elevar la edad de retiro. Sin embargo, se intenta hacerlo únicamente cuando es necesario superar una coyuntura deficitaria del régimen previsional. Y, por el contrario, hemos visto casos en que se adelanta el retiro para descongestionar la oferta de trabajo o para disminuir la cuenta de salarios del presupuesto público. Esto significa que lo que ocurra con la edad de retiro puede coincidir, **por otras razones**, con lo que sería bueno, teniendo en cuenta las potencialidades y necesidades de la tercera edad y su rol en la sociedad. Pero también puede **no** coincidir.

Por otra parte, un mayor grado de desarrollo, que conlleva mayores deseos y mayores posibilidades de satisfacción de las necesidades materiales, plantea a la sociedad la disyuntiva de maximizar los niveles de consumo material en cada momento del tiempo, o bien dedicarse, total o parcialmente, a tareas que en principio no se consideran económicamente productivas, como el descanso, el disfrute de actividades culturales y de recreación, o el apoyo familiar de hijos y nietos, e incluso bisnietos. Respecto de estas opciones, el régimen previsional tendría que considerar si no debiera dejarse un espacio a la decisión individual, a los arreglos de tiempo parcial y otros.

La sociedad también deberá redefinir el rol de la población de adultos mayores en relación con la transferencia del conocimiento. Antes de la transición demográfica, en etapas si se quiere menos avanzadas del conocimiento técnico y científico, algunas personas de edad tenían un rol en la acumulación, transmisión y utilización de este conocimiento, del cual eran eminentes depositarios. Había un papel establecido para algunos ancianos “elegidos” para esta función, quienes proyectaban una imagen de respetabilidad y admiración que, en alguna medida, se extendía a todos los demás ancianos. Se identificaba edad avanzada con “sabiduría”.

En la fase actual del desarrollo científico y tecnológico, una de las características es la aceleración del cambio, lo que le resta bastante validez a ese rol que tenían los adultos mayores en épocas pasadas. ¿Qué hace ahora la sociedad ante esto? ¿Asume esta situación con pasividad o busca formas de recuperar y enriquecer esa función? Los métodos que se adopten, ya sean educación permanente, formas de reciclaje u otras implican tomar medidas antes de llegar a la tercera edad. En general, como sucede más claramente en el ámbito de la salud, lo que llegemos a ser como adultos mayores en cuanto a nuestras capacidades para absorber conocimiento, dependerá de todo lo que nos suceda antes de llegar a esa etapa de la vida.

Creo que se puede decir, combinando todos esos elementos, que es importante abordar el debate sobre **el conjunto** de los cambios que requieren la estructura y el funcionamiento de la sociedad para que, tomando en cuenta otras transformaciones y procesos (avance técnico,

globalización), se constituya esta nueva sociedad en un ámbito más propicio al bienestar de todos sus grupos etarios.

Yo no sé cómo se organiza tal debate; seguramente no con un gran seminario nacional, ya que esfuerzos como el presente Encuentro pueden ser un buen comienzo (por su carácter multifacético), pero está claro que hay que interesar a muchas más personas en la discusión. Me parece que habría que buscar la participación de los políticos, los filósofos, los historiadores y, sobre todo, de la sociedad civil misma, y en múltiples foros y mecanismos.

Desearía terminar reiterando que una buena parte de estas ideas están mencionadas, o implícitas, en varios trabajos aquí presentados: el de Golini, el de Tabaré Vera, el de Wendell Samuel, el de Gary Andrews, el de José Alberto, el de Benítez Zenteno. Yo no traté de identificar a cada uno en mi intervención, y mucho menos de citarlos a todos, para ahorrar tiempo, pero son la fuente de este comentario.

Anexo

Lista de participantes

Antillas Neerlandesas

Helen Albert-Jansen

Miembro de Directiva

Unión Pensionado Antillas Holandesas (U.P.A.H.)

Teléfono: (599-9) 0681710

Fax: (599-9) 465-3634

Vivienne Leander-Daflaar

Department for Welfare Family &

Humanitarian Affairs

Teléfono: (599-9) 736-7266

Fax: (599-9) 736-7479

E-mail: dwghz@jbm.net

Argentina

Jorge Alberto Aromando

Director Editorial

Revista de la Escuela de Economía y Negocios

Universidad Nacional de General San Martín

Teléfono: (5411) 4580-7250

E-mail: jaromando@arnet.com.arjorge.aromando@unsam.edu.ar**Dora Celton**

Directora Maestría en Demografía

Universidad Nacional de Córdoba-CONICET

Teléfono: (54-351) 4332086

Fax: (54-351) 4332087

E-mail: decelton@ffyh.unc.edu.ar**Fabiana Del Popolo**

Investigadora

Fundación Bariloche

Teléfono: (54-29) 442-2050

Fax: (54-29) 442-1882

E-mail: faubus@bariloche.com.ar**Silvia Lépure**

Directora General de Estadística y Censos

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: (5411) 4307-6065

Fax: (5411) 4307-6041

E-mail: slépure@buenosaires.gov.ar

María Emilia Osorio

Consultora
Subsecretaría de Desarrollo Sociodemográfico
de la Provincia de Buenos Aires
Teléfono: (5411) 4148-6854
Fax: (5411) 4629-2255
E-mail: oporto@infostar.com.ar

Leandro Diego Reboiras

Asesor Técnico
Subsecretaría de Población
Teléfono: (5411) 4342-9500
Fax: (5411) 4342-5024
E-mail: reboiras@cvtci.com.ar

Zulma Recchini de Lattes

Consultora
CELADE/FNUAP
Teléfono: (5411) 4523-8293
Fax: (5411) 4523-8293
E-mail: lattes@satlink.com

Australia

Gary Andrews

Profesor y Director
International Association of Gerontology-Centre for Ageing Studies
Teléfono: 6/8 82017552
Fax: 6/8 82017551
E-mail: g.andrews@flinders.edu.au

Bahamas

Carolyn Hepburn

Assistant Director
Ministry of Housing and Social Development
Teléfono: (242) 326-0451
Fax: (242) 232-8672

Barbados

Anselm J. Hennis

Lecturer in Medicine
University of the West Indies
School of Clinical Medicine and Research
Teléfono: (246) 246-6416 / 429-5112
Fax: (246) 429-6738
E-mail: ahennis@caribsurf.com

Belice

Sandra Paredes
Population Policy Planner
Ministry of Human Development,
Women and Youth
Teléfono: (501) 8-22161
Fax: (501) 8-23175
E-mail: pumhd01@belize.gov.bz

Bolivia

Jarmila Moravek de Cerrujo
Viceministra
Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia
Teléfono: (591-2) 225-040
Fax: (591-2) 225-464
E-mail: generacionales@yahoo.com

Brasil

José Alberto Magno de Carvalho
Director
CEDEPLAR
Universidad Federal de Minas Gerais
Teléfono: (5531) 201-3253
Fax: (5531) 201-3253
E-mail: carvalho@cedeplar.ufmg.br

Gilson Assis Dayrell
Asesor
Ministerio de Trabajo
Teléfono: (061) 317-6560
Fax: (061) 321-2625
E-mail: asise@mte.gov.br

Luiz Roberto Ramos
Chefe da Disciplina de Geriatria
Universidade Federal de São Paulo
Teléfono: (5511) 576-4432
Fax: (5511) 573-6908
E-mail: lrr@uol.com.br

Chile

Cecilia Albala
Investigadora Principal Proyecto SABE
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)
Universidad de Chile
Teléfono: (56-2) 678-1460

María Eugenia Arenas

Psicóloga

Comité Nacional para el Adulto Mayor

Teléfono: (56-2) 632-0938

Fax: (56-2) 632-0979

E-mail: ComiteAdultoMayor@minsegpsres.cl

Alberto Arenas de Mesa

Jefe Departamento de Estudios

Dirección de Presupuestos

Ministerio de Hacienda

Teléfono: (56-2) 671-7113 Anexo 847

Fax: (56-2) 688-4240

E-mail: aad@dipres.cl

Suzanne Aurelius

Asesora

CEPAL/CELADE

Teléfono: (56-2) 210-2029

Fax: (56-2) 208-0196

E-mail: saurelius@eclac.cl

Carmen Barros Lezaeta

Socióloga

Comité Nacional para el Adulto Mayor

Teléfono: (56-2) 686-4651

Fax: (56-2) 552-6346

Paula Benavides

Economista

Departamento de Estudios DIPRES

Ministerio de Hacienda

Teléfono: (56-2) 6717113-247

Albino Bocaz

Estadístico Demógrafo

Jubilado CELADE

Teléfono: (56-2) 221-6897

Alicia Bórquez Ebner

Directora de Capacitación

Centro para la Investigación y el Desarrollo (CID)

Teléfono: (56-2) 228-2595

Fax: (56-2) 274-1204

E-mail: cidali@entelchile.net

Irene Burlé

Coordinadora del Proyecto
PNUD / Comité Nacional para
el Adulto Mayor de Chile
Teléfono: (56-2) 632-0938
Fax: (56-2) 632-0979
E-mail: ComiteAdultoMayor@minsegpres.cl

Clara Bustos Zemelman

Directora Programa Adulto Mayor
Centro para la Integración y el Desarrollo (CID)
Teléfono: (56-2) 279-8100
Fax: (56-2) 279-8100
E-mail: cidali@entelchile.net

Lucia Fernández Braccesi

Gerentólogo Social
Miembro del Comité
Comité Nacional para el Adulto Mayor
Teléfono: (56-2) 632-0938
Fax: (56-2) 633-4791

Carola García

Investigadora Proyecto SABE
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)
Universidad de Chile
Teléfono: (56-2) 678-1460

María Olga González

Pedagoga
Teléfono: (56-2) 220-3353

Ricardo Halabí

Director
Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)
Ahumada 48, piso 8
Teléfono: (56-2) 241-6500

Mario La Fuente

Presidente
Asociación de Ex Funcionarios de las Naciones Unidas (AFICS)
Teléfono: (56-2) 210-2173
Fax: (56-2) 212-8690
E-mail: mlafuente@entelchile.net

Marta Larrachea de Frei

Primera Dama de Chile
Teléfono: (56-2) 690-4821

Mónica Maluenda

Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN)
Teléfono: (56-2) 695-1400

Mario Marcel

Director Ejecutivo por Chile
BID-Washington
Teléfono: (1-202) 974-3250
Fax: (1-202) 623-3574

Gloria Novoa A.

Orientadora en Relaciones Humanas y Familia
Comité Nacional para el Adulto Mayor
Teléfono: (56-2) 632-0938
Fax: (56-2) 632-0979
E-mail: ComiteAdultoMayor@minsepres.cl

María Verónica Orellana

Subdirectora
Programa Adulto Mayor
Pontificia Universidad Católica de Chile
Teléfono: (56-2) 686-6561
E-mail: gvaldivi@puc.cl

Manuel Pereira López

Educador y Secretario Ejecutivo
Comité Nacional para el Adulto Mayor
Teléfono: (56-2) 632-0938
Fax: (56-2) 632-0979
E-mail: ComiteAdultoMayor@minsepres.cl

Ana María Pinto

Asesora Demografía en Planificación y Gestión
División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial
Ministerio de Salud
Teléfono: (56-2) 630-0518 / 630-0520
Fax: (56-2) 630-0529
E-mail: redasis@minsal.cl

Patricio Ríos

Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN)
Teléfono: (56-2) 695-1400

Juan Mario Serón Alumini

Prorector
Universidad de Santiago de Chile
Teléfono: (56-2) 681-1257
Fax: (56-2) 682-5706
E-mail: jseron@lauca.usach.cl

Juana Silva Opazo

Directora
Instituto Nacional de Geriátría
Presidente Eduardo Frei Montalva
Teléfono: (56-2) 236 2573
Fax: (56-2) 235 9103

Enrique Suarez Casanova

Economista Departamento de Estudios
Ministerio de Hacienda
Teléfono: (56-2) 671-7113
E-mail: jsc@dipres.cl

Erica Taucher

Profesora Titular – Médico
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)
Universidad de Chile
Teléfono: (56-2) 678-1407
Fax: (56-2) 221-4030
E-mail: etaucher@ctcreuna.cl

Alfonso Uribe

Asesor
Ministerio Secretaría General de la Presidencia
Teléfono: (56-2) 694-5803
Fax: (56-2) 699-3900
E-mail: auribe@minsepres.cl

Gustavo Villalón

Demógrafo
Instituto Nacional de Estadística (INE)
Teléfono: (56-2) 366-7635
Fax: (56-2) 671-2169
E-mail: inesdadm@reuna.cl

Jorge Villalón

Demógrafo
Instituto Nacional de Estadística (INE)
Teléfono: (56-2) 366-7636
Fax: (56-2) 671-2169
E-mail: inesdadm@reuna.cl

Colombia**Ulpiano Ayala**

Investigador Asociado
Fedesarrollo Colombia
Teléfono: (57-1) 312-5300
Fax: (57-1) 212-6073
E-mail: uayala@fedesarrollo.org.co

Manuel Rincón

Asesor Dirección Técnica de Censos
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Teléfono: (57-1) 222-1100
Fax: (57-1) 222-1845
E-mail: dsaig@multiphone.net.co

José Olinto Rueda

Asesor de la Dirección Técnica de Censos
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Teléfono: (57-1) 222-1100
Fax: (51-1) 222-2305
E-mail: dane@dane.gov.co

Dominica

Gertrude Roberts

Minister of Government
Ministry Community Development and Womens Affairs
Teléfono: (767) 448-2401 ext. 3371
Fax: (767) 449-8220

Matilda Royer

Chief Welfare Officer
Welfare Division
Ministry of Community Development
Teléfono: (767) 448-7401 / 3019
Fax: (767) 449-8770

Costa Rica

Giovanna Clare García

Asesora del Área de Inversión Social
Oficina de la Primera Dama de Costa Rica
Teléfono: (506) 224-0221
Fax: (506) 224-0863
E-mail: gclare@casapres.go.cr

Maria Alexandra Clare García

Coordinadora Programa Adulto Mayor
Oficina de la Primera Dama de Costa Rica
Teléfono: (506) 224-0221
Fax: (506) 224-0863
E-mail: gclare@casapres.go.cr

Cuba

Juan Carlos Alfonso Fraga

Director
Centro de Estudios de Población y Desarrollo
Oficina Nacional de Estadísticas
Teléfono: (53-7) 304-467
Fax: (53-7) 333-083
E-mail: juancarlos@onered.one.gov.cu

Santos Prieto Fernández

Director de Asistencia y Prevención Social
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Teléfono: 550051 / 550000
Fax: 35816
E-mail: mtssasoc@ceniai.inf.cu

Enrique Vega García

Director Nacional de Atención al
Adulto Mayor y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP)
Teléfono: (53-7) 333-864
Fax: (53-7) 333-319
E-mail: vega@infomed.sld.cu

Ecuador

Leonardo Carrión Eguiguren

Ministro de la Embajada del Ecuador
Embajada del Ecuador en Chile
Teléfono: (56-2) 231 5073
Fax: (56-2) 232-5833

El Salvador

María Elena Guardado de López

Directora Departamental de Salud Medicas
Ministerio de Salud
Teléfono: (503) 2238135
Fax: (503) 2985930
E-mail: pacor@com.sv

España

Gerardo Zaldívar

Ministro Consejero
Embajada de España en Chile
Teléfono: (56-2) 235 2755

Estados Unidos

Axel Feller

Chief Gastroenterology and Geriatrics Physician
Veterans Affairs Medical Center
Chicago Medical School
Teléfono: (847) 688-1900 ext. 6035
Fax: (847) 578-0202
E-mail: axel.feller@med.va.gov

Carmelo Mesa-Lago

Distinguished Professor of Emeritus
Universidad de Pittsburg. Department of Economics
Teléfono: (412) 648-2828
Fax: (412) 521-1273
E-mail: cmesa+@pitt.edu

Alberto Palloni

Profesor
Center for Demography and Ecology
University of Wisconsin – Madison
Teléfono: (608) 262-6126
Fax: (608) 262-8400
E-mail: palloni@facstaff.wisc.edu

Lawrence Thompson

Senior Fellow (The Urban Institute)
President (The National Academy)
The Urban Institute & The National Academy of Social Insurance
Teléfono: (1-202) 261-5526
Fax: (1-202) 728-0232
E-mail: lthomps@ui.urban.org

Steven Wallace

Associate Professor
University of California-Los Angeles
School of Public Health, UCLA
Teléfono: (310) 206-3578
Fax: (310) 825-5960
E-mail: swallace@ucla.edu

Francia

Jean-Marie Robine

Démographe
INSERM
Centre Val d'Aurelle
Teléfono: 33 467 61 30 43
Fax: 33 467 61 30 47
E-mail: robine@valdorel.fnclcc.fr

Jacques Véron

Démographe, Délégué aux
Relations Internationales
Institut National d'Études Démographiques (INED)
Teléfono: 33 1 56 06 21 76
Fax: 33 1 56 06 21 94
E-mail: veron@ined.fr

Guatemala**Romeo Ordoñez Quiñones**

Coordinador Área de Atención al Adulto Mayor
Ministerio de Cultura y Deportes
Teléfono: (502) 220-0542
Fax: (502) 232-7022

Londy Anabella Yanes

Comité Nacional de Protección a la Vejez
Teléfono: (502) 331 1005 Ext. 221
E-mail: gamora@paho.org.gt

Italia**Antonio Golini**

Professor of Demography and Director
Departamento de Demografía
Universidad de Roma "La Sapienza"
Teléfono: (39-06) 4991-9532 / 9534
Fax: (39-06) 8530-3374
E-mail: golini@dsd.sta.uniroma1.it

Santina de Golini

Sicóloga
Teléfono: (39-06) 4991-9532 / 9534
Fax: (39-06) 8530-3374

Jamaica**Anatol Clark-Allwood**

Ministerio de Salud
Teléfono: (1-876) 967-4626
Fax: (1-876) 967-5189
E-mail: penamanu@jam.paho.org

Norma Newman

Senior Demographer
The Planning Institute of Jamaica (PIOJ)
Teléfono: (1-876) 906-4463 / 906-4468
Fax: (1-876) 906-5011
E-mail: aoccer@mail.colis.com

Japón

Shigemi Kono

Professor of Demography
Universidad de Reitaku
Escuela Internacional de Economía
Teléfono: (0471) 733-443
Fax: (0471) 731-100
E-mail: kono@ac.mbn.or.jp

Michio Ozaki

Development Specialist
Japan International Cooperation Agency
Teléfono: (81-3) 3269-3851
Fax: (81-3) 3269-6992
E-mail: m-ozaki@jica.go.jp

México

Eunice Bañuelos

Coordinadora Técnica
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)
Teléfono: 5722-55-52
Fax: 5722-55-52
E-mail: bfeunice@mbc.inegi.gob.mx

Raúl Benítez Zenteno

Investigador Emérito
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Teléfono: 5622-7564
Fax: 622-7394
E-mail: benitez@servidor.unam.mx

Carlos Armando Biebrich Torres

Subsecretario de Previsión Social
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Teléfono: 5449-2185
Fax: 5449-2185
E-mail: Biebrich@stps.gob.mx

María Biebrich

Orientadora Familiar
Secretaría del Trabajo
Teléfono: (54)492-185

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Jefe de la Clínica de Geriatría
Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zuriban”
Teléfono: (525) 655-9362
Fax: (525) 655-9362
E-mail: luisgr@quetzal.innsz.mx

Virgilio Partida

Director de Investigación Demográfica
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Teléfono: 55 59-1306
Fax: 55 591-306
E-mail: vpartida@dfi.telmex.net.mx

Elda Paz Gutiérrez

Primer Secretario
Embajada de México en Chile
Teléfono: (56-2) 206-6157
Fax: (56-2) 206-6146/7
E-mail: embamex@ia.cl

Cristina Pizzonia Barrionuevo

Profesora Investigadora Titular
Universidad Autónoma Metropolitana
Teléfono: 5724-5091
Fax: 5724-5090
E-mail: pizzonia@hotmail.com

Carlos Tirado

Coordinador General de Asuntos Internacionales
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Teléfono: 56 45-4218
E-mail: ctirado@stps.gob.mx

Nicaragua**Natalia Barillas de Montiel**

Vice Ministra
Ministerio de la Familia
Teléfono: (505) 267-1747
Fax: (505) 278-1843
E-mail: macuadra@ibw.com.ni

Panamá**Zulmika Herbert**

Sub-Directora del Programa de Adultos Mayores
Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia
Teléfono: (507) 236-4404
Fax: (507) 279-1526
E-mail: minjufa@sinfo.net

Carmen Miró

Demógrafa
Coordinadora de Investigación
Centro de Estudios Latinoamericanos (CELA)
“Justo Arosemena”
Teléfono: (507) 223-0028
Fax: (507) 269-2032
E-mail: celaja@pty.com

Ricardo Sandoval Murillo

Sub-Jefe del Programa de la Tercera Edad
Caja de Seguro Social
Teléfono: (507) 262-0454
Fax: (507) 225-5650
E-mail: rsanpan@sinfo.net

Paraguay

Roberto César Cino Garcete

Director
Dirección de Bienestar Social. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Teléfono: (595-21) 446-419
Fax: (595-21) 493-693
E-mail: dgbs@rieder.net.py

Perú

Karina Olivas

Jefa de la Oficina de Población
Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano – PMOMUDEH
Teléfono: (51 1) 428-7516
Fax: (51 1) 427-5846
E-mail: kolivas@lima.promudeh.gob.pe

República Dominicana

Rosa Terrero

Directora General Protección a la Vejez
Secretaría de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social
Teléfono: (1-809) 562-1519
Fax: (1-809) 544-0322
E-mail: sgross@dor.ops.oms.org

Saint Kitts y Nevis

Wendell Samuel

Senior Director, Research and Information
Eastern Caribbean Central Bank (ECCB)
Teléfono: (869) 465-2537
Fax: (869) 465-5615
E-mail: eccbrei@caribsurf.com

Saint Lucia

Sarah Flood-Beaubrun

Minister
Ministry of Health and Human Services
Teléfono: (758) 453-6966
Fax: (758) 452-5655

Trinidad y Tabago

Nizam Baksh

Parliamentary Secretary
Ministry of Social and Community Development
Teléfono: (1-868) 627-2443
Fax: (1-868) 624-7727
E-mail: minsocm@tstt.net.tt

Antonia Popplewell

Director Social Planning and Research
Ministry of Social and Community Development
Teléfono: (1-868) 625-5171
Fax: (1-868) 624-7727
E-mail: minsocm@tstt.net.tt

Uruguay

Ana María Damonte

Asesora
Instituto Nacional de Estadística (INE)
Teléfono: 9032878
Fax: 9032881
E-mail: adamonte@ine.gub.uy

Guillermo Manito

Instituto Nacional de Adulto Mayor (INSAM)
Ministerio de Salud Pública
Teléfono: (598-2) 400-0101 / 02 / 03

Tabaré Vera

Coordinador General
Programa Reforma Seguridad Social
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Teléfono: (598-2) 901-3816
Fax: (598-2) 901-3805
E-mail: prss@adinet.com.uy

Juan Carlos Veronelli

Consultor
Naciones Unidas en Uruguay
Teléfono: 622-1083
Fax: 622-1083
E-mail: magarlos@adinet.com.uy

Venezuela

Nuvia del Carmen Aristimuño

Director General Sectorial de Seguridad Social
Ministerio del Trabajo
Proyecto de Reforma de la Seguridad Social
Teléfono: (58) 991-5043
Fax: (58) 991-1357
E-mail: prorsegs@platino.gov.ve

Organismos de Naciones Unidas

CEPAL

Reynaldo Bajraj

Secretario Ejecutivo Adjunto
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2000
Fax: (56-2) 208-0252
E-mail: rbajraj@eclac.cl

Daniel S. Blanchard

Director
División de Población-CELADE
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2021
Fax: (56-2) 208-0196
E-mail: dblanchard@eclac.cl

Jorge Bravo

Experto en Población
División de Población-CELADE
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2007
Fax: (56-2) 208-0196
E-mail: jbravo@eclac.cl

Juan Chackiel

Jefe, Área Demografía
División de Población-CELADE
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2001
Fax: (56-2) 208-0196
E-mail: jchackie@eclac.cl

Dirk Jaspers Faijer

Jefe, Área Capacitación e Información sobre Población en América Latina
División de Población-CELADE
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2002
Fax: (56-2) 208-0196
E-mail: djaspers@eclac.cl

Arturo León

Oficial de Asuntos Sociales
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2594
Fax: (56-2) 208-0252
E-mail: aleon@eclac.cl

José Antonio Ocampo

Secretario Ejecutivo
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2000
Fax: (56-2) 208-0252
E-mail: jaocampo@eclac.cl

Luis Rivadeneira

Consultor
División de Población-CELADE
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Teléfono: (56-2) 210-2094
Fax: (56-2) 208-0196
E-mail: lrivadeneira@eclac.cl

Daniel Titelman

Experto

División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Teléfono: (56 2) 210-2125

Fax: (56 2) 208-0252 / 208-1946

E-mail: dtitelman@eclac.cl

Andras Uthoff

Experto

División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Teléfono: (56-2) 210-2268

Fax: (56-2) 208-0252 / 208-1946

E-mail: authoff@eclac.cl

Miguel Villa

Jefe, Área de Población y Desarrollo

División de Población-CELADE

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Teléfono: (56-2) 210-2092

Fax: (56-2) 208-0196

E-mail: mvilla@eclac.cl

FNUAP

Joëlle Barbot-Coldevin

Asesora en Equidad de Género

Equipo de Apoyo Técnico

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Teléfono: (525) 250-7749

Fax: (525) 203-7575

E-mail: joelle.barbot@eat.org.mx

Stan Bernstein

Senior Research Adviser

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Teléfono: (212) 297-5039

Fax: (212) 557-6416

E-mail: bernstein@unfpa.org

Gustavo Estrada Galindo

Coordinador CPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Teléfono: (502) 337-0108

Fax: (502) 337-5701

E-mail: gestrada@fnuap.org.gt

Alfonso Farnos

Oficial Nacional

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Teléfono: (53-7) 242-491

Fax: (53-7) 241-516

E-mail: alfonso.farnos@undp.org

Rogelio Fernández-Castilla

Representante para Perú, Chile y Paraguay

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Teléfono: (51-1) 221-0490

Fax: (51-1) 221-2628

E-mail: rfernand@pnudpe.org.pe

Kerstin Trone

Deputy Executive Director (Programme)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)

Teléfono: (212) 297-5118

Fax: (212) 297-4911

E-mail: trone@unfpa.org

Naciones Unidas**Joseph Chamie**

Director

División de Población

Naciones Unidas

Teléfono: (212) 963-3179

Fax: (212) 963-2147

E-mail: chamiej@un.org

Anatoly Zoubanov

Population Affairs Officer

Population Division/DESA

United Nations Secretariat

Teléfono: (212) 963-3214

Fax: (212) 963-2147

E-mail: zoubanov@un.org

OEA**Juan Guillermo Espinoza**

Representante de la Secretaría General de la Organización de los Estados

Americanos (OEA) en Chile

Secretaría General de la OEA

Teléfono: (56-2) 235-0635 / 235-0717

Fax: (56-2) 235-0415

E-mail: oeachile@ctcreuna.cl

OIM

Günther Müssig

Jefe de Misión
Organización Internacional para
las Migraciones (OIM)
Teléfono: (56-2) 274-6713
Fax: (56-2) 204-9704
E-mail: iomsantiago@iom.int

OIT

Alejandro Bonilla

Subdirector Regional
Organización Internacional del Trabajo (OIT)
Teléfono: (51 1) 221-2565
Fax: (51 1) 421-5292
E-mail: bonilla@ilolim.org.pe

OPS/OMS

David Brandling-Bennett

Director Adjunto
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Teléfono: (202) 974-3178
Fax: (202) 974-3608
E-mail: bennetdb@paho.org

Marcela Ferrer

Residente en Salud Internacional
Programa Políticas Públicas y Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS)

Ana Cristina Nogueira

Representante en Chile
Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS)
Teléfono: (56-2) 264-9300
Fax: (56-2) 264-9311
E-mail: nogueira@chi.ops-oms.org

Martha Peláez

Asesora Regional en Envejecimiento y Salud
Programa de Salud de la Familia y Población
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Teléfono: (202) 974-3250
Fax: (202) 974-3694
E-mail: pelaezma@paho.org

PNUD

Sylvia Broder

Asistente Principal de Programa
Programa de las Naciones Unidas para
el Desarrollo (PNUD)
Teléfono: (56-2) 337-2452
Fax: (56-2) 337-2444
E-mail: sylvia.broder@undp.org

Thierry Lemaesquier

Representante Residente
Programa de las Naciones Unidas para
el Desarrollo (PNUD)
Teléfono: (56-2) 337-2461
Fax: (56-2) 337-2444
E-mail: thierry.lemaesquier@undp.org

María José Moreno Ruíz

Oficial de Programa, JPO
Programa de las Naciones Unidas para
el Desarrollo (PNUD) / Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP)
Teléfono: (56-2) 337-2400
Fax: (56-2) 337-2444
E-mail: maria.jose.moreno@undp.org

Participantes del Programa Global del FNUAP y la Universidad de Chile

Brasil

José Ribeiro Soares Guimarães

Bolivia

Milenka Figueroa Cárdenas

Chile

Claudia Gutiérrez

Colombia

Miyorlandi Fajardo Valenzuela
Ciro Alfonso Serna Mendoza

Cuba

Enrique Frómeta Sánchez
Tania Gómez Blanco
Lillian Méndez Sánchez

Ecuador

Elba Gutiérrez Saavedra

Guatemala

Luis Arroyo

Honduras

Elena Cacho

México

Eugenio Herrera

Nicaragua

Pedro Pérez

Paraguay

Norma Medina Roa

República Dominicana

Martha Báez
Guillermo Vásquez-Reyes

Participantes XII Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico, CELADE

Bolivia

Mariana Butrón

Brasil

Valéria Troncoso

Chile

Daniela González
Cecilia Miranda

Ecuador

Liliana Carmen Rivadeneira

Panamá

Priciano Reyes Arenas

Paraguay

Edith Marlene Arrúa Sosa
Juana Beatriz Cuevas
Mary González

Perú

Elva Dávila Tanco

Venezuela

María Lucero Velásquez



Serie

seminarios y conferencias

Números publicados

- 1 Hernán Santa Cruz Barceló: un homenaje en la CEPAL (LC/L.1369-P), N° de venta: S.00.II.G.59 (US\$ 10.00), 2000.
- 2 Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad (LC/L.1399-P), N° de venta: S.00.II.G.88 (US\$ 10.00), 2000.

-
- Los números de esta serie se pueden solicitar a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
 - **www** : Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: