



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

“EL CUIDADO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES. UN ANÁLISIS DESDE LA  
DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA Y DE GÉNERO”

Tesis presentada por  
EMELY ESTEFANÍA MAX MONROY

Para optar por el grado de  
DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Codirectoras de tesis  
DRA. BRÍGIDA DEL CARMEN GARCÍA GUZMÁN  
DRA. OLGA LORENA ROJAS MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 11 DE DICIEMBRE DE 2020





CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Doctorado en Estudios de Población

Constancia de aprobación de tesis

Ciudad de México, 11 de diciembre de 2020

Codirectoras de tesis:

Dra. Brígida del Carmen García Guzmán

Dra. Olga Lorena Rojas Martínez

Aprobada por el Jurado Examinador

Sinodales propietarios

Presidente:

Dra. Ivonne Rosa Szasz Pianta

Firma: \_\_\_\_\_

Primer Vocal:

Dra. Olga Lorena Rojas Martínez

Firma: \_\_\_\_\_

Vocal Secretario:

Dra. Sagrario Garay Villegas

Firma: \_\_\_\_\_

Suplente:

Dra. Jéssica Natalia Nájera Aguirre

Firma: \_\_\_\_\_



## Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo de tesis a tres seres queridos que partieron de este plano en el periodo en que llevé a cabo estos estudios de doctorado, pero cuyo cariño y enseñanzas siempre atesoraré.

*A mi querido abuelo, Silvio Monroy Rebatta.* Su partida al inicio de este proyecto representó un duro golpe en mi vida, pues fue difícil empezar un nuevo reto sin la presencia de quien siempre me alentó a continuar estudiando, quien celebraba con especial entusiasmo mis logros y cuya compañía era siempre amena y reconfortante. De niña, ir de su mano me hacía sentir protegida y súper poderosa; y de adulta, caminar sujetando su brazo por las calles de mi querido Pisco, mirando siempre al frente como él decía, era de los momentos en que sentía un especial orgullo y fortaleza. En definitiva, me hace mucha falta su brazo con súper poderes, pero continúo caminando con la mirada al frente, con seriedad cuando se debe y carisma y buen humor siempre que se puede.

*A una bella abuela que adopté en mi corazón, Josefina Aguilar Nuño.* Su apertura por expresarme sus sentimientos y el poder observar de cerca la forma como la familia se organizó para brindarle cuidados, ha sido mi experiencia más cercana con el acceso a cuidados dignos en la vejez, a los que aspiro contribuir con al menos un granito de arena en el mar de cosas pendientes sobre el tema. Por ello, los recuerdos de sus tardes pintando sobre su mesita blanca, su sonrisa al recibarnos y sus pláticas en los atardeceres del bello Colima fueron grandes incentivos para continuar este proyecto, sobre todo en aquellos días en que el agobio y la fatiga parecían ganarle a la satisfacción y gusto por esta investigación.

*A mi querida profesora, Brígida del Carmen García Guzmán.* Me siento muy afortunada de haber contado en este proceso con la compañía y guía de una investigadora como Brígida García, pero más aún por haber tenido la oportunidad de compartir camino con una persona tan inspiradora como lo era mi querida profesora. Su partida me llevó a recordar lo difícil que es dejar ir a aquellos que tanto queremos, el camino que a veces necesitamos recorrer para perdonarnos por lo que hicimos o dejamos de hacer por ellos y lo necesario que es dejar salir las emociones para sobrellevar nuestros procesos de duelo.



## **Agradecimientos**

A quienes conforman la comunidad de El Colegio de México, por la excelente labor que desempeñan día a día.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Fundación Colmex y la Fundación BBVA por las becas otorgadas.

A mis codirectoras de tesis, la Dra. Brígida del Carmen García Guzmán y la Dra. Olga Lorena Rojas Martínez. Un sincero agradecimiento a ambas por el acompañamiento en este proceso, por la paciencia y el tiempo donado en aras de esta investigación.

A mi lectora de tesis, Dra. Sagrario Garay Villegas, por su detallada revisión de esta investigación, sus atinadas sugerencias y sus revisiones de estilo.

A mis profesores durante el doctorado por su dedicación al impartir clases y su disposición para resolver mis dudas. En especial a la Dra. Ivonne Szasz y la Dra. Jérica Nájera por su disponibilidad para sumarse y acompañarme a concluir este proceso.

A mi familia, por su apoyo incondicional.

A mi esposo, por su comprensión y cariño.

A mis amistades, las creadas en este proceso y las que han perdurado en el tiempo.





## **Resumen**

La presente investigación tiene por objetivo analizar los efectos de la desigualdad socioeconómica y de género en el acceso a cuidados en la edad avanzada y, particularmente, en identificar las desiguales condiciones en que éste ocurre, tanto para la población adulta mayor mexicana que lo recibe como para la población que lo brinda. Este trabajo cobra especial relevancia en un contexto en el que comienza a ser evidente el avance de la transición demográfica, y avizorarse la carga de cuidados que supone el incremento de una población que envejece con un estado de salud caracterizado por la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y de limitaciones funcionales.

Los principales aportes de esta tesis recaen en tres puntos en específico: contribuye a visibilizar cómo las desigualdades socioeconómicas y de género, presentes a lo largo de la vida, se manifiestan en condiciones desiguales de cuidado en la edad avanzada; brinda un acercamiento para conocer ciertas características de quienes fungen como proveedores de cuidados a hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales; y evidencia los efectos que tienen los cambios en los niveles de dependencia, los cambios en la composición de los hogares, y la disponibilidad de cuidados previos, sobre el acceso a cuidados de las personas envejecidas.

La fuente de datos con la que se trabaja en este estudio es la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento de México (ENASEM). Esta encuesta tiene por población objetivo a personas de 50 y más años y a sus parejas independientemente de la edad, y tiene la ventaja de recuperar información tanto de la persona adulta mayor como de los corresidentes e hijos no corresidentes, y de haber seguido a la población en distintos puntos en el tiempo. Ello facilitó la exploración de los dos sujetos intervinientes en el cuidado, quien los recibe y quien los provee; y un análisis que permitió identificar los efectos sobre el cuidado de la composición de los hogares y el estado de salud de las personas mayores desde una mirada dinámica.

El trabajo se divide en seis capítulos. En el primer capítulo se hace una revisión teórico conceptual de los cuidados, a partir de los análisis en torno al tema desde las ciencias sociales, a fin de comprender la complejidad de su estudio y la pertinencia de plantear una investigación que tenga como eje analítico la desigualdad socioeconómica y de género.

En el segundo capítulo se lleva cabo una revisión de los estudios interesados en el cuidado brindado a personas adultas mayores, a fin de ubicar áreas de oportunidad para su análisis y exponer el aporte de este trabajo. En el tercer capítulo se plantea una propuesta metodológica para estratificar a la población adulta mayor en términos de sus características socioeconómicas. Para ello, primero se lleva a cabo una revisión de investigaciones previas con este mismo interés, pero para el conjunto de la población en general, y posteriormente se procedió a explicar las dimensiones consideradas para la población adulta mayor en particular.

En el cuarto capítulo, se exploran las formas en que se configura el cuidado a hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales, con alguna limitación funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria, con el fin último de identificar patrones diferenciales por sexo y estrato social. Para esto se retoman características que dan cuenta de la predisposición, necesidad y condiciones habilitantes del cuidado.

En el quinto capítulo se exploran las características de quienes brindan cuidado a hombres y mujeres mayores, con el objeto de identificar patrones diferenciales de los cuidados prestados por sexo y estrato social de la persona mayor. Para ello se consideran características que dan cuenta de los roles comunes entre la persona cuidadora y la cuidada, el vínculo que existe entre ambas, la proximidad en términos de la coresidencia o no, la duración del compromiso que conlleva el cuidado y el tamaño de la red de que dispone la persona mayor.

En el sexto y último capítulo, se revisan los factores asociados al acceso a cuidados en la edad avanzada. Para ello se propone llevar a cabo un análisis estadístico de una muestra con representatividad nacional, en el que se busca someter a prueba los hallazgos alcanzados hasta ahora, teniendo en consideración los matices que la desigualdad socioeconómica y de género representa para el cuidado de este segmento de la población y adicionalmente se propone revisar los efectos de los cambios en los arreglos familiares y en los niveles de dependencia.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I. EL ESTUDIO DE LOS CUIDADOS EN LAS CIENCIAS SOCIALES. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b> .....	15
Introducción .....	15
De los cuidados invisibles a la economía de los cuidados. Un breve recorrido teórico .....	16
Planteamientos analíticos y conceptuales desde la Economía del Cuidado .....	18
<i>La economía del cuidado: los regímenes de bienestar y la organización social del cuidado</i> .....	18
<i>El concepto de cuidado</i> .....	22
Las desigualdades de género y clase como ejes teórico-analíticos en los estudios sociodemográficos ..	31
<i>Las desigualdades socioeconómicas y de género en la edad avanzada</i> .....	38
<b>CAPÍTULO II. EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES. ANTECEDENTES EN LOS ESTUDIOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b> .....	43
Introducción .....	43
Envejecimiento demográfico y acceso a cuidados en la edad avanzada. La evidencia europea .....	44
Desigualdad social, envejecimiento y cuidados. La evidencia en el contexto latinoamericano.....	58
El cuidado de personas mayores. Estudios en el contexto mexicano.....	69
<i>La persona adulta mayor que recibe cuidados. Primera aproximación para el análisis del cuidado</i> 70	
Características sociodemográficas y su relación con el acceso a cuidados .....	70
La presencia y progresividad de dificultades o limitaciones funcionales y el cuidado .....	76
La condición de residencia y los arreglos familiares frente a la recepción de cuidados en la edad avanzada .....	79
<i>La persona cuidadora de personas adultas mayores. Segunda aproximación para el análisis del cuidado</i> .....	82
Características sociodemográficas de la persona cuidadora.....	82
Condiciones en que la persona cuidadora brinda los cuidados a personas en edad avanzada.....	85
Propuesta para el análisis del cuidado a personas en edad avanzada .....	87
<b>CAPÍTULO III. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA ESTRATIFICAR A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR MEXICANA</b> .....	95
Introducción .....	95
Antecedentes .....	96
<i>Metodologías para segmentar a la población mexicana</i> .....	96
<i>Metodologías para segmentar a la población en edad avanzada</i> .....	104
Propuesta metodológica para estratificar a la población adulta mayor mexicana .....	109

<i>Sobre la fuente de información y la delimitación de la muestra</i> .....	109
<i>Sobre las dimensiones consideradas y tratamiento de las variables</i> .....	112
<i>Delimitando estratos sociales</i> .....	117
Conclusiones del capítulo.....	121
<b>CAPÍTULO IV. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES RECEPTORAS DE CUIDADOS. EVIDENCIAS DE PATRONES POR ESTRATOS SOCIALES</b> .....	125
Introducción .....	125
Dimensiones para caracterizar el cuidado recibido en la edad avanzada .....	126
Fuente de información y delimitación del universo de estudio .....	130
Análisis exploratorio de los cuidados recibidos por la población mayor con alguna limitación funcional .....	131
<i>Factor de predisposición a recibir cuidados en la edad avanzada</i> .....	132
<i>Factor de necesidad de recibir cuidados en la edad avanzada</i> .....	135
<i>Factor de características habilitantes para recibir cuidados en la edad avanzada</i> .....	137
Patrones del cuidado que reciben las personas mayores con limitaciones funcionales.....	145
<i>Patrones de hombres y mujeres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional</i> .....	147
Conclusiones del capítulo.....	151
<b>CAPÍTULO V. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS. EXPLORANDO PATRONES POR GRUPOS SOCIALES DE PERSONAS CUIDADAS EN LA EDAD AVANZADA</b> .....	155
Introducción .....	155
Dimensiones para caracterizar a las personas que brindan cuidados .....	156
Fuente de información y delimitación del universo de estudio .....	161
Análisis exploratorio de los cuidados brindados a la población mayor con alguna limitación funcional .....	162
<i>Características que dan cuenta de roles comunes entre cuidador y cuidados</i> .....	163
<i>Vínculos entre persona cuidadora y cuidada</i> .....	167
<i>Proximidad entre persona cuidadora y cuidada, duración del compromiso y tamaño de la red de cuidados</i> .....	169
Patrones del cuidado brindado a personas mayores con limitaciones funcionales.....	171
<i>Patrones de cuidados brindados a hombres y mujeres mayores con alguna limitación funcional</i> ...	173
Conclusiones del capítulo.....	177
<b>CAPÍTULO VI. FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y DINÁMICOS ASOCIADOS AL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES</b> .....	181
Introducción .....	181

Dimensiones para el análisis de los factores asociados al cuidado en la edad avanzada. ....	182
Fuente de información y delimitación del universo de estudio .....	185
Construcción de las variables dependiente, de control y de interés .....	187
El acceso a cuidados en la edad avanzada. Diferencias por condición social y género, ante cambios experimentados en la edad avanzada.....	195
Conclusiones del capítulo.....	204
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b> .....	207
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	217
<b>ANEXOS</b> .....	233

## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

### **CAPÍTULO I**

Esquema 1. 1 Marcos analíticos para el estudio del cuidado .....	18
Esquema 1. 2 El diamante del cuidado.....	19
Esquema 1. 3 Interrelaciones entre el trabajo doméstico y de cuidados .....	26

### **CAPÍTULO III**

Esquema 3. 1 Criterios para delimitación de la muestra analítica.....	111
Esquema 3. 2 Categorías ocupacionales a partir de Clasificación Mexicana de Ocupaciones .....	114

### **CAPÍTULO IV**

Esquema 4. 1 Dimensiones para caracterizar a la población receptora de cuidados en la edad avanzada	127
Esquema 4. 2 Criterios para delimitar a la población mayor cuidada por tener alguna limitación funcional .....	131

### **CAPÍTULO V**

Esquema 5. 1 Dimensiones para caracterizar personas que brindan cuidados a la población en edad avanzada .....	158
--	-----

### **CAPÍTULO VI**

Esquema 6. 1 Factores asociados al acceso a cuidados en la edad avanzada.....	184
---	-----

## ÍNDICE DE CUADROS

### CAPÍTULO III

Cuadro 3. 1 Distribución de población con 60 y más años por niveles de escolaridad, según sexo (porcentajes).....	112
Cuadro 3. 2 Variable dicotómica: Carencia educativa .....	113
Cuadro 3. 3 Distribución de población con 60 y más años por categorías ocupacionales, según sexo (porcentajes).....	115
Cuadro 3. 4 Variable dicotómica: Estatus ocupacional bajo .....	116
Cuadro 3. 5 Porcentaje de personas de 60 y más años en el hogar, según sexo y artículos de los que dispone en el hogar que habita.....	117
Cuadro 3. 6 Variable dicotómica: Bienes básicos en el hogar .....	117
Cuadro 3. 7 Puntaje de desventaja socioeconómica.....	118
Cuadro 3. 8 Niveles de desventaja socioeconómica.....	119

### CAPÍTULO IV

Cuadro 4. 1 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por enfermedades crónicas reportadas y condición de multimorbilidad, según estrato social y sexo.....	136
Cuadro 4. 2 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por tipo y número de limitaciones funcionales, según estrato social y sexo .....	137
Cuadro 4. 3 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por tipo de instituciones de salud a las que tiene acceso, según estrato social y sexo .....	138
Cuadro 4. 4 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por características del hogar que habita, según estrato social y sexo .....	141
Cuadro 4. 5 Distribución porcentual de los cuidados reportados por intensidad del cuidado, según estrato social y sexo.....	144
Cuadro 4. 6 Descripción de variables para identificar patrones en la población mayor que recibe cuidado .....	146

### CAPÍTULO V

Cuadro 5. 1 Distribución porcentual de la población que brinda cuidados por edad, estado conyugal y condición de actividad, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados.....	166
Cuadro 5. 2 Distribución porcentual de la población que brinda cuidados por condición de residencia, intensidad y tipo de cuidados y del tamaño de la red con la que cuentan para su atención, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados.....	170
Cuadro 5. 3 Descripción de variables para identificar patrones en la población mayor que brinda cuidado .....	172

## **CAPÍTULO VI**

Cuadro 6. 1 Condición de persona seleccionada entre 2001 y 2015 .....	186
Cuadro 6. 2 Condición de persona seleccionada entre 2012 y 2015 .....	187
Cuadro 6. 3 Matriz de cambios en el acceso a cuidados .....	187
Cuadro 6. 4 Matriz de cambios en niveles de dependencia de la población de 60 y más años en 2015, seguida desde 2012.....	190
Cuadro 6. 5 Matriz de cambios en la composición de hogares de la población de 60 y más años en 2015, seguida desde 2012.....	192
Cuadro 6. 6 Razones de momios de la regresión logística binomial sobre recibir cuidados en 2015 .....	197



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

### CAPÍTULO I

Gráfico 1. 1 Ilustración de las necesidades de cuidado según etapas del ciclo de vida.....	29
--	----

### CAPÍTULO IV

Gráfica 4. 1 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por grupo de edad, según estrato social y sexo.....	133
Gráfica 4. 2 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por estado conyugal, según estrato social y sexo.....	134
Gráfica 4. 3 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por tipo de ingresos, según estrato social y sexo.....	139
Gráfica 4. 4 Fuentes de cuidado en la población mayor por vínculos con persona cuidadora, según estrato social y sexo. ....	143
Gráfica 4. 5 Patrones de hombres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional	148
Gráfica 4. 6 Patrones de mujeres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional.	149

### CAPÍTULO V

Gráfica 5. 1 Distribución porcentual de la población que brinda cuidados por sexo, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados.....	164
Gráfica 5. 2 Vínculo con la persona cuidadora, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados .....	168
Gráfica 5. 3 Patrones de personas que cuidan a hombres mayores con limitaciones .....	174
Gráfica 5. 4 Patrones de personas que cuidan a mujeres mayores con limitaciones .....	175

### CAPÍTULO VI

Gráfica 6. 1 Distribución de la población mayor cuidada por sexo y estrato social.....	189
Gráfica 6. 2 Distribución porcentual de la población en seguimiento por condición de dependencia funcional.....	191
Gráfica 6. 3 Distribución porcentual de la población en seguimiento por condición de hogar habitado ..	193
Gráfica 6. 4 Distribución porcentual de la población en seguimiento por condición de limitación funcional y acceso a cuidados en 2012.....	194
Gráfica 6. 5 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares unipersonales.....	200
Gráfica 6. 6 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares extensos. ....	201

Gráfica 6. 7 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares extensos que presentó limitaciones funcionales, pero no recibió cuidados en 2012..... 202

Gráfica 6. 8 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares extensos que presentó limitaciones funcionales y recibió cuidados en 2012..... 203

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es un fenómeno de carácter global e irreversible, que ocurre de forma diferenciada entre los países, como consecuencia de los distintos estadios que experimentan de la transición demográfica y la transición epidemiológica (Ham, 2010). Pero el envejecimiento poblacional no es en sí un problema, por el contrario, es el resultado del mejoramiento de las condiciones de vida de la población y del ejercicio de sus derechos (Miller et al, 2014). El problema radica en que este proceso de envejecimiento ha transcurrido de una manera mucho más rápida que en los países desarrollados, sin que las instituciones públicas cuenten con el equipo necesario para hacer frente a las demandas de una población que envejece (Huenchuan y Saad, 2010).

En este entendido, es necesario reconocer que una de las demandas crecientes de este segmento de la población son las demandas de cuidados, pues los grupos etarios con mayor crecimiento son los más envejecidos y si bien es verdad que muchas personas gozan de buena salud y alto grado de independencia, también es cierto que en la edad avanzada se eleva el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad (Huenchuan, 2009). En América Latina y el Caribe, 12% de las personas de 60 y más años tiene al menos una limitación para llevar a cabo una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como bañarse, comer, usar el excusado, vestirse, caminar dentro de un cuarto, o acostarse y levantarse de la cama; y este porcentaje sube hasta casi el 27% entre las personas que tienen 80 y más años (Aranco et al., 2018).

Pero, lo más inquietante para la región es que el envejecimiento de la población y el consecuente incremento de las demandas de cuidado a la dependencia, esta además caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad (Huenchuan, 2018). Por tanto, al dejar que las familias resuelvan el problema de la protección de las personas mayores por sí mismas, se han desarrollado estrategias de solidaridad intergeneracional para cubrir las necesidades de asistencia económica y cuidado de este segmento de la población (CEPAL, 2000), aunque ello ha derivado en que las desigualdades de género y clase se profundicen, tanto en la provisión como en la recepción de cuidados.

La situación de México en este escenario latinoamericano es la de un país que en efecto está experimentando un proceso de envejecimiento. Según los resultados de la Encuesta Intercensal, en

2015 un 10.4% de la población tenía 60 y más años (INEGI, 2016a); y de acuerdo con las Proyecciones de Población se proyecta que en 2030 este segmento represente un 14.8% de la población mexicana y en 2050 un 16.3% (CONAPO, 2018).

Tales cifras contribuyen a considerar que para 2050 el país ya sería una economía envejecida, en que la proporción de consumidores adultos de 60 y más años muy probablemente sea mayor a la proporción de consumidores menores de 15 años. Pero por ahora, en cuanto a la dependencia, México es uno de los países de la región que presentan los porcentajes más elevados de personas adultas mayores en situación de dependencia (Cafagna *et al*, 2019). Según datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017 un 14.7% de la población de 60 años y más reconoció que necesita ayuda para realizar actividades básicas e instrumentales en su vida diaria, siendo la población femenina la que más ayuda requiere, al representar 64.7% de la población total que reconoció necesitar ayuda (INEGI, 2017).

Dado este escenario, y ante el esperado arribo de grandes contingentes de personas mayores, en la región ha cobrado fuerza la propuesta de implementar sistemas nacionales de cuidados. Esta propuesta está sustentada bajo dos argumentos principales: por la inaceptable desigualdad de género, producto de la inequitativa distribución de los cuidados de niños, personas con discapacidad y personas mayores, que es asumida por las mujeres latinoamericanas y es a su vez fuente de otras desigualdades; y por los efectos que puede tener la ausencia de sistemas de cuidado en términos de la desigualdad en la dignidad y la esperanza de vida de las personas mayores, pues estaría sujeta a si cuentan o no con familiares con recursos económicos y disposición para atenderlos privadamente (Miller *et al*, 2014).

Pero la instrumentación de estos sistemas de cuidados en la región ha partido desde distintas concepciones sobre el problema, con distintas estructuras y acciones a seguir. En el caso de México, en la Estrategia Nacional de Cuidados (ENAC) se reconoce como problema público la provisión de cuidados insuficientes, de baja calidad y poca accesibilidad, además de la desproporcionada responsabilidad que recae en las mujeres; situación que se considera afecta los derechos de las personas que reciben cuidados y de las personas que los proveen; y cuyos efectos ocurren de manera diferente dependiendo del estatus laboral, las condiciones socioeconómicas, de la estructura del hogar, la zona territorial, y del tipo de población atendida (CONAPRED, 2017).

Dado el reconocimiento del cuidado como un problema público, en la ENAC se propone que en la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados en México se debe contemplar que los cuidados pueden ser proporcionados por el sector público, el sector privado y directamente por el hogar; pero también se reconoce que en la práctica las personas que requieren cuidados utilizan cada uno de estos tres ámbitos en distinto grado y dependiendo de la situación socioeconómica familiar en la que se encuentren (INMUJERES - ONU Mujeres, 2018).

En este sentido, la presente investigación tiene por objetivo analizar los efectos de la desigualdad socioeconómica y de género en el acceso a cuidados en la edad avanzada y, particularmente, en identificar las desiguales condiciones en que éste ocurre, tanto para la población adulta mayor que lo recibe como para la población que lo brinda. Todo ello con el fin de responder a una interrogante ¿En qué medida la interacción de las desigualdades de género y condición socioeconómica afecta el acceso a cuidados en la edad avanzada y la forma como se configuran los hogares para satisfacer las necesidades de atención de sus miembros mayores?

El estudio se concentra en forma específica en los cuidados brindados a personas de 60 y más años, es decir, en las ayudas que recibe la población adulta mayor como consecuencia de la presencia de alguna dificultad o limitación para realizar actividades básicas (caminar; bañarse; comer; ir a la cama; y usar el excusado) e instrumentales de la vida diaria (preparar comida; hacer compras; tomar medicamento; y manejar dinero). Esto con el interés de conocer a profundidad los rasgos de este tipo de cuidado, cuya característica relevante es que se asocia con cierto nivel de dependencia por parte de la persona mayor que los recibe, la cual puede permanecer en el tiempo o presentar una tendencia progresiva.

La población en estudio varía conforme a los objetivos de cada capítulo empírico, pero en general se conforma por las personas adultas mayores que reportaron recibir cuidados y las personas que fueron identificadas como proveedoras de cuidados. Se toman ambas personas intervinientes en el cuidado, pues de esta manera se puede ofrecer un panorama más completo respecto a los rasgos característicos de los cuidados a personas en edad avanzada.

Dado el objetivo general de esta investigación, el documento se divide en seis capítulos. En el primer capítulo se presenta el marco teórico – conceptual a considerar para el estudio de los cuidados, que permite conocer el proceso por el cual se visibiliza el cuidado como un tema de interés en las ciencias sociales, identificar a los actores intervinientes y comprender las ventajas de

analizar el cuidado desde su concepción más constreñida, es decir, la que deriva de una concepción de cuidados prestados por la existencia de una condición de dependencia; y, para concluir, se presentan elementos teórico-metodológicos para estudiar los cuidados teniendo como eje analítico la interacción de las desigualdades socioeconómicas y de género.

En el segundo capítulo se lleva cabo una revisión de los estudios interesados en el cuidado a personas adultas mayores en países europeos, latinoamericanos y de México en particular. En los países europeos se pone acento sobre el debate en torno al efecto que podría tener la intervención pública en las manifestaciones de la solidaridad familiar intergeneracional y en la prestación de apoyos o de cuidados en forma específica. En los países latinoamericanos se revisan los hallazgos respecto el efecto de las características individuales y de la composición de la red de apoyo sobre el nivel total de apoyo, y la asociación entre el tipo y condiciones del hogar que habitan las personas mayores y la recepción de cuidados. Y en el contexto mexicano se hace una revisión de investigaciones emprendidas tomando en consideración la importancia que tiene una mirada a los dos sujetos intervinientes en el cuidado, quienes reciben y brindan cuidados.

En el tercer capítulo se exponen y justifican los criterios a utilizar para crear un indicador que permita segmentar a la población adulta mayor por estratos sociales. Para esto, en principio se lleva a cabo una revisión de investigaciones en que se aprecia la utilidad de estudiar de forma específica a grupos de población con diferentes condiciones de vida. Posteriormente, se revisa la factibilidad de retomar o no el conjunto de variables reconocidas para la población en general, pues las personas mayores constituyen una población en una etapa de la vida distinta a la observada en las primeras investigaciones. Luego de revisar trabajos específicamente dirigidos a segmentar la población adulta mayor se identifica que los criterios utilizados para la población en general (nivel de escolaridad, actividad económica y bienes y servicios en el hogar) pueden ser considerados, pero con algunas modificaciones.

En el cuarto capítulo se exploran las principales características de la población que recibe cuidados, con el fin último de identificar patrones diferenciales por sexo y estrato social. En este capítulo se pretende responder a la interrogante sobre qué diferencias se pueden apreciar en los factores de predisposición, necesidad y habilitadores del cuidado entre hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales. Para dar respuesta a ello, la muestra de estudio se conforma por las personas mayores de 60 y más años, que en 2015 presentaron alguna limitación funcional para realizar

actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y reportaron ser cuidadas; y sobre esta población se revisan características que dan cuenta de la predisposición (edad y estado conyugal) y necesidades de cuidados (diagnóstico de enfermedad crónica, multimorbilidad, número y tipo de limitaciones funcionales) y las que permiten conocer las condiciones que habilitan la recepción de cuidados (acceso a servicios de salud, a ingresos, tipo de hogar que habita, composición del hogar y de la red de cuidados con que cuenta).

En el quinto capítulo se exploran las características de quienes brindan cuidado a hombres y mujeres mayores, con el objeto de identificar patrones diferenciales de los cuidados prestados por sexo y estrato social de la persona mayor. En este capítulo se busca responder a la pregunta sobre qué diferencias, por estrato y sexo de persona cuidada, se pueden apreciar en la forma como se organizan las personas cuidadoras para responder a las necesidades de atención de las personas adultas mayores. La muestra en estudio se conformó por el conjunto de personas reconocidas como cuidadoras por la persona mayor que reportó estar siendo cuidada en 2015. Sobre estas personas cuidadoras se exploraron cinco dimensiones, en las que se consideran características que dan cuenta de la existencia o no de estilos de vida en común entre quien cuida y recibe los cuidados (sexo, edad, estado conyugal y condición de actividad de cuidadora); del vínculo (parentesco, condición de remuneración) y proximidad residencial (condición de residencia) entre ambas personas; la duración del compromiso que representa el cuidado (intensidad de los cuidados y tipo de actividad); y del tamaño del grupo de apoyo de la que forma parte la persona cuidadora (número de personas que componen la red de cuidados).

En el sexto y último capítulo, se revisan los factores asociados al acceso a cuidados en la edad avanzada, a fin de responder a la interrogante sobre en qué medida los cambios en el nivel de dependencia, en la disponibilidad de miembros para cuidar y la presencia de cuidados previos afectan el acceso a cuidados de hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales. Para este análisis la muestra de estudio se conformó por personas de 60 y más años en 2015, de quienes se cuenta con información desde la ronda 2012 de la ENASEM. Sobre este conjunto de personas se revisan nuevamente tres dimensiones asociadas al cuidado, los factores de predisposición, de necesidad y habilitadores del cuidado; pero esta vez desde una mirada dinámica de los dos últimos, evaluando los efectos de cambios en el nivel de dependencia, cambios en los arreglos residenciales y la intensidad de los cuidados previos en caso de ser otorgados.





# **CAPÍTULO I. EL ESTUDIO DE LOS CUIDADOS EN LAS CIENCIAS SOCIALES.**

## **MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **Introducción**

En este capítulo se tiene por objeto realizar un acercamiento teórico conceptual al análisis del cuidado en las ciencias sociales, a fin de comprender la complejidad de su estudio y la pertinencia de plantear una investigación que tenga como eje analítico la desigualdad socioeconómica y de género. Para ello, el presente capítulo se divide en tres apartados. En el primer apartado se presentan los distintos marcos teóricos que llevaron a considerar a las tareas de cuidado como un trabajo y como tema de estudio en las ciencias sociales; a partir de un breve recorrido teórico se reconoce como el antecedente más lejano al debate sobre el trabajo doméstico, seguido por el análisis desde el trabajo reproductivo y el cambio de mirada del trabajo hacia el cuidado como fuente de bienestar, para consolidarse en el marco de la economía del cuidado.

En el segundo apartado se observan elementos analíticos y conceptuales sobre el cuidado. En principio se discute sobre las diferencias entre los distintos actores llamados a intervenir en la provisión de cuidados y la organización social que en la práctica se aprecia, así como el carácter injusto de esta organización en sociedades desiguales como la latinoamericana. Posteriormente, se exponen las diferentes concepciones sobre el cuidado, reconociendo la multidimensionalidad con la que se ha estudiado el tema y la necesidad de reflexionar sobre el tipo de actividades que comprende y las personas a quienes involucra.

En el tercer y último apartado, se muestran aspectos teórico-metodológicos para un análisis teniendo presente la desigualdad de clase y género. En este apartado se especifican las potencialidades de una investigación que tome como eje analítico la interacción de ambas desigualdades, se expresan los retos metodológicos que ello implica y se presentan algunos ejemplos sobre temas revisados desde esta perspectiva analítica para el caso de la población adulta mayor mexicana.

## **De los cuidados invisibles a la economía de los cuidados. Un breve recorrido teórico**

El actual debate por el reconocimiento del cuidado como un trabajo tiene sus orígenes en la década de los años setenta, en el denominado “*debate sobre el trabajo doméstico*”. Con este debate, que buscó comprender la relación entre el capitalismo y la división sexual del trabajo, se comenzó a desnaturalizar la idea de que el conjunto de actividades que se desarrollaban al interior del hogar era cosa de mujeres o únicamente producto de sus elecciones personales (Esquivel, 2013).

Así, bajo un enfoque economicista, el hogar dejó de ser visto únicamente como una unidad de consumo para también considerársele una de producción, caracterizada por una clase dominante (esposos) y una clase subordinada (esposas) que debía abolirse (Gardiner, 1997). Este debate buscaba reconocer a las mujeres como un colectivo cuyas actividades en el ámbito familiar eran una forma de trabajo, toda vez que “tenían una finalidad, consumían tiempo y energía, formaban parte de una división del trabajo y eran separables de la persona que la realizaba” (Himmelweit, 2011).

El debate sobre el trabajo doméstico, sin lugar a duda, supuso abrir nuevas posibilidades de análisis sobre un objeto de estudio inédito en aquel momento: el trabajo de la mujer llevado a cabo en el interior del hogar; sin embargo, quedaron fuera de consideración las actividades realizadas fuera del hogar de forma remunerada y las relacionadas con la crianza de los niños, el cuidado de los adultos mayores y de personas necesitadas de cuidado permanente (Esquivel, 2012).

Ante la aceptación, pero también las limitaciones de los planteamientos desde el trabajo doméstico, a finales de la década de los setenta, surgió el enfoque del *trabajo de reproducción*. Bajo esta perspectiva, se reconoció la existencia de un trabajo reproductivo, necesario para reproducir la fuerza de trabajo presente y futura (Benería, 1979), que no se reducía exclusivamente al hogar o al ámbito doméstico, y cuyas actividades abarcaban las relacionadas con la gestión y el mantenimiento de la infraestructura del hogar y las derivadas de la atención y cuidado de los miembros de la familia (Carrasquer *et al*, 1998).

Uno de los principales aportes desde este enfoque fue el interés por medir, visibilizar y valorar el trabajo reproductivo e incorporar ese valor en la modelación macroeconómica y en las mediciones totales de la actividad económica (Esquivel, 2013). Así surgió el proyecto de "Contabilizar el

Trabajo de las Mujeres", que se cristalizó en la Plataforma para la Acción de Beijing y cobró relevancia con los esfuerzos por medir el trabajo reproductivo a través de encuestas de uso del tiempo (Esquivel, 2012).

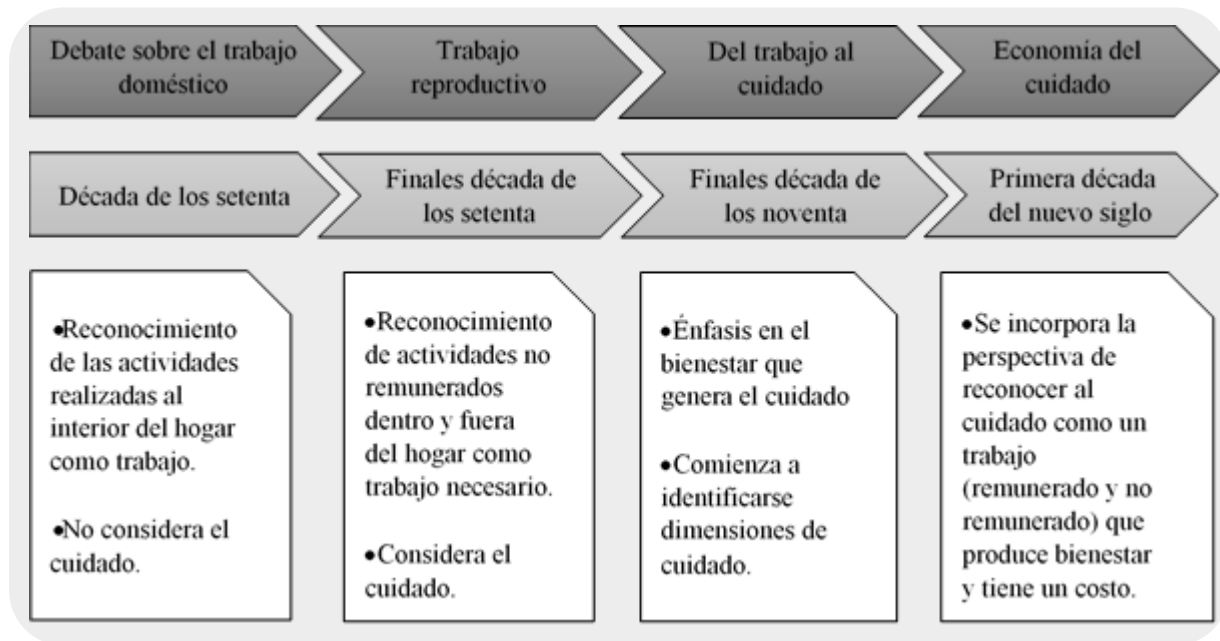
Con la perspectiva del trabajo reproductivo se logró un gran avance en el reconocimiento de las desigualdades en el uso del tiempo entre hombres y mujeres; pero aún quedaba un aspecto pendiente en relación con el cuidado, la consideración de los cuidados remunerados. En el marco del trabajo reproductivo sólo se analizaba el cuidado no remunerado; por tanto, entre finales de la década de los noventa y principios del nuevo siglo, se identificó un cambio de enfoque. Se transitó del interés por el reconocimiento del cuidado como trabajo, para visibilizar las desigualdades de género, hacia el estudio del cuidado como fuente generadora de bienestar.

El cambio *del trabajo al cuidado* se concentró en los aspectos positivos del trabajo de cuidado, en los beneficios que produce en quienes lo reciben; y menos en los aspectos negativos, la tensión, las presiones y las restricciones que impone sobre quienes lo proveen (Esquivel, 2011a). Así surgieron concepciones iniciales del trabajo de cuidado como "la labor realizada por afecto o sentido de responsabilidad por otras personas, sin esperar una recompensa monetaria pecuniaria" (Folbre, 1995) o "las actividades en las que las necesidades del destinatario del cuidado son el punto de partida para lo que se debe hacer" (Tronto, 1993).

Estas concepciones dejaban entrever la complejidad al definir cuidado, pero también visibilizaban que el interés seguía centrado en el cuidado no remunerado. Así, posteriormente, surgió el enfoque de la *economía del cuidado*. Desde este marco se reconocen dos componentes, el trabajo doméstico y el de cuidado de personas, tanto remunerados como no remunerados. Bajo este enfoque se comenzaron a caracterizar las formas en que el cuidado de mercado y no mercado se relacionan entre sí, el trabajo y las transferencias monetarias que ocurren entre ambos, y las consecuencias de tales transferencias en lo referente al bienestar (Picchio, 2003).

A partir de la economía del cuidado, se recuperan los planteamientos sobre el bienestar que produce el cuidado y a la par se le vuelve a considerar como un trabajo, como un conjunto de actividades que se encuentran en la base del funcionamiento y reproducción de la economía, pero que a la vez implican un costo, el cual es asumido principalmente por las familias y dentro de ellas por las mujeres.

**Esquema 1. 1 Marcos analíticos para el estudio del cuidado**



Fuente: Elaboración propia

En resumen, como se puede observar en el Esquema 1.1, diferentes marcos analíticos contribuyeron al actual reconocimiento y estudio del cuidado como un trabajo que genera bienestar; estos marcos transitaron de un tratamiento del cuidado como “invisible” pero “valioso” para la producción, hasta una mirada que lo considera “esencial” para el bienestar de quienes lo reciben, pero “costoso” para quienes lo proporcionan (Esquivel, 2013).

### **Planteamientos analíticos y conceptuales desde la Economía del Cuidado**

#### *La economía del cuidado: los regímenes de bienestar y la organización social del cuidado*

En el marco de la economía del cuidado, el foco de análisis del cuidado se desprende de mirar el ámbito de lo privado y transita hacia una mirada de lo público. Se define así el concepto de *cuidado social*, entendiendo el cuidado como trabajo y relación interpersonal, pero a la vez como una responsabilidad socialmente construida, que tiene lugar dentro de determinados contextos sociales y económicos (Esquivel, 2012). Esta extensión, de lo privado a lo público, permitió visibilizar

cómo la feminización del cuidado traspasaba las fronteras de los hogares y la sobrerrepresentación femenina en las actividades del cuidado remunerado (Rodríguez, 2012).

Bajo esta mirada emergen dos planteamientos de análisis, los regímenes de cuidado y la organización social del cuidado. El planteamiento de *regímenes de cuidado* refiere a las tipologías de regímenes de bienestar en los países desarrollados, que pueden identificarse según la forma como se asignan las responsabilidades del cuidado y se asumen los costos de su provisión, a partir de las respuestas a tres interrogantes: ¿Quién cuida? (la familia o la colectividad); ¿Quién paga por los costos de proveer dicho cuidado? (la familia, el Estado o el empleador pueden asumir proporciones diferenciales de los costos del cuidado); ¿Dónde se presta cuidado? (en el servicio público, en el mercado o en los hogares) (Razavi, 2007).

Desde el análisis de los regímenes de cuidado se retoma la figura del *diamante del cuidado*, como elemento para identificar los cuatro pilares del bienestar: las familias, el Estado, el mercado y la comunidad (Esquema 1.2).

**Esquema 1. 2 El diamante del cuidado**



**Fuente: Razavi (2007)**

El diamante del cuidado hace alusión a la arquitectura a través de la cual se brinda el cuidado, particularmente para aquellos con necesidades de cuidado intensivo, como niños pequeños, ancianos frágiles, enfermos crónicos y personas con discapacidades físicas y mentales. Bajo esta arquitectura del bienestar el papel del Estado es de un tipo cualitativamente diferente al de las demás instituciones, pues es llamado a ser tanto proveedor de bienestar como tomador de

decisiones sobre las responsabilidades que deben asumir las otras tres instituciones (mercado, familias y comunidad) (Razavi, 2007).

Así el cuidado adquiere la forma de categoría analítica y se torna un elemento relevante para el examen de las políticas sociales, entendidas como el conjunto de acciones que configuran una intervención sistemática por parte del Estado para atender el bienestar de la población (Esquivel *et al*, 2012). A partir de ello se aclara que combinar la mirada de la acción del Estado con las formas de la organización familiar fue un paso de vital importancia emprendido por Esping-Andersen (1993); pero también lo es desagregar la idea de familia y evidenciar las desiguales realidades y oportunidades de sus miembros, para así dar cuenta del modo en que los regímenes de bienestar asignan papeles diferenciados a mujeres y hombres con base en supuestos culturales (Sainsbury, 1996).

En tal sentido, la propuesta de Esping-Andersen de *desmercantilizar* el bienestar – es decir, de generar políticas para asegurar que el acceso a derechos sociales sea independiente de las fuerzas de mercado y permita a las personas alcanzar un nivel tolerable de bienestar y de seguridad individual (Esping-Andersen, 1993) – es retroalimentada desde la perspectiva de la crítica feminista, bajo el argumento de que para las mujeres el logro de bienestar no radica exclusivamente en la desmercantilización, sino también en la *desfamiliarización* del bienestar, haciendo con ello alusión a la necesidad de implementar políticas para que las personas puedan alcanzar un estándar de vida aceptable, con independencia de sus relaciones familiares, ya sea a través del trabajo remunerado o de la provisión de la seguridad social (Lister, 1994).

La combinación de estas dos propuestas permitiría “observar de forma más profunda el grado en el cual las políticas públicas facilitan la provisión y el acceso a servicios de cuidado, redistribuyendo la función social del cuidado entre distintas instituciones públicas y privadas, y, por tanto, logrando mayores niveles de equidad entre los géneros, sin que ello suponga necesariamente un costo económico para las familias” (Esquivel *et al*, 2012). Esta síntesis expresada por Esquivel y colaboradoras demuestra la potencialidad de la mirada del cuidado desde el ámbito de lo público; pero a la vez, plantea el reto de cómo adaptar estas propuestas a sociedades desiguales, cuyas demandas de cuidado son principalmente asumidas por las familias, ante la ausencia o muy débil presencia del Estado, pocas opciones por parte de la comunidad y un mercado cuyos servicios se encuentran al alcance de pocos.

El planteamiento de *organización social del cuidado* emerge en el contexto de los países en desarrollo, para hacer referencia a la configuración dinámica de los servicios de cuidado suministrados y regulados por diferentes instituciones, y a la forma en que los hogares y sus miembros se benefician de ellos (Faur, 2009). Este planteamiento ha contribuido a ilustrar las características de un panorama como el latinoamericano, en el que no existen políticas de cuidado o las que existen puede que no asignen responsabilidades de cuidado, ni proveen subsidios y/o servicios a familias y mujeres entre los distintos estratos sociales (Esquivel, 2013). En un panorama como éste, la mayoría del cuidado se resuelve en la oferta privada, con serias consecuencias no sólo para las mujeres como sus principales responsables, sino también para los receptores del cuidado (Rodríguez, 2007); consecuencias a las que se le suman las desigualdades en términos del nivel socioeconómico (Esquivel, 2011b; Orozco, 2018).

Para el caso de las mujeres, por ejemplo, los cuidados se resolverían de forma distinta entre clases sociales. Las mujeres de clase media o alta contarían con la posibilidad de contratar trabajadoras del hogar, lo cual contribuye a disminuir su carga de cuidados, pero siguen siendo las responsables de gestionarlos. Las mujeres de clases bajas, por otra parte, no contarían con la posibilidad de delegar el cuidado en el mercado, teniendo que desempeñarlos a costa de restar tiempo y oportunidades para insertarse al mercado laboral (Pérez-Orozco, 2014), creando estrategias que implican su inserción en actividades precarias o la asignación de las responsabilidades a las mujeres jóvenes o adolescentes del hogar (Rodríguez, 2005).

De igual forma ocurriría para el caso de quienes reciben los cuidados. Aquellas personas insertas en condiciones económicas más favorables tendrían más posibilidades de recibir *cuidados dignos*; es decir, a recibir cuidados que son suficientes, libremente elegidos y satisfactorios. Y de forma contraria, aquellas personas en condiciones económicas más limitadas tenderían a recibir *cuidados precarios*, cuidados que no satisfacen plenamente sus necesidades, en los que no se tiene margen de decisión sobre cómo ser cuidado e insatisfactorios; cuidados que en ocasiones llegan a una situación de colapso, cuando falla algún elemento y no hay capacidad de reacción ante las necesidades de atención (Pérez-Orozco, 2014).

Así, desde el análisis de la organización social de los cuidados, se ha logrado identificar el carácter injusto de los sistemas de cuidado predominantes en la región y la manera como reproducen las

desigualdades de género y clase; reafirmando con ello la importancia de redistribuir las responsabilidades de cuidado.

### *El concepto de cuidado*

El cambio hacia el marco de la Economía del Cuidado, permitió fortalecer su reconocimiento como un trabajo; y la mirada analítica a partir de la organización social del cuidado contribuyó a identificar las diferentes formas en que actores adicionales a la familia pueden y deben intervenir, a fin de reducir las desigualdades. Como previamente se ha expuesto, en un principio el cuidado era visto como una expresión altruista hacia los miembros dependientes, como un conjunto de actividades que por naturaleza le correspondía desempeñar a las mujeres; sin embargo, a partir de la crítica feminista empezó a enfatizarse que tanto la cantidad como la calidad de las transferencias (sea por parte de la familia, la comunidad o el Estado) hacia los dependientes no sólo se determinaba por altruismo, sino también por las estructuras institucionales y las tradiciones culturales (Folbre, 2014).

Es en este contexto en que el cuidado ha cobrado relevancia como tema de investigación en las últimas décadas, pero en el conjunto de estudios emprendidos se observa que no existe una definición consensuada del mismo, pues se trata de un término polivalente sometido a grandes variaciones culturales (Durán, 2018a). En América Latina, una de las definiciones frecuentemente retomada es la de Batthyány:

*“el cuidado designa la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un “trabajo”, del cuidado económico, que implica un “costo económico”, y del cuidado psicológico, que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. El cuidado puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia y, también, de acuerdo a sí se trata o no de una tarea remunerada” (Batthyány, 2004).*



Con esta definición Batthyány realiza un importante aporte para la conceptualización del cuidado en la región. En ella se aprecian las siete dimensiones que Thomas (2011) considera necesarias unir para construir un concepto total de cuidados, se expresan las diferentes identidades sociales que pueden definir a las personas cuidadoras y cuidadas; las relaciones interpersonales que pueden existir entre ambas; la naturaleza de los cuidados; los distintos dominios sociales en el cual se localiza la relación de cuidados; el carácter económico que comprende; y el marco institucional en el que se prestan.

Se puede afirmar que la definición del cuidado propuesta por Batthyány permite incorporar las distintas dimensiones consideradas en las investigaciones de la región latinoamericana; pero esta amplitud del concepto hace un llamado a reflexionar sobre algunos de los debates más frecuentes en torno a la concepción del cuidado, que han tratado de dar respuesta a dos interrogantes: ¿qué actividades comprende el cuidado?, ¿a quiénes involucra?

Desde la perspectiva más amplia, se considera que los cuidados “son las actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de las personas. Su contenido abarca: tareas que implican la interacción directa de las personas para lograr salud física y emocional (cuidados directos); tareas que establecen las condiciones materiales que hacen posibles los cuidados directos (precondiciones del cuidado); tareas de coordinación, planificación y supervisión (gestión mental)” (Pérez-Orozco, 2014). Por otra parte, desde una perspectiva más acotada, el cuidado hace referencia a las “actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo” (Daly y Lewis, 2000). Estas dos concepciones ponen en evidencia dos disyuntivas, la diferencia entre las actividades de trabajo doméstico y las de cuidado, y la asociación de los cuidados con una condición de dependencia en la persona que los recibe.

La frontera entre el trabajo doméstico y el de cuidado es una línea difícil de trazar (Durán, 2018b), entre ambos existen áreas grises que se superponen (Arriagada y Todaro, 2012). Por un lado, se encuentran posturas que no consideran necesario establecer una diferencia clara entre ambas tareas. Faur (2009), por ejemplo, ha argumentado que resultaría un ejercicio ficticio distinguir entre el cuidado directo a niños y personas dependientes y lo que sería el trabajo doméstico, porque el trabajo de cuidado presupone una serie de actividades domésticas que lo acompañan

indefectiblemente; además, porque el cuidado es una actividad que se tiende a realizar de forma simultánea con las actividades domésticas. Para alimentar a un niño, por ejemplo, se requeriría hacer compras, preparar los alimentos, cocinar, darle de comer y, finalmente, organizar los elementos con los que se realizó esa actividad (lavar los platos, acomodar la cocina y el lugar donde ha comido); y en todo este conjunto de actividades el niño pudo estar presente, acompañando y a la vez recibiendo los cuidados.

Esquivel (2012) coincide con lo expuesto por Faur, en una mirada a los trabajos remunerados, ha sustentado que la “mercantilización” del trabajo de cuidados en la forma de servicio doméstico es frecuente en la región, para ciertos sectores de la población, situación por la que considera que una diferenciación tajante entre el trabajo de cuidados y el trabajo doméstico implicaría un sesgo en la medición de los cuidados. Un ejemplo de que esta distinción puede no ser válida en ciertos niveles de análisis es que, si las personas trabajadoras del cuidado son sólo aquellas que realizan trabajo directo, las trabajadoras domésticas que realizan una amplia gama de tareas –algunas veces cuidan de manera directa a personas del hogar, y otras veces cocinan, limpian, planchan, etc.– quedarían fuera del análisis.

Por otro lado, se encuentran posturas que favorecen la distinción entre ambas tareas. Pérez-Orozco (2006) ha indicado que en el trabajo doméstico destaca la dimensión “material” de los trabajos no remunerados de las mujeres y su ubicación en el espacio doméstico; mientras que en el trabajo de cuidados se aprecian tanto aspectos “materiales” como “inmateriales” de forma completamente imbricadas. Desde esta mirada, Aguirre y Todaro (2012) han señalado que una posible distinción analítica podría sustentarse en el hecho de que el cuidado es una actividad que implica una relación (interacción) directa entre personas, en tanto que el trabajo doméstico se puede realizar independientemente de esa relación; aunque también reconocen que en la práctica frecuentemente resulta imposible una separación, ya sea porque se realizan simultáneamente o porque el trabajo doméstico puede ser una condición necesaria para el cuidado.

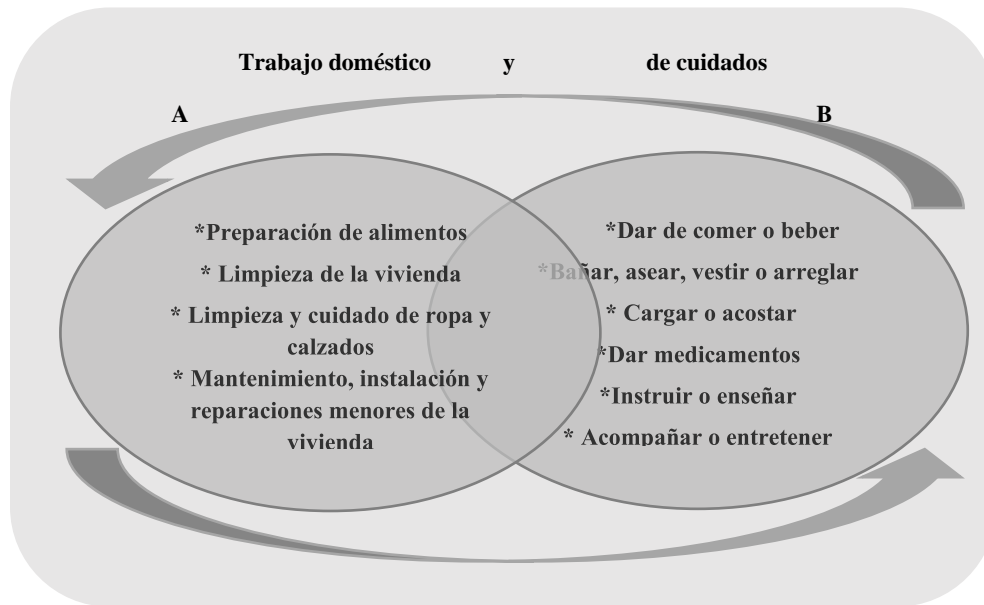
Torns (2008) ha manifestado que el trabajo doméstico-familiar sería el concepto cuya definición mejor ampararía el concepto de cuidado; pero también plantea la necesidad de considerar las diferencias simbólicas en torno a ambos, dado que el trabajo doméstico muchas veces se liga al mundo de lo servil, a diferencia del cuidado cuya connotación puede ser más fácil de reivindicar en términos positivos. Este argumento coincidiría con la evidencia empírica generada en México,

en la que se aprecia que la participación de los hombres de ciertos sectores sociales se encuentran en mayor medida asociadas al cuidado de sus hijos menores y en menor medida a las actividades domésticas, que siguen siendo consideradas como actividades femeninas (Olavarría, 2005; Rojas, 2008; Rojas, 2014); y de igual forma en el caso del cuidado a personas mayores, en la que se ha observado una menor diferencia de género en la participación (Rodríguez y García, 2014), pero con diferencias en cuanto al tipo de actividades que hombres y mujeres desempeñan para el cuidado de este segmento de la población (Robles, 2007).

Dadas estas diferencias simbólicas, llama la atención la tendencia a utilizar el término *cuidado indirecto o precondition del cuidado*, en lugar de trabajo doméstico. La postura de García (2019) al respecto es que esto quizá se deba a que de forma implícita, directa o indirectamente, ambas actividades – el trabajo doméstico y de cuidados – estarían finalmente encaminadas a proveer bienestar y a garantizar la subsistencia humana. Desde esta perspectiva, un análisis que contribuiría a marcar una diferencia respecto a estas acepciones es la interpretada por Robles (2007), en su estudio a adultos mayores con diabetes; esta investigadora reseña que el cuidado es una actividad difícil de identificar y de diferenciar de aquellas llevadas a cabo en la cotidianidad cuando la persona no presenta un nivel de dependencia severa, pero su reflexión la lleva a señalar que el cuidado comienza en el momento en que, asociada a un cambio en su condición de salud, ocurre un cambio en las posibilidades de las personas mayores por llevar a cabo actividades cotidianas (como cocinar, lavar, planchar, entre otras), las actividades desempeñadas bajo tales condiciones se convertirían en cuidados.

Una síntesis de estas posturas se puede observar en el Esquema 1.3, en el que se aprecia la intersección de dos círculos, rodeados por flechas que van en sentidos opuestos. El objetivo de este gráfico es el de ilustrar que, más allá de establecer una línea que divida el trabajo doméstico del de cuidados, se debe poner atención en la naturaleza distinta de las actividades que enmarcan estos trabajos tan interconectados, que pueden llevarse a cabo de forma conjunta o no y que presentan un carácter dinámico, la mayoría de las veces asociado a las necesidades de la población que requiere de cuidados.

### Esquema 1. 3 Interrelaciones entre el trabajo doméstico y de cuidados



Fuente: Elaboración propia

Esta síntesis lleva a reflexionar sobre el otro punto de discusión en la concepción del cuidado, la definición de a quiénes involucra. Un consenso al respecto es que en el cuidado intervienen personas cuidadoras y personas que reciben cuidados; siendo el punto de debate las características que conllevan a identificar a cada una de ellas y lo que implican en la diferenciación de tipos de cuidados.

Sobre quienes brindan los cuidados, una primera distinción radica en el grado de responsabilidad que adquieren estas personas. Durán (2018b) define al cuidador como la persona que asume la responsabilidad del bienestar físico, mental y afectivo del otro; pero reconoce que no siempre se trata de una actividad desempeñada en solitario, pues en ocasiones un conjunto de personas actúa en la procura de bienestar a un mismo sujeto. Ante tal panorama, la investigadora recomienda identificar el grado de responsabilidad que suele asumir cada persona, característica que permitiría diferenciar entre cuidadores principales y complementarios. La condición de *cuidador principal* refiere habitualmente al principal responsable del cuidado, que no necesariamente implica la prestación directa, dado que en hogares con acceso a ayuda remunerada la responsabilidad se convierte en la dirección o gestión de los cuidados; mientras en los hogares sin capacidad de adquirir esta ayuda, ambas acciones recaen en la misma persona.

Robles (2007) coincide con dicha consideración para identificar a la persona que funge como cuidadora primaria. Pero con respecto al que denomina *cuidador secundario*, la investigadora resalta que se trata de una persona que realiza aquellas actividades que el cuidador principal no puede o no desea realizar; en este sentido, su principal función es la de satisfacer las necesidades del cuidador primario, más que en tomar su lugar en la toma de decisiones o en el nivel de responsabilidad. Adicionalmente, Robles identifica un tercer tipo de cuidador, el que brinda *apoyos*, que desempeña roles marginales, actúa ante situaciones extraordinarias o de forma recurrente, pero por breve tiempo.

Esto lleva a la distinción entre cuidadores permanentes y temporales que propone Durán (2018b). Con respecto a la condición de *permanente* la autora reconoce dos características distintas: se trata de cuidadores habituales o que llevan a cabo actividades continuas durante las 24 horas del día. Los *cuidadores temporales*, por otra parte, serían aquellos que cubren las necesidades de cuidado eventuales, aquellas que se originan sin previo aviso y que requieren de una respuesta inmediata (enfermedades, accidentes, siniestros domésticos, entre otros).

Los *cuidadores de larga duración* se asocian con otro tipo de cuidados, los de largo plazo. Estos cuidadores se encontrarían en el extremo más intensivo de la prestación de cuidados, son aquellos que llevan a cabo jornadas excepcionalmente largas, diarias o semanales durante largos periodos en el ciclo de vida, se trata de actividades que afectan sustancialmente el modo de vida de la persona que cuida (Durán, 2018b).

El espacio en el que ocurre el cuidado suele ser el hogar, de ahí que otro aspecto a considerar sea la convivencia o no con la persona cuidadora. Durán (2018b) diferencia *entre cuidadores convivientes y no convivientes*, argumentando que sobre todo en sociedades como la mediterránea y la latinoamericana existen ayudas entre hogares que pueden pasar desapercibidas si los instrumentos de observación no las enfoca adecuadamente y sólo se concentra en el hogar del receptor de cuidados y excluye su entorno.

Al respecto, Robles (2020) ilustra la importancia de diferenciar entre quienes denomina *cuidadores residentes y cuidadores no residentes* en un barrio popular mexicano. Los primeros desempeñarían tareas más intensivas en cuidado que los segundos, pues en su estudio se evidencia que el lugar de residencia de una persona mayor tiende en principio a cambiar en cuanto a la organización y sólo ante mayores necesidades de cuidado cambia en su composición.

Otra diferenciación radica en el carácter formal o informal del trabajo de cuidados. Con frecuencia el cuidado realizado por instituciones se identifica como formal y el resto como informal. Durán (2018b) aclara que por *cuidado formal* se entiende el ofrecido por entidades, instituciones o empresas en las que los trabajadores tienen un contrato de trabajo, cotizan a la seguridad social y pagan impuestos; y por *cuidado informal* el trabajo destinado a producir bienes y servicios para el mercado que carece de las características antes mencionadas. La investigadora afirma que en economías como las de América Latina, esta categorización presenta particulares dificultades, dado que la estructura de los datos disponibles favorece que el carácter de informal se asocie a lo familiar o doméstico; pero al respecto agrega que en el marco del logro de implementar sistemas de cuidado es necesario alentar el reconocimiento de esta precisión conceptual.

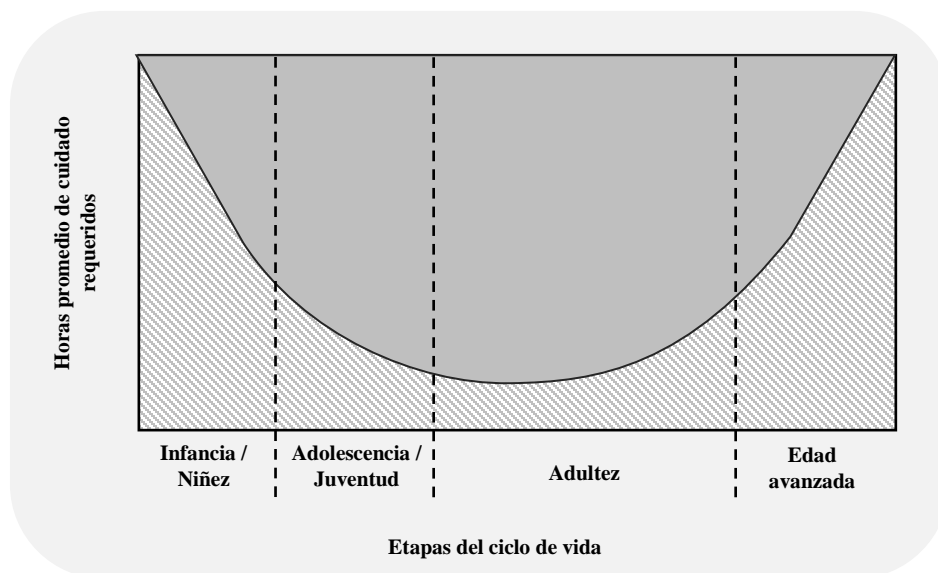
Sobre quienes reciben los cuidados, el debate se asienta en la consideración o no de la condición de dependencia en una persona como elemento definitorio para la recepción de cuidados. Por un lado, desde la crítica feminista, se postula que asociar el cuidado únicamente a la dependencia limitaría la oportunidad de estudiar a sujetos independientes, que también reciben cuidados en la forma de acciones que les permite satisfacer sus necesidades para poder desempeñar sus actividades en el mercado. Ante esta postura se plantea el término de *interdependencia*, para hacer referencia a la condición en que se reconoce que todas las personas en todos los momentos del ciclo vital necesitamos cuidados, porque nuestras vidas son vulnerables y se requieren cuidar las condiciones que hacen posible la vida (Pérez-Orozco, 2014).

Por otro lado, desde una postura más conservadora, se concibe que una persona recibe cuidados cuando presenta cierta condición de dependencia, que en distintos niveles limita o dificulta la satisfacción de necesidades de forma autónoma. Bajo esta mirada se toma en cuenta que en el ciclo vital hay circunstancias o períodos en los que se requiere de cuidados intensivos o especializados; por ejemplo, en la niñez, en situaciones de vejez, durante la enfermedad y cuando se vive alguna discapacidad grave (Arriagada y Todaro, 2012).

Con respecto a niños y adolescentes receptores de cuidados, algunos estudios excluyen a los menores de un año, por considerar que los bebés constituyen una categoría con necesidades de atención particular. En otros los umbrales son los menores de 3 años y niños entre 3 y 11 y para otros más un primer corte se fija a los 6 años y un segundo corte a los 14 años (Durán, 2018b), en la mayoría de los casos asociado también a la disponibilidad de información en las encuestas.

En cuanto a la población mayor, en algunos países se establece como edad de entrada a la categoría de edad avanzada a los 60 años y otros a los 65, pero quienes superan estos umbrales no presentan características y condiciones homogéneas, motivo por el que en algunos estudios se recomienda su segmentación en subgrupos. Ham (2003), por ejemplo, propuso una clasificación en tres rangos de edad: de los 60 a 64 años, como quinquenio de transición a la vejez, en el que existen ambigüedades entre la adultez madura y comienzos de la vejez; de 65 a 74 años, como periodo de la *vejez o tercera edad*, con mermas en las condiciones físicas, y con cambios en sus papeles sociales y actividades económicas, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad de salud; y de 75 y más años, como edades de la *ancianidad o cuarta edad*, donde la gran generalidad de las personas sufren de problemas severos de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacidades y se recae en dependencias crecientes para el sostenimiento y el cuidado. Aunque los anteriores no son criterios inamovibles, en otras investigaciones, como la de López y Aranco (2019), se divide a la población adulta mayor entre los 60 y 69 años; de los 70 a 79; y de los 80 y más años. Al final, lo que se busca es evidenciar el incremento de las necesidades de cuidado asociados a la edad.

**Gráfico 1. 1 Ilustración de las necesidades de cuidado según etapas del ciclo de vida**



**Fuente: Elaboración propia**

En el Gráfico 1.1 se puede observar un ejercicio imaginario que permitiría ilustrar el cambio en las necesidades de cuidados conforme a las etapas del ciclo de vida. El área clara bajo la curva

representaría el tiempo promedio de cuidados requerido que, en un principio, durante la infancia y niñez serían mayores, luego las demandas de cuidado serían menores durante la adolescencia y juventud y mucho menor en la edad adulta, para nuevamente incrementar al llegar a la edad avanzada.

La presencia de enfermedades en las personas es otro criterio diferenciador entre quienes reciben cuidados. Las enfermedades pueden ser pasajeras o extenderse por un periodo prolongado en el tiempo y en función a ello requerir cuidados distintos en tiempo e intensidad. Las personas que tienen algún accidente o enfermedad temporal requerirían de cuidados intensivos, pero por un espacio corto de tiempo. Por el contrario, quienes desarrollan una enfermedad crónica no requerirían de cuidados en un principio, pero a medida que evoluciona la enfermedad necesitarían cada vez de mayores cuidados (Robles, 2007).

Los cuidados de largo plazo responderían a la pérdida de autonomía de una persona, es decir, a las dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que ocasiona una dependencia permanente de otros para poder realizarlas; pueden proveerse en distintos lugares, mediante diversos tipos de recursos humanos y pueden ser institucionales o proporcionados en el hogar. Además, pueden estar financiados de manera pública (donde la provisión y organización depende de instituciones gubernamentales), o privada (tanto con fines lucrativos como no lucrativos) (CONEVAL, 2018).

Esta revisión permitió identificar las distintas concepciones de cuidado que se pueden analizar, las cuales llevan a la disyuntiva de elegir el tipo de actividades a estudiar. Pero el reto para el estudio de los cuidados no se detiene ahí, también es necesario reconocer la variedad de cuidados existentes en función a las características y necesidades de las personas que los brindan y la de quienes los reciben.

Lo revisado en esta sección y las anteriores se concentran en las discusiones sobre el tema del cuidado, en explorar sus orígenes, las miradas analíticas utilizadas para su estudio y las concepciones en torno al término. En este recorrido se pudo identificar que se trata de un trabajo con un fuerte anclaje en las desigualdades sociales y de género, desigualdades que se han desarrollado como ejes teóricos en el campo de los estudios sociodemográficos y cuyas discusiones se exploran a continuación.



## **Las desigualdades de género y clase como ejes teórico-analíticos en los estudios sociodemográficos**

En el marco de los estudios sociodemográficos ha existido un tradicional interés por analizar las desigualdades en las oportunidades a las que tienen acceso diferentes grupos de población, en función a las características que los componen y a la manera como satisfacen sus necesidades. La interacción entre la desigualdad de género y clase son dos ejes de análisis con especial atención en este sentido (García y Oliveira, 1994; Oliveira, 2007).

El concepto de *género* hace referencia a un “*sistema de representaciones, normas, valores y prácticas, construido a partir de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, que establece relaciones jerárquicas entre ellos y garantiza la reproducción biológica y social*” (Ariza y Oliveira, 2000). Se trata de una construcción social, recreada continuamente por las personas, con base en los significados que se tienen sobre los roles masculinos y femeninos, los cuales pueden variar conforme la historia y la cultura de la sociedad en análisis (De Barbieri, 1993; Lamas, 1996; Scott, 1996).

Como categoría analítica, el género contribuye a identificar la forma en que las diferencias biológicas se transforman en desigualdades, toda vez que permite evidenciar que los roles socialmente asignados a hombres y mujeres constituyen relaciones jerárquicas (Lamas, 1996). En este sentido, De Barbieri (1993) planteó que, teórica y empíricamente, se pueden analizar cuatro aspectos cuando se emprende una investigación desde la perspectiva de género: los sistemas de parentesco, la división social del trabajo, la forma como se estructura y se ejerce el poder en distintos espacios, y la subjetividad de los distintos actores en un sistema.

Los *sistemas de parentesco* refieren al conjunto de normas que orientan las lealtades y solidaridades más elementales entre las personas de sexos y generaciones distintas, entre las que se incluyen las normas y formas que reglamentan el matrimonio, la filiación y la herencia (De Barbieri, 1993). El estudio desde la mirada de género de estos sistemas favoreció el reconocimiento de la existencia de relaciones inequitativas entre hombres y mujeres creadas a partir de elementos socioculturales; evidenció que los hombres tenían derechos sobre las mujeres, derechos que las mujeres no tenían sobre ellos ni sobre sí mismas (Rubin, 1996); y a su vez, que la subordinación y la condición femenina se redefine a lo largo del ciclo de vida, dando lugar a que algunas mujeres gocen de poder

sobre otras mujeres, por ejemplo, en los casos en que las suegras ejercen control sobre el acceso sexual, la capacidad de seducción y la capacidad de trabajo de sus nueras (De Barbieri, 1993).

El análisis de la *división social del trabajo* remite al estudio de las inequidades en los mercados de trabajo; tarea que estimuló la utilización de la noción de *segregación social*, para hacer referencia a un mecanismo por el que se delimitan espacios diferenciados entre individuos o grupos a partir de atributos particulares. Este análisis permitió evidenciar la estructura diferencial de oportunidades que el mercado de trabajo ofrece a hombres y mujeres, dada la jerarquía establecida entre las ocupaciones tipificadas como masculinas y femeninas (Ariza y Oliveira, 1999, 2000; Oliveira, 2007).

Pero para comprender de forma completa esta división social del trabajo, Ariza y Oliveira (1999 y 2000) destacan la importancia de debatir sobre la *división sexual del trabajo*, pues bajo esta noción se condensa la relación existente entre la familia, como ámbito de reproducción, y el mercado, como espacio de la producción. El análisis de este concepto, junto con el de sistema de parentesco, permitió destacar la dimensión socio-económica de las familias y su relevancia para el conjunto de la producción social; contribuyó a notar que tanto en el ámbito de los hogares como en el del trabajo se organizan las actividades desde un criterio genérico; y a partir del estudio de la *dinámica intrafamiliar* –entendida como “el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que hombres y mujeres y generaciones establecen en el seno de las familias en torno de la división del trabajo y los procesos de toma de decisiones” (Oliveira *et al*, 2000:230)– a evidenciar que la división sexual del trabajo en el seno de la familia condiciona y limita las posibilidades de inserción de la mujer en el trabajo extradoméstico (Ariza y Oliveira, 2000). Así, se logró visibilizar que la división social y sexual del trabajo organiza de modo jerárquico el acceso a las oportunidades de trabajo e ingreso, y valoriza y retribuye diferencialmente el resultado de estas actividades de acuerdo con criterios de clase y género (Ariza y Oliveira, 1999).

Sobre la *forma como se estructura y se ejerce el poder en distintos espacios*, De Barbieri (1993) sugería que, desde una perspectiva de género, era necesario revisar las definiciones de persona y de ciudadanía en tanto sujetos de derechos y responsabilidades, las formas y contenidos de la participación en la esfera pública, y de dirigir la mirada hacia el Estado, el sistema político (y de partidos) y a la cultura política. A partir de estos estudios se hizo evidente el carácter masculino de estas esferas, las dificultades para superarlo, los conflictos de intereses entre los géneros cada vez

que los privilegios masculinos eran cuestionados y se proponía limitarlos, así como las alianzas que pueden trascender el género. Y en cuanto a la *subjetividad de los distintos actores en el sistema*, la investigadora apuntó a la importancia del análisis de las formas como se estructura el psiquismo y se constituyen los sujetos y objetos de deseo (De Barbieri, 1993).

Con la revisión de los aspectos mencionados y de los conceptos inherentes a cada uno de estos, se pudo evidenciar cómo la condición de género se convierte en una forma de desigualdad social. Pero casi de manera paralela, en América Latina y en México en particular, distintas investigadoras comenzaron a señalar que, si bien la desigualdad de género tiene una dinámica propia, también estaba articulada con otras formas de desigualdad, destacando la desigualdad de clase.

Ariza y Oliveira (1999, 2000) argumentaban que para lograr cambios en las inequidades de género se requerían cambios en otros mecanismos de reproducción de la desigualdad social, destacando con ello la importancia analítica de una mirada centrada en la imbricación entre el género y otros ejes de inequidad: la clase, la etnia o la edad (curso de vida). Así las investigadoras señalaban que *“el análisis de las múltiples formas por las que el género y la clase se vinculan —entre sí y con otras formas de desigualdad— es una de las líneas metodológicas más promisorias en el campo de los estudios sociodemográficos, la que sin duda ha contribuido a crear una imagen más compleja y acabada de los procesos que subyacen a la estructuración de la desigualdad social”* (Ariza y Oliveira, 2000).

En México, uno de los primeros estudios con el interés de analizar la articulación género-clase es el emprendido por Brígida García y Orlandina de Oliveira en 1994. Las investigadoras, desde una metodología mixta, se dieron a la tarea de examinar el trabajo femenino extradoméstico, sus repercusiones sobre la vida familiar y la posición de las mujeres en el hogar, prestando particular atención en las diferencias observables entre los sectores medios y populares urbanos.

Respecto a la inserción laboral, García y Oliveira (1994) evidenciaron el incremento de la participación de mujeres en actividades extradomésticas durante los años de crisis en la década de los ochenta; pero también notaron que la importancia relativa de las ocupaciones más calificadas y con mayor seguridad laboral disminuyó de forma acentuada e incrementó la presencia económica de las mujeres con baja escolaridad en actividades agrícolas y manuales no asalariadas. Entre los factores asociados a la participación laboral femenina evaluaron la influencia que ejercen la presencia y edad de los hijos, encontrando que su efecto por sector social es distinto; ante la

contracción de los mercados, por ejemplo, identificaron que se redujo la participación laboral de mujeres de los sectores medios con hijos y en forma contraria que incrementó la participación de mujeres de los sectores populares con hijos. A partir de estos hallazgos, las investigadoras argumentaron que las necesidades económicas contribuían a modificar la influencia que ejercen los hijos sobre la inserción a trabajos extradomésticos de mujeres en distintos sectores sociales.

En cuanto a las repercusiones del trabajo femenino extradoméstico prestaron especial atención a los efectos sobre la maternidad, la dinámica intrafamiliar y la planificación familiar. García y Oliveira (1994) encontraron que las mujeres de sectores medios insertas en actividades extradomésticas asumían el trabajo con dedicación, lo consideraban como una importante contribución individual y familiar, buscaban su combinación con el ejercicio de la maternidad, intensificaban las estrategias para el cuidado de sus hijos y ejercían el control sobre su capacidad reproductiva; sin embargo, también apreciaron que ello no escapaba de exponerlas a vivencias de inequidad de género, entre las mujeres trabajadoras de este sector social, y sobre todo entre aquellas que percibían el trabajo como un proyecto familiar, pocas llevaban a cabo acciones concretas para intentar cambiar el dominio masculino. Las mujeres de sectores populares, aun cuando tenían participación económica, vivían el ingreso al mercado laboral de forma distinta; las investigadoras descubrieron que estas mujeres consideraban en menor medida que su contribución monetaria era de relevancia primaria para su hogar, para ellas la pareja era el responsable del gasto y una importante proporción señalaba que él era la autoridad y jefe de la casa, algunas incluso reseñaban pedir permiso para trabajar.

Este trabajo de investigación representa un importante precedente en los estudios sociodemográficos que plantearon analizar la articulación de las desigualdades de género y clase. En sus hallazgos se ilustró como un mismo fenómeno (la inserción femenina a actividades extradomésticas) permeado por inequidades de género, se experimenta de forma distinta entre mujeres de distintos sectores sociales. Así se sometió a prueba la hipótesis de que la imbricación entre género y clase, como criterios de diferenciación, abriga la potencialidad de analizar cómo se agudiza o disminuye la desventaja relativa de algunas mujeres frente a los varones e incluso frente a otras mujeres (Ariza y Oliveira, 2000).

Desde aquel entonces y hasta la fecha tal indicación no ha perdido vigencia, por el contrario, cada vez ha cobrado mayor relevancia en distintas temáticas<sup>1</sup>. La interacción entre la desigualdad social y de género en la investigación sociodemográfica ha contribuido a entender la complejidad de los cambios en las familias e individuos en las últimas décadas y a comprender que no se han alcanzado a modificar las estructuras de género en todos los grupos sociales, pues los cambios no han ocurrido de forma generalizada (Rojas, 2016).

Pero esta mirada analítica también ha llevado a considerar los retos metodológicos que implica el llevar a cabo una investigación tanto en materia de la desigualdad de género como en la de clase. Con respecto al género, la estrategia metodológica y empírica previa de analizar los “*diferenciales por sexo*” constituye una parte fundamental del quehacer de la demografía y de los estudios sociales de la población (García *et al*, 2000), que ha posibilitado el contar con un conocimiento riguroso y necesario de las magnitudes, características, permanencias y cambios en el tiempo de los fenómenos demográficos (Szasz y Lerner, 2003). No obstante, este tipo de acercamiento se ha retroalimentado con los análisis desde la concepción de género, en función de la cual se explican los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre hombres y mujeres (Szasz y Lerner, 2003).

Bajo la *perspectiva de género* se privilegian las dimensiones que dan cuenta de la diferenciación socialmente construida entre los sexos; es decir, se prioriza el análisis de la construcción social de las identidades masculina y femenina, de las relaciones de poder y de las desigualdades o asimetrías entre hombres y mujeres (Szasz y Lerner, 2003). La introducción de la categoría género implica

*“la superación del análisis de los comportamientos sociodemográficos de los hombres y las mujeres solamente a partir de sus atributos personales, para pasar a pensar, por un lado, en los factores que subyacen a esos atributos más allá de lo que puede ser atribuible a la pertenencia a una clase social o grupo étnico, y a considerar, por otro lado, que no hay un mundo de las mujeres aparte del mundo de los hombres y que las experiencias y comportamientos de un sexo tienen que ver con las experiencias y comportamientos del otro”* (García *et al*, 2000).

---

<sup>1</sup> Para revisar estudios posteriores en los que se reconoce la importancia de la interacción género-clase, ver: García y Rojas (2004); Mier y Terán y Rabell (2004); García y Oliveira (2006); Rojas (2008); Szasz (2008); Rojas (2010); Rojas y Castrejón (2011); Rojas y Martínez (2014).

En este sentido, en los estudios sociodemográficos el referente empírico para emprender investigaciones en torno al género puede ser el sexo declarado por la persona, pero una investigación que incorpore la perspectiva de la desigualdad de género se concentrará en dilucidar cómo opera la lógica de género en el fenómeno en estudio, en evidenciar cómo las relaciones socialmente construidas, entorno a los sexos, representan distribuciones inequitativas de acceso a oportunidades y de resultados.

Con respecto a la *clase*, se debe tener presente los diferentes significados atribuidos a este concepto, que según Crompton (1998) se pueden agrupar de forma general en tres conjuntos de acepciones: la clase como prestigio, status, cultura o estilos de vida; la clase como desigualdad estructurada; y las clases como fuerzas sociales actuales o potenciales y actores políticos<sup>2</sup>. De estas acepciones, el uso del concepto de clase como una descripción general de las estructuras de desigualdad material, que se refleja en el acceso diferente a los recursos económicos y de poder, es el que metodológicamente se ha retomado con mayor frecuencia desde los estudios sociodemográficos. Aunque se debe aclarar que, analíticamente, se tiene el interés de ir más allá de una mera descripción, pues se trata de analizar a los sectores sociales como *“subpoblaciones, con diferentes niveles de vida y accesos a servicios sociales y comunitarios, que han disfrutado de distintos tipos de oportunidades, mismas que contribuyen a moldear diferentes formas de pensar y de actuar”* (García y Oliveira, 1994).

Bajo esta concepción de clase se han creado distintos esquemas para segmentar a la población en grupos desigualmente recompensados, a los que se les describe como *clases*. Pero la conformación de estas clases no obedece a alguna conformación formal o legal establecida, responde a la necesidad de caracterizar, en términos materiales, la competencia por los recursos en las sociedades de mercado capitalistas (Crompton, 1998).

En los esquemas de clasificación, la ocupación ha sido uno de los indicadores más usados. No obstante, con los cambios experimentados en los mercados de trabajo, la capacidad de la ocupación como única dimensión para dar cuenta de las desigualdades socioeconómicas se ha debilitado, introduciéndose otras dimensiones como la escolaridad y el acceso a bienes y servicios. Así, por ejemplo, se encuentra en el análisis sociodemográfico investigaciones como la de García y Oliveira (1994) que definen sectores sociales con base en el tipo de ocupación del jefe de hogar y

---

<sup>2</sup> Para un análisis detallado de los distintos debates sobre clase social y estratificación revisar Crompton (1998).

posteriormente trabajos como el de Echarri (2008) en el que se propone una metodología para estratificar a la población en función a la calidad de la vivienda que habita y el acceso a servicios; la escolaridad relativa promedio de los miembros del hogar y la categoría de actividad asociada al mayor ingreso entre los miembros del hogar<sup>3</sup>.

En definitiva, la imbricación género y clase representa un reto en los estudios sociodemográficos. Pero un elemento adicional a tomar en cuenta en esta compleja relación son las diferencias en las desigualdades según la etapa en el ciclo de vida de la persona. Desde los estudios de género se ha expuesto que *“no existe la mujer, como tantas veces se ha dicho, ni tampoco el varón (o el hombre). Existen mujeres y varones en diferentes situaciones sociales y culturales que es necesario explicitar”* (De Barbieri, 1993). Por ello, resulta importante identificar cómo se expresan las desigualdades de género en cada momento del ciclo vital. Por ejemplo, en la niñez remitiría a averiguar cómo se moldean niñas y niños para aceptar y ejercer la desigualdad y las jerarquías en función del género; en la etapa de la vida adulta a revisar en qué forma los hombres ejercen poder sobre las mujeres y las representaciones imaginarias que lo justifican; y en la edad avanzada a analizar si se mantienen o desdibujan las distancias y jerarquías socialmente establecidas o si disminuye la intensidad y fuerza de las normatividades entre hombres y mujeres mayores (De Barbieri, 1993).

De igual manera, en términos de la estratificación socioeconómica, se puede considerar que las personas experimentan de forma distinta las expresiones de la desigualdad. En la niñez, esto puede verse reflejado en la deserción escolar, particularmente a partir de la educación secundaria; en la edad adulta en el acceso segmentado al mercado laboral y a la protección social; y en la etapa de la vejez en la modificación de los arreglos de convivencia familiar, el acceso inequitativo a un ingreso estable a través de pensiones y jubilaciones, y en los cambios del estado de salud y la autonomía física e intelectual (CEPAL, 2016). Por tanto, se debe tener presente que la conjunción de las desigualdades socioeconómicas y de género se aprecia a partir de dimensiones distintas en las diferentes etapas de la vida.

---

<sup>3</sup> En el tercer capítulo de esta investigación denominado “Propuesta metodológica para estratificar a la población adulta mayor mexicana” se hace una revisión más detallada de los cambios en las dimensiones consideradas para segmentar a la población mexicana.

## *Las desigualdades socioeconómicas y de género en la edad avanzada*

En las investigaciones sociodemográficas que se concentran en la población adulta mayor, algunos de los temas en los que se aprecia la articulación de la desigualdad de género y socioeconómica son los que dan cuenta de: las condiciones de salud de la población senescente y su acceso a servicios de atención; la recepción de ingresos; y la composición de los hogares que habitan.

Sobre las condiciones de salud, Wong (2003) llevó a cabo un análisis con base en la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001, en el que revisa la relación entre el nivel socioeconómico y la salud de la población de edad media y avanzada en México (50 y más años), con énfasis en las diferencias por género. Como indicador de salud la investigadora utiliza la auto-percepción de salud<sup>4</sup>, encontrando que: para las mujeres, los activos<sup>5</sup> parecen estar más estrechamente asociado con la salud que el ingreso; para los hombres, el ingreso<sup>6</sup> más asociado con la salud que los activos; y para ambos sexos, la asociación positiva entre activos y salud es solamente para aquellos en la parte más alta de la distribución de estos. A partir de estos resultados, se argumentó que la relación entre nivel socioeconómico y salud pudiera ser más débil para las mujeres que para los hombres, posiblemente asociado a que sus roles de esposa/viuda o madre les permiten acceder a servicios de salud en mayor medida que a los hombres.

Este trabajo de investigación contribuyó a identificar la manera en que las diferencias de género, a pesar de las desigualdades subyacentes, representaría cierta ventaja para las mujeres en la vejez, en términos de que su acceso a servicios de salud no necesariamente se liga a su condición económica. No obstante, también plantea importantes áreas de oportunidad, como el evaluar de qué forma se mide la condición de salud de las personas mayores y el analizar las diferencias entre el acceso a servicios de salud y el uso efectivo de estos para la prevención y tratamiento de enfermedades.

---

<sup>4</sup> La autora considera las categorías de salud auto-percibida: Excelente o Muy Buena (estas dos se toman juntas debido a la baja prevalencia de casos con Excelente), Buena, Regular, y Mala.

<sup>5</sup> Los activos es una variable categórica (bajo, medio, alto) creada a partir de la división en terciles del valor neto de los bienes de los que se dispone (negocios, bienes raíces, bienes de capital), calculado como el valor neto individual si la persona no es casada/unida; y como valor neto de los bienes del cónyuge/pareja más el propio, dividido entre dos, si la persona es casada/unida.

<sup>6</sup> El ingreso es una variable categórica (bajo, medio, alto) creada a partir de la división en terciles del ingreso mensual, el cual es calculado como el ingreso total mensual individual si la persona no es casada/unida; y como el ingreso total del cónyuge/pareja más el propio, dividido entre dos, si la persona es casada/unida.



Así, posterior a esta publicación, se encuentran investigaciones en que se evalúan las diferencias por género en la relación nivel socioeconómico y salud, a partir del análisis de la autopercepción de la salud, la presencia de limitaciones para realizar actividades físicas y actividades de la vida diaria (Smith y Goldman, 2007); de enfermedades crónico-degenerativas (Salinas y Peek, 2008); de problemas de cognición (Mejía-Arango y Gutiérrez, 2011); y de síntomas depresivos (Torres *et al*, 2018). Estas investigaciones dan cuenta de las múltiples dimensiones utilizadas para medir las condiciones de salud en la edad avanzada, demostrando que la relación del estrato socioeconómico con la autopercepción de la salud y con la presencia de síntomas depresivos no varía por género; pero sí varía con respecto a la presencia de dificultades funcionales, enfermedades crónico-degenerativas y problemas de cognición.

Por otra parte, a partir de la carencia de un acceso universal a servicios de salud o de las diferencias entre el acceso y el uso efectivo de los mismos, se han desarrollado investigaciones sobre el *gasto de bolsillo en salud*<sup>7</sup>. El análisis de este tipo de gasto para la población en edad avanzada en México es aún incipiente; sin embargo, se ha identificado que los hombres incurren en menores gastos de bolsillo que las mujeres, siendo las propias personas mayores o sus parejas quienes pagan la mayoría de estos gastos y en segundo lugar los hijos (Aguila *et al*, 2011). Estos hallazgos conllevan a replantear la idea de que las mujeres podrían gozar de cierta ventaja en la vejez, debido a que tienen mayores posibilidades de acceder a servicios de salud que los hombres. Esta aparente ventaja debe matizarse, pues se debe tener presente que hay diferencias entre el tipo de institución a las que tienen acceso las mujeres mayores y el hecho de que ellas podrían depender en mayor medida de los apoyos familiares para la cobertura de gastos de bolsillo<sup>8</sup>.

Lo anterior lleva a abordar el tema de los ingresos en la vejez. La preocupación por la percepción de ingresos durante esta etapa de la vida, caracterizada por un menor desarrollo de actividades remuneradas o el desempeño de actividades laborales en condiciones precarias, han nutrido el interés por el análisis de la *seguridad económica en la vejez*, entendida como “la capacidad de

---

<sup>7</sup> Este concepto hace referencia a los gastos en honorarios por consulta médica, procedimientos de diagnóstico, tratamiento y adquisición de medicamentos en que incurren las personas, así como los copagos y deducibles efectuados si es que se dispone de algún tipo de seguro médico (OMS, 2010).

<sup>8</sup> Para revisar una estimación de las diferencias en el gasto de bolsillo en salud por tipo de afiliación ver Salinas-Escudero *et al* (2019).

disponer y usar de forma independiente una determinada cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para asegurar una buena calidad de vida” (Guzmán, 2003)<sup>9</sup>.

En uno de los acercamientos al tema para Latinoamérica, Huenchuan (2004) manifestó la necesidad de analizar la relación entre género y seguridad económica en la vejez, a fin de comprender por qué las desigualdades que las mujeres experimentan a lo largo de la vida no necesariamente se traducen en pobreza en la edad avanzada. La investigadora argumentó que este escenario se explica al analizar las fuentes de ingreso en la vejez, ya que los hombres tenderían a recibir ingresos por retiro o por su permanencia en actividades remuneradas, mientras que las mujeres solventarían sus necesidades económicas a partir de las transferencias familiares que reciben. Este hallazgo puso en evidencia que el aparente panorama alentador para las mujeres mayores es muy frágil, pues la regularidad no es necesariamente una característica de los apoyos familiares monetarios y la dependencia en estos puede afectar la autonomía financiera de las mujeres en la edad avanzada e incluso tener efecto sobre su acceso a la salud.

Para el caso mexicano, Nava, Ham y Ramírez (2016) analizaron los factores asociados a la seguridad económica en la población de 65 y más años, a partir de los datos de Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2014. En sus resultados identificaron que lo observado para América Latina se reproduce en México, hay diferencias entre las fuentes de ingreso de hombres y mujeres. Las principales fuentes de recursos económicos para ellas son las pensiones no contributivas, seguidas de las transferencias por donaciones de otros hogares y las pensiones; y para ellos son las pensiones no contributivas, seguidas por las pensiones contributivas y los ingresos por los trabajos que aun desempeñan. Sobre las pensiones no contributivas, los investigadores ponen acento en el bajo monto que estas representan, el cual se encuentra por debajo de los recursos necesarios para cubrir los costos de la canasta básica alimentaria y no alimentaria<sup>10</sup>; en cuanto a las transferencias de otros hogares resaltan los problemas de continuidad en el tiempo y los condicionamientos a los que se encuentran sujetos, dado que estos apoyos dependen de la capacidad económica de los hogares y se rigen por roles sociales, prácticas culturales y por el grado de cohesión familiar; y respecto a los trabajos remunerados, que principalmente desempeña la

---

<sup>9</sup> Para una revisión más amplia de los elementos a considerar al analizar la seguridad económica en la vejez revisar: Huenchuan y Guzmán (2007).

<sup>10</sup> Estas refieren a los umbrales mínimos de gasto promedio que se emplean para comparar con los ingresos de los hogares de la ENIGH y de ahí determinar porcentajes de pobreza. Una explicación detallada de la metodología aparece en el documento “Metodología para la medición multidimensional de la pobreza” (Coneval, 2014).

población mayor masculina, se argumenta que esto se asocia a la escasa cobertura de la seguridad social y al bajo monto de los recursos por pensiones de jubilación que reciben, insertándose en actividades precarias del trabajo informal.

Ante la importancia que cobran las familias para la subsistencia en la vejez, sobre todo entre los grupos con bajos ingresos y que no cuentan con apoyos institucionales (Wong y Espinoza, 2003), otro tema que adquirió relevancia en los estudios sociodemográficos es el que revisa la composición de los hogares en los que habitan las personas mayores. Garay y Montes de Oca (2011) revisaron el efecto del nivel socioeconómico sobre el tipo de hogar que habita la población en edad avanzada, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006. Las investigadoras encontraron que la población de 60 y más años con mejores condiciones económicas tienden a residir en los hogares nucleares; quienes pertenecen a estratos bajos tienen altas probabilidades de residir en hogares extensos; y quienes se encuentran en el estrato muy bajo, con mayores limitaciones económicas, presentan altas probabilidades de habitar en hogares unipersonales. No obstante, al revisar los contrastes entre hombres y mujeres, notaron que los hombres mayores tienen probabilidades más altas de vivir en hogares nucleares que las mujeres mayores; que ambas poblaciones tienden a residir en hogares extensos, sobre todo en los estratos bajos; y que las mujeres de los estratos muy bajo y bajo presentan mayores probabilidades de habitar en hogares unipersonales que los hombres.

Los hallazgos respecto a las probabilidades de vivir en hogares nucleares y extensos coinciden con lo observado en análisis anteriores. La residencia de hombres mayores en hogares nucleares se asocia con sus mayores probabilidades de vivir en pareja (Saad, 2005; Pérez y Brenes, 2006); y la habitación en hogares extensos corresponde con los análisis que sugieren que este arreglo es posiblemente una estrategia de apoyo familiar hacia hijos y nietos o de los hijos hacia sus padres, ya sea por la no-salida de los hijos casados del núcleo familiar de origen o bien porque las personas mayores se integran a otro núcleo familiar (Montes de Oca y Garay, 2009).

Sin embargo, llama la atención la tendencia de mujeres mayores a vivir en hogares unipersonales en los estratos con mayores limitaciones económicas. La prevalencia de hogares unipersonales femeninos en la vejez se explica por la mayor esperanza de vida de las mujeres, que al enviudar tienden a vivir solas, pero se ha documentado que la permanencia en este tipo de arreglo ocurre en

los niveles socioeconómicos más favorecidos, siendo muestra de la autonomía con la que cuentan y su independencia económica (Ramos, 1994; Monteiro *et al*, 2018).

Speare, Avery y Lawton (1991) obtuvieron un hallazgo que quizá ayude a comprender la alta probabilidad encontrada entre las mujeres mayores a vivir solas en los estratos muy bajo y bajo. Speare y colaboradores analizaron los cambios residenciales de la población mayor estadounidense, notando la pérdida de importancia del ingreso monetario como factor asociado a la conformación de arreglos unipersonales una vez que se controlan las variables relacionadas con la salud del adulto mayor (discapacidad y facilidad para realizar actividades de la vida diaria), por lo que argumentaron que en realidad no habría relación entre un ingreso precario y la movilidad en los arreglos residenciales. Este resultado no puede interpretarse a tal nivel para la sociedad mexicana, pero podría contribuir a plantear la hipótesis de que las mujeres, aún en los estratos bajos, al enviudar tienden a permanecer solas y sólo cuando sus condiciones de salud se deterioran cambian hacia otro tipo de arreglo residencial.

La revisión de estos resultados y la exposición teórico conceptual desarrollada a lo largo de este capítulo permiten identificar las virtudes y retos que implica el retomar la interacción de las desigualdades de género y clase como eje analítico desde la sociodemografía, y en forma particular para la población adulta mayor; pero ahora corresponde realizar una exploración de estudios centrados en el análisis de los cuidados brindados a este segmento de la población, tarea que se lleva a cabo en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO II. EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES. ANTECEDENTES EN LOS ESTUDIOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

### **Introducción**

Este capítulo tiene por objeto hacer una revisión de los estudios interesados en el cuidado brindado a personas adultas mayores, a fin de ubicar áreas de oportunidad para su análisis y exponer el aporte de este trabajo. Para ello, el capítulo se divide en tres apartados. El primer apartado, comprende un conjunto de investigaciones desarrolladas en los países europeos; en un principio, se reconoce la heterogeneidad en los sistemas familiares de esta área geográfica, se presentan las distintas formas como se concibe el cuidado en cada Estado de Bienestar y se explica el debate sobre el efecto que podría tener la intervención pública en la solidaridad familiar intergeneracional; luego se expresan las diferencias entre los apoyos y los cuidados, y se evidencia la relación que estos guardan con la existencia de servicios públicos de cuidado; y al finalizar el apartado, se pone acento sobre investigaciones que postulan la necesidad de una mirada a los cuidados desde la desigualdad socioeconómica y de género, y que reconocen la potencialidad de estudiar a receptores y proveedores de éste en forma conjunta.

En el segundo apartado se revisan los hallazgos de investigaciones para América Latina. Este apartado presenta una introducción al contexto en el que ocurre el envejecimiento de la población latinoamericana y pone acento en evidenciar cómo la conjunción de las desigualdades de género y clase profundizan la desigualdad en el acceso a cuidados y en las condiciones en que éstos se reciben y brindan. En un inicio se hace un acercamiento al examen de las políticas públicas en los cuidados otorgados a la población en edad avanzada, se exponen estudios que evaluaron los costos de la dependencia en los hogares con miembros mayores, la tasa de internación en instituciones geriátricas y la composición de los hogares en que residen las personas con limitaciones permanentes; posteriormente, se presentan estudios centrados en analizar el efecto de las características individuales y de la composición de la red de apoyo sobre el nivel total de apoyo, y trabajos que se acercan a explicar la asociación entre el tipo y condiciones del hogar que habitan las personas mayores y la recepción de cuidados; y para finalizar el apartado, se revisan los hallazgos que dan cuenta de las desigualdades sociales en la población que brinda los cuidados.

En el tercer y último apartado se recuperan investigaciones centradas en el contexto mexicano en específico. Para el desarrollo de este apartado se reconoce la importancia de la mirada a los dos sujetos intervinientes en el cuidado y se presenta una revisión de estudios enfocados a analizar las características y condiciones en que se encuentran quienes reciben y brindan cuidados. Respecto a las personas mayores cuidadas se exponen los hallazgos sobre las diferencias en el acceso a cuidados de hombres y mujeres mayores y se recupera la información disponible sobre los efectos de la prevalencia de limitaciones funcionales y los arreglos residenciales en la vejez desde una mirada dinámica. Y en cuanto a las personas que brindan cuidados, se examinan investigaciones que dan cuenta de las desigualdades de género en el cuidado brindado a las personas mayores, sobre todo en los contextos menos escolarizados, de la sobrecarga de trabajo que esto representa y de la extensión en el tiempo de las responsabilidades de cuidado en función a las necesidades de la persona cuidada.

### **Envejecimiento demográfico y acceso a cuidados en la edad avanzada. La evidencia europea**

El continente europeo fue uno de los primeros en experimentar el envejecimiento demográfico. Esta situación invita a revisar la evidencia empírica generada en torno a cómo se plantea la satisfacción de las demandas de cuidado de la población de edad avanzada en esta área geográfica. Pero para comprender la lógica de los cuidados en este contexto es necesario primero reconocer la heterogeneidad de los sistemas familiares europeos. Al respecto, Reher (1998) identificó dos sistemas familiares que dividen la geografía europea. El primero, caracterizado por vínculos familiares débiles, se ubica en el centro y norte de Europa, comprendiendo la región Escandinava, las Islas Británicas, los Países Bajos, parte de Alemania y Austria. Y el segundo, distinguido por presentar lazos familiares fuertes, en la región Mediterránea, destacando Portugal, España, Italia, la parte sur de Francia y Grecia<sup>11</sup>. Dos características se tomaron como base para establecer esta división, la forma como los miembros jóvenes establecen su propio hogar y la manera en que se

---

<sup>11</sup> El investigador reconoce que estas diferencias no son del todo rígidas, dado que abundan diferencias subregionales; pero argumenta que esta división, finalmente, responde a la existencia de regularidades identificadas en amplias áreas de Europa.

organiza la familia para prestar apoyo a sus miembros más vulnerables, siendo este último sobre el que interesa profundizar para efectos de esta investigación.

El apoyo institucional ha crecido con la modernización de la sociedad y la creciente longevidad de la población en la región europea, pero aún persisten patrones divergentes en la forma como las familias satisfacen las necesidades de cuidado de personas mayores. En España, por ejemplo, se continuaría observando que una importante proporción de las personas con 60 y más años viven con sus hijos o cerca de ellos, recibiendo cuidados ante la carencia de ahorros suficientes para cubrir sus necesidades; a diferencia de la autonomía residencial de las personas mayores en los países nórdicos o la tendencia por habitar en hogares para ancianos cuando sus condiciones de salud ya no les permiten vivir solos, hogares que con frecuencia serían pagados por fondos públicos, pólizas de seguros o directamente con los ahorros de las personas mayores (Reher, 1998).

Ante este panorama, un elemento a destacar es que en ambas situaciones existe reciprocidad intergeneracional, aunque se entiende de manera muy diferente. Se trataría de “modos distintos de comportamiento, aplicado en cada contexto con un máximo de buena voluntad” (Reher, 1998). Por ello, resulta necesario revisar la forma como se concibe el cuidado en cada Estado de Bienestar, para posteriormente estudiar el acceso al mismo y las condiciones en que ocurre.

Rodríguez (2011), siguiendo la clasificación de Esping-Andersen (1993) y ampliándola para considerar a Europa del Sur, describió cuatro regímenes de bienestar en los que se identifican características diferenciadas en los sistemas de cuidados de larga duración (en adelante, CLD): el nórdico; el anglosajón; el continental y el mediterráneo.

En el modelo nórdico conjuntó a los países del norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) y los Países Bajos (Holanda). Este fue un modelo pionero en el desarrollo de programas de CLD, concebido como un sistema de servicios sociales de cobertura universal financiado por impuestos; pero que en las últimas décadas ha transitado hacia un modelo mixto, adicionando la prestación de servicios privados sin el desmantelamiento de los públicos (Rodríguez, 2011; 2015). Se trata por tanto de un modelo en que el cuidado de personas dependientes se concibió como un problema público, como un derecho cuya satisfacción no recaía sobre la persona o su familia, ni

representaba un privilegio para quien podía costearlo (Olson, 1994); pero que en la actualidad enfrenta cambios importantes hacia una creciente privatización<sup>12</sup>.

En el modelo anglosajón se incluyó a Inglaterra e Irlanda. Este es un modelo dual, en el que la protección sanitaria es universal y los CLD tienen una naturaleza asistencial. El acceso a este último se basa en dos pilares: el primero, de tipo asistencial, constituido por prestaciones monetarias que financia la Seguridad Social para personas mayores dependientes, para las personas con discapacidad y ayudas a los cuidadores familiares, en todos los casos con la demostración de bajos ingresos; y el segundo, de servicios sociales, involucra el conjunto de servicios a los que todos los ciudadanos pueden acceder, pero que conllevan un copago en función a los ingresos (Rodríguez, 2011). Aunque, como consecuencia de las políticas de reducción del gasto social, ha tendido a reducir los servicios comunitarios, concentrando la respuesta pública hacia los niveles de dependencia más graves (Rodríguez, 2015). Este representa el caso de un modelo en que el Estado juega un rol menor en la provisión directa de cuidados, la familia es preferida como fuente de cuidados y los programas desarrollados sólo se enfocan a cubrir las brechas cuando no se dispone de familiares (Olson, 1994)<sup>13</sup>.

En el modelo continental destacan Austria, Alemania y Francia, como conjunto de países que en las dos últimas décadas han desarrollado sistemas de cobertura universal con el fin de compartir y, en algunos casos, sustituir el sistema tradicional de cuidados a personas en situación de dependencia. Con la instrumentación de este modelo se reconoce que el acceso a cuidados ante la dependencia es un derecho subjetivo, que se materializa en la capacidad de elección de la persona afectada o sus familiares entre la prestación de servicios básicos y prestaciones monetarias (Rodríguez, 2011). A diferencia de los modelos anteriormente descritos, este modelo parte de una concepción de los cuidados como responsabilidad familiar, que va cambiando hacia el de responsabilidad social en la medida que incrementa el grupo representado por la población adulta mayor y la incorporación de las mujeres en el mercado laboral (Olson, 1994)<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Para revisar las características iniciales y los cambios de las políticas de bienestar en la prestación de cuidados en Suecia y Finlandia, ver: Sundström y Thorslund (1994); Heikkinen (1994); y Blomquist (2004).

<sup>13</sup> Para una descripción más detallada del modelo británico de bienestar y de los principales cambios experimentados en la provisión de cuidados, revisar: Walker y Warren (1994).

<sup>14</sup> Para una mayor revisión de las políticas dirigidas para la atención de adultos mayores franceses, ver Frossard y Guillemard (1994); Martin y Le Biham (2007); y para el caso de los alemanes, ver Heinemann-Knoch (1994).



El modelo mediterráneo, por otra parte, refiere principalmente a Italia y España. Este es un modelo cuyos cuidados en atención a la dependencia han estado y siguen estando a cargo de las familias, en forma particular a las mujeres (Rodríguez, 2011). En el caso de Italia, el actual sistema combinaría el cuidado informal de la familia, con prestaciones económicas, un nivel medio de servicios y el trabajo de cuidados de mujeres inmigrantes, distribución que no parece ser suficiente ni eficiente para dar respuesta a las necesidades de cuidado desde una lógica universalista; mientras en el caso de España, sí se ha puesto en marcha un sistema universal siguiendo la lógica de los países del modelo continental, pero cuyas políticas de ajuste han producido un estancamiento en la cobertura del sistema y un efecto de expulsión derivado de las políticas de copago (Rodríguez, 2015)<sup>15</sup>.

Esta clasificación de los estados de bienestar coincide con la propuesta de Reher. En ella se aprecia que los modelos nórdico y anglosajón parten de una concepción del cuidado como una responsabilidad compartida entre estado, familia, comunidad y mercado, en conformidad con los sistemas familiares débiles que predominarían en estas áreas; mientras los modelos continental y mediterráneo partirían de una visión del cuidado como responsabilidad de la familia pero que va cambiando conforme crecen las demandas de cuidado de la población, mirada que coincidiría con las características de sistemas familiares fuertes.

En este sentido, surge el debate sobre la forma en que la intervención pública afectaría la solidaridad familiar intergeneracional en la procura de cuidados a las personas en edad avanzada. Se generan así dos hipótesis, la del desplazamiento (*crowding-out*) y la de agrupamiento (*crowding-in*). Bajo la primera se supone que los servicios disponibles para la atención y cuidado de miembros vulnerables tiende a reducir la necesidad de ayuda familiar o incluso a desalentarla; y bajo la segunda, en una posición contraria, se sostiene que los países con altos niveles de servicios de atención estimularían, o al menos no desalentarían la ayuda familiar (Daatland y Lowenstein, 2005)<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Un ejemplo de los contrastes entre el modelo mediterráneo y el continental se aprecia en el análisis comparativo del sistema alemán y el español, ver: Montero (2014).

<sup>16</sup> Una amplia discusión en torno a ambas hipótesis se puede revisar en: Kohli (1999); Künemund y Rein (1999).

Distintas investigaciones se concentraron en someter a prueba estas hipótesis, una de ellas fue la emprendida por Daatland y Lowenstein (2005), quienes estudiaron las diferencias en la solidaridad intergeneracional de cinco países con distintos modelos de bienestar (Noruega, Inglaterra, Alemania, España e Israel) y se dieron a la tarea de evaluar si realmente existe menos cuidado familiar cuando hay más servicios de cuidado disponibles. Para analizar la solidaridad familiar los investigadores retomaron el modelo multidimensional de solidaridad propuesto por Bengtson y Roberts (1991), pero lo modificaron considerando sólo cuatro de las seis dimensiones iniciales; para así evidenciar las diferencias norte-sur en la solidaridad expresada en términos de asociación, afecto, ayuda (funcional) y como obligaciones normativas.

La *solidaridad asociativa* la midieron por la frecuencia de contacto entre padres e hijos, identificando a España como el país que presenta el más alto nivel; pero una mirada crítica de los autores los llevó a reflexionar que este hallazgo puede ser consecuencia de menos oportunidades de vida independiente que de elección personal, dada las altas tasas de coresidencia en España. La *solidaridad afectiva*, por otra parte, resultó igualmente fuerte en los países del norte y del sur, tal vez incluso un poco más fuerte en el norte; esta dimensión, medida por la proporción de ancianos que dicen que se sienten "cerca o muy cerca" de sus hijos y se llevan "bien o muy bien" con ellos, sería un primer acercamiento para considerar que un mayor despliegue de servicios de cuidados públicos no necesariamente se traduce en una menor solidaridad intergeneracional, por el contrario, como sostiene Allan (2001), brindaría la oportunidad de establecer relaciones elegidas voluntariamente, que se convierten en una forma de expresar la identidad y adquieren mayor importancia.

Respecto a la *solidaridad funcional*, determinada por la ayuda brindada y recibida durante un período de 12 meses, no encontraron diferencias sustanciales entre los países; pero al revisar los tipos de apoyo notaron que el apoyo financiero fluye de forma diferenciada, de padres a hijos para el caso de Noruega y Alemania y de hijos a padres para España e Inglaterra. En cuanto a la *solidaridad normativa*, los investigadores identificaron que los sentimientos de obligación filial tendían a ser más fuerte en el sur (España e Israel); no obstante, una mirada cercana a los indicadores que permiten medir esta dimensión llevó a sugerir que las diferencias entre los países se expresaban más claramente en el *carácter* que en la *fortaleza* de las obligaciones filiales. En los países del norte, las normas filiales se basarían en una combinación de responsabilidad e

independencia entre las generaciones, en términos menos prescriptivos y con un margen considerable para las negociaciones sobre cómo las responsabilidades deberían traducirse en la práctica; mientras en los países del sur, las relaciones se encontrarían más motivadas por el deber, con indicaciones más directas y detalladas sobre cuáles son las responsabilidades y cómo deben llevarse a cabo.

Estos primeros hallazgos dieron poco apoyo a la hipótesis del desplazamiento, pero para evaluar cómo se relaciona la atención familiar con los servicios del estado de bienestar, los investigadores redujeron su muestra de estudio a los encuestados de 75 y más años que necesitaban algún tipo de ayuda, pues consideraron que suele ser una etapa en que las necesidades hacen que los servicios sean relevantes y pongan a prueba la solidaridad familiar. Al revisar los factores asociados a la recepción de ayuda familiar para cada país en forma particular, encontraron que, con excepción de Israel, la presencia de limitaciones funcionales era la principal explicación para recibir ayuda familiar, complementada con el hecho de contar con un hijo que viva cerca; y respecto al efecto de un estado de bienestar más generoso, los investigadores notaron que su presencia no reducía los niveles de ayuda familiar, como sugiere la hipótesis de desplazamiento, pero que sólo en el caso de Inglaterra se apreciaba un aumento significativo de acceso a la ayuda familiar.

Estos resultados llevaron a Daatland y Lowenstein (2005) a concluir que los servicios estatales de bienestar más generosos no han desplazado a la familia, pero podrían haber reducido la dependencia a ésta. Los servicios ayudarían a las personas mayores a establecer relaciones más independientes y, por otra parte, permitirían a las familias reorientar su responsabilidad hacia tareas y necesidades menos onerosas, que podrían ser menos cubiertas por los servicios públicos.

Este estudio alentó la necesidad de revisar las diferencias en los tipos apoyos brindados y su relación con los cambios de las estructuras familiares; y a diferenciar entre apoyos y cuidados. Con respecto a los cambios de las estructuras familiares, Stuifbergen, Delden y Dykstra (2008) llevaron a cabo un análisis con el interés de evaluar los efectos del incremento de divorcios, nuevas nupcias y la presencia de medio hermanos y hermanastros sobre el apoyo a las personas en edad avanzada en Holanda.

Stuifbergen y colaboradores exploraron las motivaciones para brindar apoyo desde la perspectiva de los hijos de las personas mayores, considerando cuatro tipos de apoyos: tareas domésticas,

realizar trabajos ocasionales, dar consejos, y mostrar interés en la vida de la otra persona. Entre sus principales hallazgos notaron que el cuidado en la sociedad holandesa tiene un considerable componente femenino, siendo las hijas mujeres las principales fuentes de apoyo para sus padres ancianos en tareas domésticas, dando consejos y mostrando interés.

La presencia de hermanos y medios hermanos no representó diferencias significativas en los apoyos prestados, pero se observó que un número mayor de hermanos se asoció con una menor probabilidad de proporcionar todo tipo de apoyo. Para los investigadores este resultado no significó que personas mayores con familias nucleares pequeñas reciban más apoyos que personas en familias más grandes, la lectura que propusieron a este hallazgo es que los hijos adultos que tienen más hermanos tendrían menores posibilidades de ser el donante de apoyo directo a los padres, porque contarían con una red más amplia de personas para hacerlo, a diferencia de los hijos adultos con menos hermanos que tendrían menores opciones y se encontrarían haciendo malabarismos para cubrir las tareas de apoyo y otros compromisos a la vez.

El incremento de las distancias de separación geográfica entre padres e hijos también presentó resultados significativos, pero únicamente para los apoyos en trabajo doméstico y trabajos ocasionales, tareas con las que se asoció negativamente. Al respecto, Stuifbergen y colaboradores destacaron la importancia de hacer una distinción entre las formas prácticas (tareas domésticas y realizar trabajos ocasionales) y sociales de apoyo (dar consejos y mostrar interés), pues sus descubrimientos indicarían que padres e hijos encuentran formas de comunicarse y mantenerse en contacto, incluso cuando viven lejos, siendo éstas una expresión de la permanencia de lazos intergeneracionales en un contexto donde se prioriza el individualismo sobre la colectividad.

En cuanto a las características de los padres, los investigadores encontraron diferencias significativas con respecto al sexo y el estado conyugal. Las madres solteras tenían más probabilidades de recibir apoyo, independientemente de si su situación siguió del divorcio o la viudez; pero aquellas que se volvieron a unir tendieron a recibir menos apoyo en actividades domésticas que las que permanecieron casadas. Los padres, por otra parte, presentaron mayor propensión a ser apoyados en tareas domésticas al ser solteros por viudez o a recibir apoyo en tareas ocasionales al unirse nuevamente después de enviudar; mientras una nueva unión después del

divorcio les representaría un efecto negativo sobre las probabilidades de recibir apoyos en tareas domésticas.

Un elemento importante en las hipótesis que plantearon Stuifbergen, Delden y Dykstra (2008) era la forma como una buena relación padre-hijo contribuiría a sopesar los efectos de los cambios en las estructuras familiares sobre la recepción de apoyos, aún en un contexto con obligaciones filiales menos fuertes. En este sentido, los investigadores encontraron que los sentimientos de obligación filial tenían una asociación significativa para el apoyo en tareas domésticas, en trabajos ocasionales y en menor grado para dar consejos, pero no con mostrar interés; mientras que una buena relación padre-hijo mantuvo una asociación significativa con los cuatro tipos de apoyo en análisis<sup>17</sup>. Ello les llevó a concluir que en cierta forma los sentimientos afectivos podrían reemplazar el sentido de obligación filial, asegurando el acceso a apoyos en la edad avanzada.

Esta investigación contribuyó a identificar el efecto de cambios sociodemográficos y culturales sobre distintos tipos de apoyo en la edad avanzada, pero también evidenció la necesidad de diferenciar entre apoyos y cuidados. Como señalaron Brandt, Haberkern y Szydlik (2009) la mayoría de los estudios han utilizado de forma indistinta apoyo y cuidado, dejando de lado las diferencias significativas que existen entre estos dos conceptos. Por ello, los autores se concentraron en analizar sistemáticamente las diferencias entre apoyo y cuidado, en explorar qué características individuales y familiares pueden explicar estas actividades que los hijos realizan para sus padres y en revisar en qué forma se relacionan con los servicios sociales de los distintos estados de bienestar.

Brandt y colaboradores partieron de una concepción de cuidado asociada a una condición de dependencia en la edad avanzada, a una necesidad inevitable de ayuda, que puede representar una carga pesada para los familiares; en tanto que por apoyo concibieron a las acciones que se asocian a una decisión voluntaria, que puede adaptarse al tiempo disponible y es de una naturaleza menos obligatoria<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Los encuestados describieron la calidad de la relación con cada padre sobreviviente en una escala ordinal de cuatro puntos: "no excelente", "razonable", "buena" o "muy buena". Una medida de cuatro ítems de obligación filial se derivó del nivel de acuerdo con cuatro proposiciones, que "los hijos deben mantener a sus padres enfermos", que "en la vejez, los padres deben poder vivir con sus hijos", que "los hijos que viven cerca de sus padres deben visitarlos al menos una vez a la semana", y que "los hijos deben tomar un permiso no remunerado para cuidar a sus padres enfermos". Cinco categorías de respuesta estaban disponibles, desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo".

<sup>18</sup> Para una discusión más amplia de las diferencias entre apoyo y cuidados ver: Walker, Pratt y Eddy (1995).

Los investigadores basaron su análisis en la información recuperada de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE, por sus siglas en inglés), que facilitó la investigación comparativa de las relaciones familiares intergeneracionales en 11 países europeos: Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos, España, Suecia y Suiza; analizaron el cuidado y el apoyo de los padres fuera del hogar, operacionalizando *el cuidado* como la ayuda brindada a los padres para vestirse, bañarse o ducharse, comer, levantarse o levantarse de la cama y usar el baño, y *el apoyo* como la ayuda en actividades de limpieza, reparaciones del hogar, jardinería, transporte, compras, tareas domésticas y papeleo<sup>19</sup>.

En principio, Brandt y colaboradores notaron que había diferencias en cuanto al tipo de ayuda que brindaban los hijos a sus padres en distintas áreas geográficas, en los países del norte se tendía a prestar más apoyos que cuidados y en los del sur más cuidados que apoyos. Esto los llevó a preguntarse si las tendencias permanecían cuando se tienen en cuenta las oportunidades, las necesidades y las estructuras familiares; y a poner a prueba la hipótesis de que los hijos en países con servicios sociales bien desarrollados apoyarían a sus padres con mayor frecuencia, pero brindarían cuidados con menos frecuencia que en países con una cobertura social limitada. Esto último ilustraría lo expuesto en estudios previos, que sugirieron la existencia de una responsabilidad mixta, de una especialización o diferenciación entre las actividades que desempeñan la familia y el Estado (Daatland y Lowenstein, 2005; Motel-Klingebiel, Tesch-Römer y Kondratowitz, 2005).

Respecto a los efectos de las características individuales de hijos y padres, los investigadores identificaron que una mayor distancia entre los hogares tenía un efecto negativo en ambas actividades, aunque en forma más pronunciada para el caso del cuidado, ya que siempre requiere de presencia física; que los hijos con educación superior y medios financieros suficientes eran más propensos a apoyar a sus padres, pero no se identificó una relación significativa con cuidarlos; que

---

<sup>19</sup> En la fuente de información se incluye la pregunta “¿ha brindado personalmente algún tipo de ayuda [...] a un miembro de la familia fuera de la casa, un amigo o vecino?”, diferenciando tres tipos de ayuda: cuidado personal, por ejemplo, vestirse, bañarse o ducharse, comer, levantarse o levantarse de la cama y usar el baño; ayuda práctica para el hogar, por ejemplo, reparaciones del hogar, jardinería, transporte, compras, tareas domésticas; y ayuda con el papeleo, como completar formularios, resolver asuntos financieros o legales.

la posibilidad de los padres de dejar una herencia o brindar transferencias financieras a sus hijos se asociaba positivamente con la recepción de apoyos, lo que indicaba una relación recíproca; y que la percepción de un mal estado de salud y una mayor edad tenía un efecto positivo en los apoyos y en los cuidados, aunque en mayor medida para el último. Estos resultados llevaron a Brandt y colaboradores a concluir que el cuidado se basaba principalmente en las necesidades de los padres, en contraste a los apoyos que reflejaban una cuestión de oportunidades.

En cuanto a las estructuras familiares, encontraron que el género tenía un efecto sustancial, las hijas apoyaban y cuidaban con mayor frecuencia que los hijos y, en general, también las madres recibían más apoyo y cuidados que los padres; adicionalmente identificaron que era más probable que los hijos apoyen y cuiden de sus padres cuando no tenían hijos propios, lo que llevó a interpretar que la atención a hijos y padres debía considerarse como obligaciones en competencia; y en lo referente al número de hermanos, la probabilidad de apoyar a los padres disminuía con cada hermano adicional, pero el cuidado al parecer no dependía de la cantidad de hermanos.

Finalmente, un aspecto de particular interés para Brandt, Haberkern y Szydlik (2009) era someter a prueba la hipótesis de una especialización entre las actividades que desempeñaban la familia y el Estado. Al respecto encontraron que cuanto mayor era la proporción de servicios sociales y de salud, más hijos apoyaban a sus padres (comprobando la hipótesis de “agrupamiento”) y menos hijos los cuidaban (comprobando la hipótesis de “desplazamiento”). Estos resultados los conciliaron sobre la base de la *hipótesis de la especialización*, argumentando que en países con un sistema de servicio bien desarrollado, la familia tendía a brindar apoyo en actividades prácticas y de forma esporádica, mientras que el estado adquiriría la responsabilidad del cuidado vital, cuyas actividades consumen más tiempo; y, de forma contraria, que las familias tendían a tener que hacerse cargo de apoyos y cuidados en países como los mediterráneos, donde la prestación de atención institucional era menos eficiente.

Estos hallazgos fueron de particular relevancia, pero tanto en este último estudio como en los mencionados en páginas anteriores se aprecia la carencia de una mirada desde las desigualdades socioeconómicas y de género, muy probablemente asociada a los contextos en estudio y a su centralidad sobre los efectos de la presencia o no de estados de bienestar que brinden servicios sociales para el cuidado en la edad avanzada. En tal sentido, trabajos como los de Jong,

Blommesteijn y Valk (2003) y Saraceno (2010) fortalecen la necesidad de adoptar esta perspectiva analítica.

Jong, Blommesteijn y Valk (2003) plantearon la importancia de visibilizar la heterogeneidad en la vejez, en particular en relación con las diferencias de género. En su análisis un argumento central fue que el envejecimiento como experiencia femenina difería significativamente del envejecimiento como experiencia masculina. Las investigadoras revisaron datos de cuatro países: Finlandia, Reino Unido, Italia y Hungría, prestando especial atención a las diferencias entre hombres y mujeres mayores relacionadas con el estado conyugal, el arreglo residencial en que habitan y el nivel socioeconómico.

Con respecto al estado conyugal encontraron comportamientos directamente relacionados con los patrones de nupcialidad de las poblaciones que estudian, mayores tasas de personas nunca unidas y divorciadas o separadas en Finlandia y mayores tasas de personas unidas en Inglaterra, Italia y Hungría, con un incremento en las tasas de viudez a edades más avanzadas. Para las autoras un hallazgo importante radicó en la abrumadora cantidad de hombres casados que encontraron frente a la gran mayoría de mujeres mayores viudas, dado que ello representaba que estas mujeres, al quedar solas, tenían que asumir los costos de mantener un hogar y muy probablemente los gastos relacionados con su salud.

Sobre el arreglo de vivienda, analizaron las diferencias entre hombres y mujeres por estado conyugal y categoría de edad, notando en todos los países que vivir con un cónyuge sin otras personas era el arreglo de vivienda más característico entre hombres y mujeres mayores unidos y, a medida que alcanzaban edades más avanzadas, tendían a vivir con un cónyuge, hijos adultos e incluso nietos, principalmente en Italia y Hungría. Respecto a la población viuda, en su mayoría femenina, identificaron altas proporciones de viudas que vivían solas, pero con diferencias por grupos de edad en cada país, en Finlandia las viudas tendían a conservar este arreglo hasta los 85 años o más, en Reino Unido e Italia hasta los 75 y más años y en Hungría hasta los 70 a 74 años. Estos resultados llevaron a las autoras a discutir sobre el acceso a apoyos en los diferentes arreglos de vivienda en la vejez; para aquellas personas que vivían en hogares de pareja o con pareja y otros miembros, consideraron al cónyuge como el mejor proveedor de apoyo emocional e instrumental, dada la proximidad, el compromiso a largo plazo y la similitud de intereses y valores que subyacen



a este tipo de apoyo; y para aquellas que vivían solas o en hogares multigeneracionales reconocieron a los hijos como las principales fuentes de cuidado y apoyo.

El efecto del género en las oportunidades y limitaciones socioeconómicas en la edad avanzada fue la última dimensión de las tres analizadas por Jong, Blommesteijn y Valk (2003), utilizando como indicadores los servicios disponibles en la vivienda que habitan las personas mayores. Al respecto encontraron que los hombres mayores, que vivían en pareja, tendían a tener casas mejor equipadas que las mujeres viudas. Para las investigadoras esto era una aproximación para considerar que los años de vida ganados por las mujeres en la vejez no necesariamente se traducían en años de vida con condiciones económicas favorables.

La investigación de Jong y colaboradoras dio cuenta de la importancia de una mirada de género en los análisis sobre la vejez; pero el estudio de Saraceno (2010) expuso la necesidad del examen de la desigualdad de clase y género. El planteamiento principal de la investigadora radicó en sustentar el estudio bigeneracional de estas desigualdades, dado que ello permitiría visibilizar la manera en que la desigualdad social afecta tanto los recursos disponibles para las personas mayores dependientes, como los recursos de los hijos y sus oportunidades de vida.

Saraceno destacó que la dependencia en la vejez no solo implica tratar con el sistema de salud, su organización y costos, también implica hacer frente a un conjunto de actividades relacionadas con las necesidades de la persona dependiente, actividades que se pueden realizar de forma más o menos constante, físicamente extenuantes y que tenderían a dejarse, total o parcialmente, a la familia (o al mercado). Ante tal panorama, la autora señaló que la ausencia de servicios públicos tendría efectos diferenciados por clase social y género para quienes ofrecen cuidados y para los que lo reciben.

Respecto a los oferentes de cuidados, subrayó las diferencias entre los de clase media y los de clase trabajadora. Los oferentes de clase media contarían con recursos para comprar cuidados en el mercado y, en cierto modo, desprenderse de las tareas más extenuantes, presentando mayores probabilidades de desempeñarse en otros ámbitos de la vida; en tanto que los oferentes de clase trabajadora, sobre todo mujeres, tenderían a reducir o incluso abandonar su trabajo remunerado para cumplir con sus obligaciones filiales, siendo expuestos a pérdidas económicas con consecuencias a corto y largo plazo. Este argumento coincidió con el análisis de Sarasa y Billingsley (2008), quienes encontraron que hijos con mayores ingresos, de padres con mayores

ingresos, tenían menos probabilidades de ayudar directamente con el cuidado personal y las tareas del hogar; a diferencia de hijos con bajos ingresos, de padres dependientes con bajos ingresos, que tenían una mayor proporción de trabajo de cuidado y una capacidad más reducida de permanecer en el mercado de trabajo.

Sobre los receptores de cuidados, Saraceno resaltó el predominio de fuentes de cuidados informales para las personas mayores con carencias económicas, tal y como señalaron Groenou y colaboradores (2006) en un análisis sobre las variaciones en el uso de ayuda informal y formal fuera del hogar, en el que identificaron que las personas mayores insertas en los estratos medio y bajo tenían una mayor propensión a recibir apoyos informales que los del estrato alto. Aunque la autora también advirtió que se trataría de redes de apoyo particularmente frágiles y vulnerables al agotamiento, aun cuando en ellas llegue a movilizarse tanto apoyo como en las redes de personas sin carencias económicas.

Pero otro elemento importante en el trabajo de Saraceno (2010) es el argumento que desarrolló para visibilizar las desigualdades que pueden generar la existencia de políticas de cuidado sin una consideración de las desigualdades sociales. Para ello la investigadora destacó la importancia de diferenciar si el apoyo se ofrece en especie o en dinero o en una combinación de ambos; y, si se ofrece en dinero, si existen reglas específicas sobre cómo debería gastarse<sup>20</sup>. La consideración de estas características permitiría establecer una distinción entre servicios públicos desfamiliarizados; servicios de mercado desfamiliarizados a través de apoyos con dinero público; y familismo apoyado con dinero público.

A partir de estas diferencias, la autora señaló que cuanto mayor sea la cantidad de cuidado que se deja a las familias, mayor será el papel que juegan las desigualdades socioeconómicas y de género en la capacidad de sustituir el cuidado, pues cuando el apoyo se ofrece en dinero y no en servicios, las compensaciones entre usar ese ingreso para comprar servicios y mantenerlo para el presupuesto familiar, mientras se brinda el apoyo directamente, son distintas entre mujeres en diferentes circunstancias socioeconómicas, incluso a costa de reducir su participación en el mercado laboral<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Véase también Jensen (2008)

<sup>21</sup> Para revisar otros análisis que apoyan este argumento ver: Keck y Saraceno (2009); Comas d'Armegir (2015); Albertini y Pavolini (2017); Peterson (2017).

Hasta aquí, mucha de la investigación revisada se concentra en los cuidados brindados por los hijos, dando por hecho el cuidado por parte de la pareja. Sin embargo, el cuidado brindado por la pareja mayor es otro ámbito en el que se puede apreciar las desigualdades de clase y género. Un ejemplo de ello se observa en el trabajo llevado a cabo por Bertogg y Strauss (2020), quienes analizaron los arreglos de cuidados de hombres y mujeres mayores, en su calidad de cónyuges de una persona que requiere de cuidados personales.

Las investigadoras mostraron que la atención por parte de la pareja sigue siendo una opción popular y ampliamente utilizada para tratar la disminución de la salud dentro de la sociedad europea. Sin embargo, también distinguieron que el cuidado exclusivo del cónyuge a largo plazo no es la única opción. A medida que las parejas envejecen juntas, sería la persona funcionalmente menos limitada la que se convierte en cuidadora de la pareja funcionalmente más limitada; pero cuando la carga de atención tiende a ser intensa y la salud del cuidador se ve afectada, es probable que la carga de cuidados se comparta con ayudantes formales o informales o se externalice por completo a una tercera persona. En tal sentido, Bertogg y Strauss confirmaron que los hombres sí se involucran en la atención conyugal, pero los arreglos de cuidado de ellos serían distintos a los de las mujeres mayores. Las mujeres cuidadoras tenderían a ser cuidadoras en solitario, mientras los hombres compartirían más a menudo el cuidado con ayudantes informales, es decir, con miembros de la familia, amigos o vecinos.

En este escenario, la política de bienestar de cada país juega un papel importante. Para evaluar ello, las investigadoras compararon los gastos para dos esquemas de política pública: los servicios de atención domiciliaria financiados con fondos públicos (*Care-in-Kind*) y los subsidios de pago con efectivo (*Cash-for-Care*) y sus efectos sobre cinco tipos de arreglo de cuidados: en solitario; compartido informalmente; compartido formalmente; subcontratado informalmente; y subcontratado formalmente. Entre sus hallazgos notaron que los servicios a domicilio constituyen medidas inclusivas cuando se trata de la participación de los cónyuges como cuidadores, pero "desplazan" a otros ayudantes informales; los esquemas de efectivo, por otro lado, significan un "efectivo extra" en el presupuesto familiar y tienden a incrementar las probabilidades de compartir informalmente el cuidado y la subcontratación a un tercer cuidador. Aunque, para este último esquema, se demostró que sus efectos varían según el estado socioeconómico: cuanto más "efectivo extra" esté disponible, mayor será la propensión de los hogares de mayores ingresos a gastarlo en

atención domiciliaria formal, y mayor será la propensión de los hogares de bajos ingresos a elegir arreglos de cuidado compartidos informalmente.

Este conjunto de estudios reseñados da cuenta de las diferentes formas en que se concibe el cuidado en la región europea y la manera como se cubren las necesidades de la población mayor ante situaciones familiares y económicas distintas, así como la forma en que las políticas públicas surten efecto. Pero ahora corresponde hacer lo propio en la región latinoamericana, un área geográfica que experimenta un proceso de envejecimiento acelerado en un contexto en que prevalecen desigualdades sociales importantes.

### **Desigualdad social, envejecimiento y cuidados. La evidencia en el contexto latinoamericano**

En todas las sociedades siempre ha habido personas que requieren la ayuda de otros para realizar sus actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo pasado, se han experimentado notables cambios en el modo como se da respuesta a estas necesidades (Casado y López, 2001). La principal diferencia entre los países de Latinoamérica y los desarrollados, es que en estos últimos las necesidades de cuidados se consideraron como un problema social desde los años setenta; en tanto que este proceso ha tenido una evolución reciente en los países de la región latinoamericana (Huenchuan, 2009).

Actualmente, en América Latina se presentan características que han fomentado una mayor atención hacia los cuidados. En primer lugar, porque los sistemas tradicionales de cuidado han dejado de funcionar con la relativa estabilidad que presentaron hasta gran parte de la década de los ochenta, como consecuencia de la rápida urbanización, el incremento de la población femenina en el mercado de trabajo, la reducción del tamaño de las familias, su tendencia hacia los arreglos unigeneracionales de residencia y las migraciones de los adultos jóvenes. En segundo lugar, porque el grupo de personas en edad avanzada ha alcanzado un peso demográfico importante en el conjunto de la población, producto de una transición demográfica que se está produciendo con notable velocidad; en este grupo etario, es verdad que muchas personas gozan de buena salud y alto grado de independencia, pero también es cierto que se eleva el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad. Y, en tercer lugar, porque los sistemas de protección social a la vejez

son diversos en la región, algunos países poseen extensos y antiguos sistemas, mientras otros carecen todavía de una cobertura aceptable (Huenchuan, 2009; Gascón y Redondo, 2014).

Dado este escenario, distintas investigaciones han evaluado la forma en que se distribuyen las responsabilidades de cuidado, llegando a la conclusión de que es la familia la principal fuente de cuidados a las personas mayores en la sociedad latinoamericana (Sunkel, 2006; Acosta, Pizarro y Perrotta, 2018). En algunos países de la región se ha avanzado desde hace algún tiempo en la prestación de cuidados públicos a la población en edad avanzada. Costa Rica y Uruguay, por ejemplo, cuentan con servicios de asistencia en el hogar, centros de día y servicios para personas que brindan cuidados; y Argentina con residencias de larga estadía en las que llevan a cabo la atención integral de las personas mayores (Rossel, 2016). Pero, aún con estos esfuerzos, el desarrollo de servicios de cuidados para la población adulta y adulta mayor dependiente es todavía muy limitado en América Latina (Batthyány, 2015; Rossel y Filgueira, 2015)<sup>22</sup>.

Pero este régimen “familista” que caracteriza a la región se ve afectado por múltiples formas de desigualdad y exclusión (Acosta, Pizarro y Perrotta, 2018). Al dejar que las familias resuelvan el problema de la protección de las personas mayores por sí mismas, se han desarrollado estrategias de solidaridad intergeneracional para cubrir las necesidades de asistencia económica y cuidado de este segmento de la población (CEPAL, 2000). Ello ha generado que las desigualdades de género y clase se profundicen, tanto en la provisión como en la recepción de cuidados.

En un estudio de caso para la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, Redondo (2012) analizó las inequidades de género en el cuidado a personas mayores con limitaciones para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, encontrando que los costos de la dependencia aumentaron en los hogares donde habitan mujeres mayores, debido al incremento del gasto en la contratación de personal para ofrecer cuidados personales. Ello se asoció a dos factores de los patrones de género, la mayor sobrevivencia relativa de las mujeres, que tienden a residir en hogares unipersonales en los que se contrata personal de apoyo; y a que los hombres no suelen suministrar

---

<sup>22</sup> Para una revisión de las características de los servicios de cuidado de largo plazo y de atención a la dependencia en la edad avanzada, ver: En América Latina, Aranco et al (2018), Cafagna et al (2019); Aranco e Ibararán (2020). En Chile: Dirección Sociocultural (2017). En Colombia, Flórez et al (2019). En Costa Rica, Medellín et al (2019); Jara Maleš et al (2020). En Uruguay, Aranco y Sorio (2019).

los cuidados personales, por lo que, en caso de dependencia de la cónyuge mujer, se suele también contratar personal que los preste.

Por otro lado, Redondo (2012) notó que la tasa de internación en instituciones geriátricas de las mujeres de edad extrema era más elevada, considerando que se preferiría esta opción porque, en niveles de dependencia severo, los gastos familiares son más elevados en las viviendas particulares que en las instituciones de larga estadía. A partir de estos hallazgos, la autora destacó la importancia que merece la discusión de las cuestiones de género en la dependencia, pues tal parece que las mujeres son las principales cuidadoras informales de las personas dependientes a lo largo de todo su ciclo de vida, pero cuando la situación de dependencia de ellas lo requiere tienden a no recibir esos cuidados o a ser trasladadas a instituciones de larga estadía, teniendo menores posibilidades de envejecer en casa; aunque, en este último punto, habría también que considerar las preferencias de las mujeres mayores, información de la que no se dispone en el trabajo.

Respecto a las desigualdades socioeconómicas, Redondo (2012) no pudo desarrollar argumentos con base a sus resultados, dado que su estudio se concentró en personas mayores de clase media y alta; pero resaltó la necesidad de discutir sobre el papel del Estado en la promoción, la acreditación, la regulación y –eventualmente– la subvención de servicios integrales de larga duración para personas dependientes con recursos materiales insuficientes, toda vez que la falta de intervención estatal en la materia deja librada la resolución de los problemas a las familias y la diversidad de respuestas y de recursos para enfrentar esta situación puede esconder significativas inequidades que perjudican a las mujeres en los años finales de sus vidas y, aunque no lo menciona directamente la autora, a quienes las cuidan. Esto último, en relación a sus hallazgos del aumento en la probabilidad de los hijos/as de sentirse sobrecargados o estresados al cuidar a su padre y/o madre dependiente, lo cual ocurre en sectores sociales con mayores posibilidades de contar con servicios remunerados, a diferencia de quienes se encuentran en sectores sociales más limitados, que pueden experimentar estos sentimientos sin la oportunidad de delegar o contar con un respiro frente a estas responsabilidades de cuidado.

Un análisis que trata de profundizar en el efecto de las políticas públicas sobre los cuidados a personas en edad avanzada es el llevado a cabo por Redondo y colaboradoras (2018), quienes exploraron la composición de los hogares en los que residen las personas mayores, que presentan limitaciones permanentes derivadas de problemas físicos o cognitivos, con el propósito de

identificar el impacto de los servicios formales de base comunitaria sobre sus modalidades de allegamiento residencial. Para lograr ello, las investigadoras realizaron un análisis comparativo entre Argentina, México, Uruguay y España, países que reconocen tienen similares tradiciones culturales y familiares pero que difieren en su estadio demográfico y en la institucionalización de los servicios de cuidados continuos en la comunidad.

Redondo y colaboradoras (2018) encontraron que en los tres países de América Latina las personas mayores tienen mayores probabilidades de convivir con sus familiares a medida que aumenta la severidad en las limitaciones, pues requieren apoyos y cuidados de mayor complejidad e intensidad; y en España, por el contrario, descubrieron que la probabilidad de residir solos, aún con limitaciones severas, es más alta que en los países latinoamericanos. Al notar este comportamiento, las investigadoras sostuvieron que esto puede ser considerado un efecto de la dependencia sobre los arreglos residenciales en la vejez, pero también un efecto de la existencia de servicios institucionalizados.

Sobre el efecto de las desigualdades de clase y género, las investigadoras concuerdan con la advertencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pues consideran que las carencias de sistemas de cuidado formales acentúan las desigualdades sociales; sin embargo, no profundizan en el estudio de estas desigualdades.

Un trabajo que sí se acerca a analizar el efecto que pueden tener las desigualdades socioeconómicas y de género es el emprendido por Silva (2016), quien analizó la manera en que un conjunto de características individuales y la composición de la red de apoyo afectan el nivel total de atención que reciben las personas mayores en Brasil, expresada en el número medio de individuos que los ayudan por día<sup>23</sup>. En cuanto a características individuales, la investigadora identificó que en la edad avanzada los hombres menos escolarizados, sin ingresos o con un ingreso menor a un salario mínimo tienden a presentar mayores probabilidades de recibir ayuda de un número mayor de individuos. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en los países europeos, en el sentido de

---

<sup>23</sup> El nivel de atención total se calculó a partir de la frecuencia de ayuda que la persona mayor declaró recibir de su red de apoyo, con base en los resultados de la Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE), para la ciudad de Sao Paulo en el año 2000. Dado que la frecuencia reportada podía estar expresada en meses, semanas o días, la investigadora optó por convertir todo a una misma escala de periodicidad anual (por ejemplo, si alguien ayudaba 2 veces a la semana, en un año ayudaba 104 veces, pues el año tiene 52 semanas); para cada persona mayor se sumaron las frecuencias anuales de cada familiar que aporta ayuda, estimándose la frecuencia anual total de ayuda; y para calcular el número medio de individuos que ayudan a la persona mayor por día, se dividió la frecuencia anual entre 360 (que son los días considerados en un año comercial).

que son los menos privilegiados quienes reciben una mayor atención, pues la familia reacciona para satisfacer las necesidades de la dependencia ante la ausencia de sistemas de apoyo formal; pero llama la atención que los hombres cuenten con probabilidades más altas que las mujeres a recibir ayuda de un mayor número de personas, resultado que puede asociarse con el tipo de ayuda analizada por la autora, pues considera en forma conjunta todos los tipos de apoyo recibidos en la edad avanzada (instrumentales, domésticos, financieros, entre otros).

Una vez que se controlan los efectos de la desigualdad, que pueden relacionarse con el género y la clase, Silva (2016) pone acento en el estudio de la red de apoyo con que cuentan las personas envejecidas. Para ello utiliza una clasificación de redes de apoyo que considera la proximidad de residencia y de parentesco, distinguiendo tres tipos de redes, la compuesta por: el núcleo familiar; la familia de parentesco; los familiares y amigos<sup>24</sup>. En los tres tipos de red encuentra que cuanto mayor sea el número de individuos que la componen, mayor será la probabilidad de que la persona envejecida declare que recibe ayuda de más individuos; y en cuanto a su composición descubre que las personas mayores sin cónyuges o hijos corresidentes reciben ayuda de un menor número de individuos en promedio. Tales resultados corroboran que el cuidado recae principalmente en los cónyuges e hijos corresidentes y confirman la importancia de analizar la estructura y características del hogar que habita la persona en la edad avanzada, como dimensiones que se asocian con la recepción de cuidados y en las que se han identificado expresiones de la desigualdad social.

La coresidencia de varias generaciones es con frecuencia considerada indicador de la insuficiencia de recursos o del progresivo deterioro de las condiciones de salud de las personas mayores, así como reflejo de las dificultades de los hijos para independizarse económicamente (CEPAL, 2000). La residencia independiente, por otra parte, está fuertemente relacionada con la viabilidad física y financiera de la persona mayor, toda vez que este arreglo requiere que las personas mayores disfruten de buena salud o puedan pagar por servicios de asistencia, y estén en condiciones de solventar los costos de mantener un hogar (Huenchuan, 2009).

---

<sup>24</sup> El núcleo familiar está formado por la persona mayor, su cónyuge y los hijos que viven en el mismo hogar; la familia de parentesco está formada por el padre, la madre y los hijos, independientemente de la coresidencia de los hijos con las personas mayores (se diferencia del núcleo familiar porque, además de los hijos residentes con la persona mayor, incorpora los hijos fuera del hogar); y la red de familiares y amigos incluye a todos los individuos de la red social de la persona mayor citados en la Encuesta SABE (sean parientes o no, coresidan o no).



Distintos estudios en la región han identificado que la población adulta mayor recibe apoyo de redes informales, principalmente de familiares corresidentes, pues compartir el mismo espacio contribuye con la prestación de tiempo y servicios para los adultos mayores, convirtiéndose en una fuente de múltiples apoyos para aquellos que no cuentan con ingresos. Pero los resultados de los censos de la década de 2010 revelan un notorio aumento del porcentaje de hogares unipersonales, registrándose los valores más altos en los países cuyo envejecimiento demográfico está más avanzado: Uruguay (12,5%), Argentina (8,6%), Cuba (7,4%) y Chile (7,4%) (Huenchuan, 2018).

Ante este escenario, se pueden apreciar dos líneas de análisis que se acercan a explicar la asociación entre el tipo de hogar en que reside la persona mayor y la recepción de cuidados, una que se concentra en el estudio de los arreglos residenciales en la vejez y las transiciones que experimentan, y otra que promueve la exploración de las condiciones de confort y seguridad en el entorno residencial de la persona mayor.

En la primera línea se inscriben investigaciones como la desarrollada por Pérez y Brenes (2006), quienes estudiaron un conjunto de siete ciudades latinoamericanas e identificaron que eran las mujeres y los más envejecidos los que presentan mayor propensión a cambiar su estructura familiar; y que la necesidad de apoyo era la tercera razón en importancia para un cambio en el arreglo residencial (sólo por detrás de la salida del hogar de origen de los hijos y de la transición a la viudez). Estos hallazgos pusieron en evidencia las diferencias entre las transiciones de arreglos residenciales de hombres y mujeres mayores en la región latinoamericana, y sugieren que la permanencia en hogares unipersonales sería un primer estadio en la vejez, que se mantiene en tanto las condiciones de salud lo permitan.

Adicionalmente, Pérez y Brenes observaron que ninguna de las dos variables relacionadas con el nivel socioeconómico –el índice de artefactos y el nivel educativo– tuvieron efectos significativos en la probabilidad de que se modifique la composición del hogar, pero sí en cuanto al tipo de arreglo al que se transita. Al respecto identificaron que cuanto mayor era el número de artefactos, mayor era la probabilidad de transitar hacia un hogar con cónyuge e hijos. Los datos de los que disponían los autores no les permitieron determinar exactamente qué persona era la que motiva el cambio, pero consideraron probable que se debía a que los hijos retornan al hogar.

Otro análisis en esta línea es el llevado a cabo por Redondo, Garay y Montes de Oca (2015), quienes exploraron los cambios en la distribución de los hogares que habitan las personas mayores en

Argentina y México. En su análisis pusieron en evidencia que el arreglo familiar extenso tiene mayor presencia entre la población adulta mayor mexicana; que el hogar nuclear concentra a una alta proporción de adultos mayores en ambas poblaciones, pero en el caso de Argentina predominan las parejas solas y en México el arreglo nuclear con hijos; y que los hogares unipersonales son significativamente más elevados en la población adulta mayor argentina que en la mexicana. Tales resultados les parecieron compatibles con los distintos niveles de envejecimiento poblacional que presentan cada uno de los países; pero, adicionalmente, plantearon otra perspectiva para observar las distintas estructuras de los hogares con personas mayores, las modalidades de allegamiento según la edad de sus integrantes.

Al distinguir los hogares en que todos sus integrantes son personas de 65 años y más (*monogeneracionales*), de aquellos en los que viven personas con 65 años y más con al menos una persona que es menor de 65 años (*multigeneracionales*), Redondo y colaboradoras notaron que el hogar multigeneracional, cuyo jefe era una persona de 65 años o más, representaba una alta proporción en ambos países, pero aún mayor en México. Para las autoras, estos hallazgos fueron indicador de que los hijos adultos (y posiblemente sus descendientes) permanecían en el núcleo familiar de origen por más tiempo, situación que asociaron a las dificultades que enfrentan los más jóvenes para el acceso a una vivienda propia o a las necesidades de cuidados de los padres ante las carencias de sistemas de cuidados formales.

Como aproximación para analizar las diferencias socioeconómicas, Redondo, Garay y Montes de Oca (2015) revisaron los efectos del nivel educativo sobre las probabilidades de residir en cierto tipo de hogar. Al respecto identificaron que, tanto en Argentina como en México, la población de 65 años y más con nivel educativo bajo y medio presentaba más probabilidad de residir en hogares extensos o compuestos y aquella con nivel educativo alto tendía a residir en hogares de pareja sola y en unipersonales.

En la segunda línea de análisis se promueve el estudio de las condiciones de confort y seguridad en el hogar que habita la persona mayor, como factor que permite cuidar de las personas mayores en su entorno residencial y con ello cumplir el deseo de las personas de envejecer en casa. Un ejemplo de estos estudios es la investigación que llevaron a cabo Redondo y colaboradoras (2015) para los casos de Argentina, Brasil, México y España, quienes observaron que la condición de

propietario de la vivienda era mayoritaria entre las personas de 65 y más años de los cuatro países analizados (en todos los casos más del 80% de las personas mayores son propietarias de las viviendas en que residen); y que la disponibilidad de servicios de infraestructura básica (agua potable, cañería de agua instalada, baño dentro de la vivienda y conexión a desagüe cloacal) era prácticamente universal en España, mientras que la población mexicana era la que vivía en las peores condiciones, dado que la mitad de los hogares de personas mayores no poseían instalación de agua dentro de la vivienda.

Lo anterior constituiría una condición de suma adversidad para personas en situación de fragilidad y dependencia, sobre todo porque se apreció en hogares unipersonales y de parejas mayores solas. Por ello, las autoras expusieron que en los casos en que se verifiquen carencias de servicios públicos indispensables, materiales constructivos deficitarios o situaciones de hacinamiento, debía considerarse que el entorno residencial no era apto para el cuidado y se debían evaluar las alternativas para efectuar las mejoras necesarias, o preferir otros ámbitos como las instituciones de larga estadía.

Pero un estudio más complejo, que une ambas líneas de análisis, es el emprendido por Redondo *et al* (2016), quienes en forma comparada revisaron la relación entre el entorno residencial (los tipos de arreglos residenciales y las condiciones de confort y seguridad en el hogar que habitan) y la discapacidad en la edad avanzada, para los casos de Argentina, México, Uruguay y España. En principio las investigadoras notaron, a partir de un análisis de conglomerados, que las limitaciones de las personas mayores estaban estrechamente asociadas con las características de su entorno residencial, pero que existían diferencias entre la cantidad y tipo de limitación que presentaban. En cuanto al número de limitaciones observaron que quienes no tenían limitaciones o presentaban como máximo dos limitaciones, se encontraban en hogares con menor número de personas, principalmente de estructuras nucleares y en viviendas con características más favorables en los materiales y servicios disponibles; mientras que quienes presentaron tres o más limitaciones habitaban en hogares más numerosos, de carácter extenso y en viviendas con condiciones menos favorables. Y cuando distinguieron por tipo de limitación, apreciaron que las personas mayores con limitaciones auditivas, visuales o motora inferior se encontraban en estructuras familiares nucleares y extensas y las características de su vivienda eran favorables; a diferencia del grupo de

personas con limitaciones cognitivas, que solían vivir en hogares más grandes y en condiciones más desfavorables.

Estos hallazgos se confirmaron cuando Redondo y colaboradoras (2016) sometieron a prueba el efecto del número y tipo de limitaciones sobre el arreglo residencial y las condiciones de la vivienda que habitaban las personas mayores, controlando por el efecto de la edad. Al realizar este ejercicio, las investigadoras encontraron que la presencia de limitaciones, independientemente del número, tenía un efecto restrictivo sobre la propensión de las personas mayores a vivir solas o en hogares unigeneracionales en Argentina; en cambio, para los casos de México y Uruguay, se apreciaban gradientes en cuanto al número de limitaciones, pues la presencia de una limitación en la población mexicana y hasta dos limitaciones en la uruguaya incrementaban las probabilidades de vivir en hogares unipersonales y de pareja sin hijos en la edad avanzada.

En cuanto a las condiciones de la vivienda que habitan las personas mayores, Redondo y compañeras (2016) observaron que residir en viviendas con condiciones menos favorables guardaba una asociación positiva con tener una limitación visual o auditiva en Argentina y con tener una o más limitaciones de tipo auditivo, visual o motor en México; y que, entre la población adulta mayor uruguaya, quienes informaron sobre alguna limitación, independientemente del tipo, fueron menos propensos a residir en viviendas desfavorables<sup>25</sup>.

Estos resultados llevan a sostener que gran parte de la población latinoamericana que envejece, enfrenta importantes discapacidades y se encuentra en los sectores sociales más vulnerables; y ello fortalece el planteamiento de la CEPAL sobre la necesidad de crear servicios sociales de cuidados en la región, pues el empobrecimiento de la persona mayor con dependencia es un riesgo inminente en los países sin cobertura de servicios sociales (Huenchuan, 2014).

Pero el planteamiento de la necesidad de servicios sociales de cuidados lleva a considerar que las desigualdades sociales no sólo se expresan en la población receptora de atención, también se aprecian en la población que brinda los cuidados. Filgueira y Espejo (2011) identificaron que en América Latina existen múltiples investigaciones de carácter cualitativo y cuantitativo en que se

---

<sup>25</sup> En el modelo de regresión logística binomial que desarrollaron las investigadoras, la categoría de referencia fue la vivienda favorable. Para la construcción de esta variable consideraron como vivienda con condiciones favorables aquella que contaba con piso de cemento o mosaico, techo de concreto, que usaban gas como combustible para cocinar y que tenían baño con cisterna. En caso de no habitar en viviendas con estos materiales y servicios se consideró que la persona mayor residía en una vivienda con condiciones desfavorables.

evidencia que una de las principales causas para que muchas mujeres no se inserten en el mercado laboral son las obligaciones asociadas al tradicional papel de género. Estos autores señalaron que la desigualdad en el acceso al trabajo remunerado que enfrentan las mujeres, así como la brecha salarial y otras discriminaciones en el mercado laboral, son expresiones que se retroalimentan con la disparidad de género en la provisión del cuidado dentro de los hogares.

En este mismo sentido, Rico (2011) ha criticado que, a pesar del ingreso masivo de las mujeres, no se han considerado las necesidades de cuidado existentes en los hogares, ni las necesidades de autocuidado de los trabajadores y trabajadoras; el trabajo remunerado aún se concibe como si las personas no tuvieran otras actividades o responsabilidades que cumplir, por lo que sigue presente el estereotipo del “trabajador ideal sin responsabilidades familiares”, aun cuando en la actualidad las mujeres son en muchos hogares la principal o única proveedora de ingresos.

En consecuencia, otra dimensión de análisis para el estudio del cuidado es la sobrecarga de trabajo que experimentan las mujeres. En estudios realizados para América Latina, con base en encuestas de uso de tiempo, se ha observado que existe una brecha significativa en las horas dedicadas por mujeres y varones a las tareas de cuidado y a las labores domésticas, aunque ambos participen en el mercado de trabajo. Cerrutti y Binstock (2011), por ejemplo, han expuesto que la ruptura del modelo tradicional solo ha implicado una extensión de la carga de trabajo cotidiana para muchas mujeres, cuya pertenencia a distintos sectores sociales ha implicado diferencias tanto en el acceso al mercado de trabajo como en las opciones de las que se dispone para la provisión de cuidados.

Ante este panorama, Filgueira y Espejo (2011) identificaron que entre las potenciales adaptaciones para distribuir la carga se considera la compra de servicios en el mercado y el uso de servicios públicos de cuidado; sin embargo, los investigadores señalaron que ello ocurre de forma diferente por sectores sociales. En los sectores medios y altos se comprarían servicios de cuidado en el mercado; en los sectores medios y medios bajos se construirían formas comunitarias intergeneracionales de apoyo al cuidado o compra de servicios de menor calidad; y en los sectores populares, habría un retiro del mercado laboral, dada la dificultad de combinar trabajo remunerado y no remunerado en una distribución que recae enteramente sobre la mujer, y formas comunitarias intergeneracionales de cuidado o servicios informales de mercado de muy baja calidad.

Y en el largo plazo, Rico (2011) señaló que esta situación tendría un gran efecto para las mujeres, fundamentalmente cuando son mayores y no tienen acceso a la seguridad social. La información

disponible para la región indicaría que, entre las personas mayores de 60 años, las mujeres que no tienen ingresos propios representan una proporción mucho mayor que los varones que se encuentran en la misma situación; siendo ello reflejo de cómo se profundiza la indefensión femenina con los años, asociada con una mayor esperanza de vida y a que no disminuye de forma significativa la carga de cuidado a lo largo del ciclo vital.

Dado el efecto que las tareas de cuidado tienen en el corto, mediano y largo plazo, es necesario revisar las características de las personas que cuidan a la población adulta mayor en forma particular. Como previamente se señaló, los estudios dirigidos a analizar los efectos del cuidado en la vida de los cuidadores han experimentado un considerable incremento en las últimas décadas, pero los enfocados en el cuidado a personas adultas mayores es aún incipiente en la región. En este sentido, un importante antecedente es el trabajo desarrollado por Herrera y Fernández (2013), quienes indagaron sobre los factores que se asocian con que los hijos adultos brinden ayuda alguno de sus padres.

Las investigadoras reconocen que “las personas mayores confían en que sus hijos adultos les darán ayuda y cuidados cuando ellos lleguen a ser frágiles o experimenten algunas dificultades propias de la edad” (Herrera y Fernández, 2013); lo cual comúnmente se ha interpretado como indicador de la existencia de obligaciones familiares, que para el caso de las obligaciones de los hijos con los padres se denomina norma de *responsabilidad filial*. Pero, adicionalmente, las autoras argumentan que se debe de diferenciar entre lo “normativo” y la “práctica” de este tipo de responsabilidad, pues en la práctica los individuos experimentan circunstancias estructurales y personales (por ejemplo, vivir lejos de los padres, el género, el nivel socioeconómico, el estado civil, entre otros) que condicionan sus posibilidades de brindar apoyo a sus padres en la vejez.

Teniendo ello presente, Herrera y Fernández (2013) exploran el efecto de un conjunto de características sociodemográficas de las personas mayores y de los hijos adultos sobre brindar apoyos al padre y la madre en la edad avanzada, controlando por el efecto de variables que dan cuenta de la cercanía que se tiene con el padre o la madre y de los sentimientos de obligación moral que experimentan los hijos. Al llevar a cabo esto, las investigadoras destacan dos hallazgos en particular, que la necesidad de cuidado es lo que prima en el otorgamiento de ayuda y que los otros factores relacionados operan de distinta manera al predecir la ayuda al padre y la madre. Respecto al primer hallazgo mencionan que, independientemente del sentimiento de obligación que

experimenten los hijos, se otorga la ayuda cuando ésta es requerida, pues a mayor edad del padre o la madre, aumenta la probabilidad de estar dándole ayuda.

En cuanto al segundo hallazgo, Herrera y Fernández (2013) señalan que una mayor cercanía afectiva es importante para apoyar al padre, pero no a la madre, para quien el sentimiento de obligación resulta más importante; y que el vivir a una distancia caminable o en la misma casa sería un predictor significativo de dar más ayuda a la madre, pero no al padre, pues a ellos se les da más ayuda económica o de servicios que no requieren de copresencialidad, contrario a la ayuda en el cuidado personal que se les suele dar a ellas.

Esta radiografía de investigaciones desarrolladas para Latinoamérica permite notar que el cuidado a la población en la edad avanzada constituye un reto para la región, dada la forma en que aún se distribuyen las responsabilidades de cuidado, las desigualdades de género y clase que la población mayor experimenta y la carga y efectos que ello supone para quienes brindan los cuidados. Todo ello alienta la necesidad de llevar a cabo estudios que profundicen en las desigualdades sociales que enfrentan tanto la persona receptora como la oferente de cuidados, planteamiento que recupera este trabajo de investigación.

### **El cuidado de personas mayores. Estudios en el contexto mexicano**

En México, al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, el cuidado en la edad avanzada es una responsabilidad principalmente asumida por las familias de las personas mayores, en forma particular por las mujeres. El conjunto de investigaciones hasta ahora llevadas a cabo evidencia la necesidad de estudiar los dos sujetos intervinientes en el cuidado, la persona cuidada y la cuidadora; la estructura y dinámica de sus familias y el contexto en que el cuidado se desarrolla. Por ello, este apartado se concentra en revisar los principales hallazgos sobre los factores asociados al cuidado en la edad avanzada, prestando atención en las características individuales y familiares de la persona mayor cuidada y de la persona cuidadora, y en los matices que la desigualdad socioeconómica y de género puede representar.

### Características sociodemográficas y su relación con el acceso a cuidados

En la bibliografía mexicana se aprecian claras diferencias de género respecto al número, tipo y calidad de las redes familiares y no familiares (amigos, vecinos y comunidad) construidas por hombres y mujeres, diferencias que se expresan con bastante nitidez durante la edad avanzada (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003). Al envejecer, las mujeres presentan una red de apoyo mejor establecida que los hombres, asociada a su mayor cercanía con los hijos, a su capacidad por establecer relaciones en la comunidad y el vecindario, y a su mayor apertura para pedir ayuda (Ham, Ybáñez, & Torres, 2003). En este sentido, al contar con una red de apoyo más sólida, se argumenta que las mujeres tenderían a presentar mayores posibilidades de recibir apoyos que los hombres en la edad avanzada (Montes de Oca, 2004; Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003).

Pero ante estos hallazgos generales se debe tener presente que hay matices entre los diferentes tipos de apoyos que reciben las personas y en las redes que los proporcionan. Para el caso de México, Montes de Oca (2004) llevó a cabo un análisis con base en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE). Al revisar los factores asociados a la recepción de apoyos al interior del hogar por estado funcional de la persona mayor, nota que los hombres tienen una menor propensión que las mujeres a recibir apoyos cuando presentan un estado de salud aceptable, pero que las diferencias entre ambos no son significativas cuando presentan una condición de salud deficiente.

Los hallazgos de Montes de Oca coinciden con lo observado por Saad (2003) para América Latina y el Caribe y contribuyen a identificar cómo las diferencias por género pueden disminuir ante mayores niveles de dependencia. Sin embargo, en el análisis no se considera a la población que vive sola, que aun cuando no es predominante en la sociedad mexicana es la población que puede presentar mayores dificultades para acceder a cuidado y en las que probablemente las diferencias por género no desaparezcan aún ante mayores niveles de dependencia. Pero esta limitante pudo no tener mucho sentido para el momento en que se llevó a cabo el análisis, ya que la información con



la que se trabaja data de 1994, año en que la población mayor habitando sola era mucho menor a la actual.

En un estudio más reciente en el tiempo, Garay, Montes de Oca y Guillén (2014) analizan los apoyos recibidos por la población mayor ante momentos de crisis y en los que representan apoyos cotidianos, con base en información de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México (ENDIFAM). En los apoyos ocurridos ante momentos de crisis, tales como la muerte de seres queridos, enfermedades graves o crónicas, problemas laborales y problemas financieros, identifican que las diferencias por género no son significativas; y en forma contraria, que las mujeres tendrían mayores posibilidades de ser apoyadas que los hombres en aquellas actividades que representan acciones que cubren necesidades cotidianas de la vida. Estos dos tipos de apoyos no analizan en forma específica acciones que responden a problemas de salud o a una condición de dependencia de las personas mayores, que son las que realmente se asocian a la presencia de cuidados; pero contribuyen a documentar las diferencias que puede tener el carácter temporal o permanente de las acciones dirigidas a cubrir las necesidades de hombres y mujeres envejecidos, brindando evidencia de que aquellas actividades llevadas a cabo por un periodo prolongado de tiempo, como suele ser el cuidado, tienden a ser en las que se hacen presentes las diferencias por género.

Estos resultados permitirían identificar que cuando se trata de acceso a cuidados las mujeres tenderían a presentar un panorama más alentador que los hombres. Al parecer, tal y como señalan los análisis de redes sociales, las mujeres crearían redes de apoyo más sólidas que se activarían de forma más prematura ante necesidades de cuidados, en comparación al caso de los hombres, cuyas redes posiblemente sólo reaccionen a niveles de dependencia mayores. No obstante, son los análisis cualitativos los que permiten profundizar en el entendimiento de la forma como opera la condición de género sobre los cuidados en la edad avanzada.

Varley y Blasco (2000) realizaron entrevistas individuales y organizaron grupos de discusión entre hombres y mujeres mayores habitantes de barrios de bajos ingresos en Guadalajara. En su estudio identificaron que los hombres dependientes pueden experimentar mayores problemas que las mujeres para recibir cuidados, mencionando tres razones que explican ello. La primera se asocia a su rol de proveedores y a sus posibilidades de intercambios materiales, los hombres mayores al encontrarse en un contexto de pobreza generalizada puede que no logren ser vistos como buenos

proveedores de sus hogares, ni cuentan con elementos materiales para poder ofrecer alguna vivienda o herencia a cambio de que los cuiden. La segunda se relaciona con los lazos que crean con sus familiares, particularmente con sus hijos, pues se expone que los hombres pasarían menos tiempo con sus familias, no desarrollando buenas relaciones con sus hijos, quienes a su vez se sentirían menos obligados a acogerlos cuando necesitan apoyo. Y la tercera se sostiene en el imaginario de la carencia de habilidades domésticas de los hombres y en su capacidad por adaptarse y ser aceptados en un nuevo hogar, a los hombres mayores se les percibiría como incapaces de llevar a cabo el cuidado de los niños y las tareas domésticas, es decir, de ser recíprocos con los cuidados que reciben, y adicionalmente, encontrarían dificultades para adaptarse a un nuevo hogar, sobre todo si se trata del hogar de un pariente femenino unido, ya que la pareja podría resentir la atención prestada al hombre mayor. Este análisis permitiría notar el efecto de las normas culturales, que operan en etapas más tempranas de la vida, sobre las posibilidades de ser cuidado en la edad avanzada, pero también evidencian las mayores limitaciones que experimentan quienes se encuentran en los gradientes más bajos de la escala social (Varley & Blasco, 2000).

Hasta aquí se han reseñado algunas investigaciones que se enfocan en analizar las diferencias por género en el acceso al cuidado, ahora corresponde hacer lo propio con otras dos características sociodemográficas: la edad y el estado conyugal. La edad de la persona mayor es una característica que con frecuencia se utiliza para dar cuenta de las heterogeneidades existentes al interior de la población en edad avanzada. Las investigaciones emprendidas para analizar la carga de cuidados en la edad avanzada ofrecen la posibilidad de identificar los grupos etarios en que incrementa el nivel de dependencia funcional y en consecuencia la demanda de cuidados.

Montes de Oca y Hebrero (2008) abordan la dimensión del cuidado por medio de un análisis de las limitaciones que sufren los miembros en edad avanzada de las familias, distinguiendo entre las limitaciones para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, utilizando como fuente de información los datos obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) 2001. El ejercicio realizado por las investigadoras evidenció el incremento de la presencia de limitaciones conforme aumenta la edad, debido a que 57% de quienes sobreviven a los 80 y más años manifestaron tener alguna limitación y casi una cuarta parte de esta población señaló sufrir de limitaciones en ambos tipos de actividades (ABVD y AIVD).

Bajo esta misma perspectiva, pero en un análisis más reciente, López Ortega y Jiménez Bolón (2014) examinaron la tendencia de la pérdida de funcionalidad en adultos mayores por grupos de edad, con base en información del Censo de Población de 2010 y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. En este estudio los investigadores demostraron que es a partir de los 80 años cuando se aprecia una mayor prevalencia de pérdida sensorial, de limitaciones para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En este sentido, cobra especial interés los análisis desarrollados desde la perspectiva de las redes sociales. En la bibliografía en general se encuentra que los adultos mayores informan tener un contacto menos frecuente con sus redes sociales no familiares y un mayor crecimiento de sus redes familiares, aunque con diferencias significativas por sexo y estrato social, diferencias que podrían afectar sus probabilidades de recibir apoyos (Fuller-Iglesias & Antonucci, 2016).

Garay, Montes de Oca y Guillén (2014) obtuvieron resultados congruentes con esta tendencia en general, observando un incremento en la red de apoyo compuesta por familiares conforme la persona incrementa en edad y un decremento en sus redes no familiares, particularmente a partir de los 80 años. Pero cuando revisaron el efecto que la edad tendría sobre la recepción de apoyos ante momentos de crisis y en actividades diarias de la población mayor, encontraron que las diferencias por edad son significativas sólo en el segundo conjunto de apoyos, evidenciando que las probabilidades de ser apoyado de forma cotidiana entre los 60 y 79 años son menores a las de quienes tienen entre 80 y más años.

Por otra parte, Fuller Iglesias y Antonucci (2016) analizaron los tipos de redes construidas a lo largo de la vida, su tamaño, cercanía geográfica y frecuencia de contacto, con base en una encuesta representativa para la ciudad de Toluca, llevada a cabo en 2009 en el marco del Estudio de Relaciones Sociales y Bienestar en México. En este trabajo las investigadoras observaron que en la edad avanzada el nivel de escolaridad más bajo se asoció con una red social más pequeña, compuesta principalmente por personas con las que se cohabita o geográficamente cercanas, sugiriendo que los adultos mayores en condiciones económicas menos favorables estarían afrontando un panorama de mayor riesgo, pues a la disminución de sus recursos financieros y a una mala salud en la edad avanzada, se le sumaría una disminución en sus recursos de apoyo social.

Estos análisis contribuirían a evidenciar que la interpretación de la relación entre edad y cuidados no tiene un único sentido. Por un lado, se trata de una característica que permite dar un

acercamiento a las posibilidades de estar enfrentando condiciones de mayor dependencia funcional y ante ello de requerir cuidados. Pero, por otro lado, se convierte en una característica que da cuenta de cómo en edades más avanzadas las redes de apoyo, independientemente de su tamaño, pueden o no activarse para cubrir las necesidades de la persona mayor.

Otra característica sociodemográfica que destaca en la bibliografía sobre los cuidados es la del estado conyugal. Existe un paradigma conocido como “modelo jerárquico-compensatorio”, según el cual se afirma que en la elección de una persona cuidadora se sigue un orden preferente de acuerdo con la relación de parentesco entre cuidador y persona mayor: en primer lugar se prefiere la ayuda de la pareja; en su ausencia, la de los hijos u otros parientes, y al final, la ayuda proporcionada por amigos, vecinos y servicios formales (Messerli, Silverstein, & Litwak, 1993). De ahí que el estado conyugal sea considerado como un factor significativo para el cuidado, toda vez que permite identificar la presencia de una valiosa fuente de cuidados, la pareja.

En México, el patrón de matrimonio temprano y duradero, que llegó a ser predominante en la segunda mitad del siglo XX, se ha debilitado a tal grado que ya no puede ser considerado el único referente normativo de la trayectoria familiar mexicana. En su lugar ha surgido una diversidad de trayectorias que involucran cambios tanto en el calendario de la primera unión, como en la combinación de eventos que antes eran menos frecuentes (uniones libres, separaciones y divorcios) (Solís & Puga, 2009). Entre la población mayor actual el matrimonio es parte importante en el proyecto de vida (López & otros, 2009), siendo la viudez el principal motivo de disolución de las uniones; pero esto no ocurre de forma generalizada, en este segmento de la población también se aprecian porcentajes de personas solteras, separadas o divorciadas, aunque en proporciones menores a las de la población total.

Respecto a la asociación entre el estado conyugal de la persona mayor y el acceso a cuidados, se han obtenido hallazgos contrarios a los esperados en los análisis cuantitativos. De Vos, Solís y Montes de Oca (2004) analizaron la recepción de apoyos entre hombres mayores en México con base en la ENSE de 1994, identificando que el estado conyugal no se asociaba significativamente a la recepción de apoyos instrumentales, pero sí a la de apoyos domésticos, es decir, la presencia de la pareja no necesariamente representaría mayores probabilidades de ser cuidado. Se podría suponer que el resultado obtenido por De Vos y colegas se debe al carácter dicotómico que dan a

la variable estado conyugal, pues con ello perderían la capacidad de explicar, en forma separada, las diferencias de los unidos frente a los viudos, separados y solteros.

Garay y Montes de Oca (2014) sí establecieron categorías para diferenciar los distintos estados conyugales y revisar sus efectos frente a la recepción de apoyos, pero encontraron resultados similares a los de De Vos y compañeros. Las investigadoras observaron que las personas unidas tienden a presentar mayores probabilidades de recibir apoyos ante situaciones de crisis, pero no encontraron evidencias significativas respecto a la recepción de apoyos en actividades de cotidianidad, entre las que se encuentran los cuidados personales.

Tales resultados llevarían a considerar que en el contexto mexicano la pareja quizá no sea la principal fuente proveedora de cuidados en la edad avanzada. Pero los estudios cualitativos permitirían identificar lo que puede estar detrás de estos hallazgos en los análisis de naturaleza cuantitativa. Robles (2007), por ejemplo, encontraron que en el barrio de Oblatos en Guadalajara sí se sigue una jerarquía entre quienes cuidan de los enfermos crónicos de diabetes. Al tener en cuenta el estado conyugal de los enfermos identificaron que, entre los unidos, el cónyuge era preferido como cuidador y cuando no se encontraba disponible se prefería a los hijos; entre los viudos, los hijos eran los llamados a ser cuidadores; y entre quienes no tenían cónyuge ni hijos, los cuidadores eran otros parientes. Pero al tener presente el sexo de las personas enfermas notaron que, entre las mujeres unidas, la cuidadora primaria era otra mujer, una hija y una madre; y entre los hombres que la esposa era vista como la llamada a cumplir con el rol de cuidadora, rol que incluso ella aceptaba que le correspondía, y que se iniciaba desde mucho tiempo antes de que sea percibido como cuidado.

Estos hallazgos cualitativos permitirían suponer que tal vez los resultados de estudios cuantitativos se deban a una subdeclaración de cuidados entre los hombres unidos, probablemente muchos de los cuidados recibidos de parte de sus parejas no sean reconocidos como tal, sino como parte de las actividades que les “corresponde” desarrollar. Ante este escenario, quizá las diferencias sólo podrían encontrarse entre los viudos, que tenderían a ser atendidos por sus hijos y en ese sentido sí identificarían al conjunto de acciones como cuidados.

## La presencia y progresividad de dificultades o limitaciones funcionales y el cuidado

La presencia de dificultades para realizar actividades tiende a aumentar a medida que avanza la edad. Entre la población de los mayores de 60 años se ha observado que el 12% tiene dificultad para realizar dos o más actividades básicas, y entre los mayores de 80, el porcentaje sube a más del 25% (López - Ortega & Aranco, 2019). En consecuencia, también crece la necesidad de apoyos y cuidados, dado que las personas requieren de distintos servicios para compensar su limitada capacidad para desempeñar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (López Ortega & Jiménez Bolón, 2014).

El cuidado en la edad avanzada se asocia a una condición de dependencia que, por lo general, se presenta en distintos niveles, por ello no necesariamente todo aquel que tenga alguna limitación recibe cuidado, tal y como se pudo apreciar en el capítulo anterior. Teniendo ello en cuenta distintos estudios han analizado la asociación entre la presencia de dificultades o limitaciones funcionales de los adultos mayores y el acceso a cuidados, como acercamiento para dar cuenta de los niveles de dependencia de la persona mayor. Algunas investigaciones toman en consideración el número de limitaciones funcionales de la persona en edad avanzada, bajo el sustento de que no es lo mismo tener dificultad para llevar a cabo una o dos actividades que tres o más acciones; y otras se acercan a observar la dependencia diferenciando por el tipo de actividades para las que se tiene dificultades, pues manifiestan que no se experimenta el mismo grado de dependencia si no puede llevarse a cabo actividades básicas (bañarse, vestirse, comer, usar el baño, ir a la cama) frente al desarrollo de actividades instrumentales (preparar alimentos, hacer compras, tomar medicamentos, manejar el dinero).

Pero en el campo de los estudios geriátricos existen diversas escalas para identificar el grado de dependencia de la persona mayor. Una de estas escalas es el Índice de Barthel (IB), el cual permite valorar la capacidad de una persona para realizar un conjunto de actividades en función de sus posibilidades para realizarlas o de la necesidad de ayuda para llevarlas a cabo y ubicarla en uno de cuatro niveles de dependencia: dependencia total; dependencia grave; dependencia moderada; y dependencia leve (Trigás-Ferrín, Ferreira-González, & Meijide-Míguez, 2011)<sup>26</sup>. Este tipo de

---

<sup>26</sup> Para una descripción más detallada sobre la metodología para generar el Índice de Barthel revisar el texto de Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Meijide-Míguez (2011). “Escala de valoración funcional en el anciano”.

escala es menos explorada desde los estudios sociodemográficos y el retomarla permitiría tener otro acercamiento para evaluar la relación entre dependencia y cuidados, considerando las diferencias en función al nivel de dependencia de la persona.

Por otra parte, se habla de la progresividad en la dependencia. En estudios más recientes se ha planteado que no únicamente se trata de reconocer que en la edad avanzada hay niveles de dependencia, también se debe comprender que las personas experimentan distintas trayectorias hacia la dependencia. En México, el trabajo llevado a cabo por Díaz-Venegas y Wong (2016) permite examinar las trayectorias en las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria de la población mayor entre 2001 y 2012, con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Entre sus resultados los autores identificaron que la edad y el género desempeñan papeles clave en el establecimiento de trayectorias de discapacidad. Pero, adicionalmente, brindaron evidencia de que la discapacidad física es un proceso dinámico y en ocasiones reversible, pues notaron que algunos de los entrevistados con una o dos limitaciones en 2001 ya no reportaron limitaciones para 2012 y que un grupo de los que inicialmente presentaban tres o más limitaciones, reportaban sólo una o dos limitaciones para el final del estudio.

Sáenz y Wong (2016) tomaron en cuenta este dinamismo en la trayectoria de las limitaciones y estudiaron la asociación entre la condición socioeconómica y el inicio y progresión de las limitaciones funcionales en la población mayor mexicana, utilizando también los resultados de la ENASEM. Al desarrollar este análisis los investigadores encontraron que quienes tenían un bajo nivel de escolaridad son más propensos a desarrollar limitaciones funcionales y a experimentar un mayor deterioro a lo largo de los 11 años que se estudian. En este sentido, los autores argumentaron que alcanzar un mayor nivel de escolaridad puede predecir una progresión favorable de la limitación funcional, pues se contarían con los conocimientos para un mejor tratamiento o para prevenir mayores complicaciones.

Estas dos investigaciones permitirían identificar que hay distintas trayectorias hacia la dependencia en la edad avanzada, las cuales pueden ser mediadas por la edad, género y condición socioeconómica de la persona. Pero también ponen en evidencia que en la vejez se pueden dar a lugar situaciones reversibles hacia menores niveles de dependencia y situaciones progresivas hacia condiciones más limitantes, lo que plantearía la necesidad de analizar la asociación entre cuidado

y dependencia también desde una mirada dinámica, a fin de revisar el acceso a cuidados ante cambios en el nivel de dependencia.

Hasta ahora, los estudios cuantitativos que podrían considerarse más cercanos a esta mirada son los que revisan las diferencias entre las ayudas recibidas ante situaciones críticas y las recibidas en actividades cotidianas, pues destacan que existen diferencias entre los apoyos que responden a coyunturas específicas y los de naturaleza más prolongada en el tiempo (Montes de Oca, 2004; Rabell y Murillo 2013; Montes de Oca, Garay y Mancinas, 2015). Pero estas investigaciones no analizan de forma dinámica los factores asociados a la recepción de estos apoyos, sus objetivos recaen en evaluar la reciprocidad en la atención de la población senescente, por lo que se concentran en revisar los factores asociados tanto a recibir como a prestar estos dos tipos de ayudas.

No obstante, en estudios cualitativos sí se puede apreciar un acercamiento a esta mirada dinámica de la dependencia y a su asociación con el acceso a cuidados. Robles (2007), por ejemplo, en la etnografía que realizó sobre enfermos con diabetes en un barrio popular urbano de Guadalajara, establece tres trayectorias del padecimiento entre los enfermos con diabetes que analiza: la estable, la oscilatoria y la del deterioro. En la trayectoria estable ubica a quienes experimentan dos fases: la aguda y la estable; en la primera, el enfermo es diagnosticado con diabetes y percibe los primeros cambios producto del desarrollo de la enfermedad; y en la segunda, el individuo se concibe como un sujeto “sano” nuevamente, pero con modificaciones en su estilo de vida y consciente de que debe mantenerse alerta a las señales que pueden indicar una recaída. En la trayectoria oscilatoria sitúa a quienes atraviesan tres fases: la estable, la oscilatoria y la muerte; concibiendo a la fase oscilatoria como aquella en la que el enfermo a veces se siente bien y a veces mal, en que siente que su vida ya no es igual, se recupera de las recaídas, pero ya no logra alcanzar el nivel previo a la crisis y empeora lenta o repentinamente hasta la muerte. Y en la trayectoria del deterioro ubica a quienes pasan por cuatro fases: la estable, la del deterioro, la de la agonía y la muerte, en esta trayectoria se encuentran las personas que de la fase estable transitaron a una fase de sufrimiento permanente, en que los malestares de la enfermedad incrementan y se intensifican, que posteriormente pueden presentar una fase de agonía, caracterizada por una total dependencia o incluso pérdida de consciencia y finalmente fallecen.

El llevar a cabo tal caracterización de las trayectorias del padecimiento le permitió a Robles visibilizar el carácter dinámico de la dependencia, dado que puede evidenciar que las personas



mayores experimentan mejorías y recaídas en su condición de ancianos enfermos; y a su vez, identifica el carácter continuo, aunque en ocasiones inadvertido del cuidado. Para la investigadora, aquellas acciones que anteriormente no se daban y que surgieron como producto del padecimiento son evidencia de la presencia de actividades de cuidado, pero advierte que en ocasiones no son reconocidas como tal porque las personas mayores aún se perciben como individuos independientes. De ahí que resulte de particular interés el analizar, desde una perspectiva cuantitativa, la continuidad del cuidado en el tiempo, asociando a ello el efecto de los cambios en el nivel de dependencia que la persona mayor puede presentar.

La condición de residencia y los arreglos familiares frente a la recepción de cuidados en la edad avanzada

La coresidencia, el tamaño y la composición del hogar que habita la persona mayor es otro conjunto de factores que comúnmente se asocian con el acceso a cuidado, tanto en los análisis cuantitativos como cualitativos. La coresidencia frecuentemente es una condición preexistente a la prestación de cuidados, pues quienes cohabitan con la persona mayor son las principales fuentes proveedoras de éste. Pero también se reportan casos en los que algún hijo o hija retorna al hogar de los padres para desempeñar las tareas de cuidado, según análisis cualitativos, no necesariamente por las necesidades de la persona que los recibe sino porque compartir la unidad doméstica facilita organizar el cuidado en función de los múltiples roles sociales y familiares que siguen cumpliendo quienes se desempeñan como personas cuidadoras (Robles, 2007)<sup>27</sup>. Aunque, desde otra perspectiva, también se encuentran estudios que señalan que ser coresidente con algún hijo o familiar puede ser muy importante, pero no necesariamente traducirse en que el adulto mayor reciba cuidados y recursos para satisfacer sus necesidades. Esto en realidad puede significar que la persona mayor sea quien abastezca a sus familiares y que el apoyo que brinda sea recíproco sólo ante mayores niveles de dependencia o momentos de crisis (Montes de Oca, 2004; Rabell y Murillo, 2013).

---

<sup>27</sup> La investigadora también reseña que hubo personas mayores que no participaron en su estudio, pero de las que supo que, por encontrarse muy delicados de salud, se fueron a vivir con alguno de sus hijos. Estos cambios la llevaron a señalar de que independientemente de quién se movilice la residencia en el mismo hogar es un paso previo o elemental para la procura de cuidados.

En cuanto al tamaño de los hogares de las personas mayores, medido a partir del número de personas que habitan en el hogar, se han obtenido resultados contrastantes sobre su asociación con el cuidado. Desde un estudio cuantitativo, se observó que un mayor número de miembros dentro del hogar incrementa las posibilidades de recibir apoyo familiar, resultado que es explicado porque al tener un mayor número de integrantes en un hogar se puede distribuir mejor las diferentes actividades de reproducción familiar (Montes de Oca, 2004). Sin embargo, desde un estudio cualitativo se identificó que independientemente del número de habitantes en el hogar, por lo general, surge la figura de un cuidador primario o principal, a éste le corresponde realizar las acciones centrales del cuidado, cubrir las necesidades de la persona atendida e incluso tomar decisiones respecto a los tratamientos que requiere. Adicionalmente a esta figura se identifica la existencia de cuidadores secundarios y de fuentes de apoyo. Los cuidadores secundarios atenderían ciertas acciones centrales de cuidado que el cuidador primario no puede atender, es decir, la ayuda o apoyo que presta no necesariamente es para el enfermo, sino para el cuidador primario. Y las fuentes de apoyo la constituirían aquellas personas que cumplen roles marginales, que actúan ante situaciones extraordinarias o de forma recurrente, pero por breve tiempo (Robles, 2007). Estos resultados contribuirían a considerar que un mayor número de miembros coresidentes con la persona mayor puede representar un factor importante para la prestación de apoyos, pero no necesariamente para el acceso a cuidados en forma particular.

Finalmente, la aproximación desde el estudio de la relación entre la composición de los hogares y el cuidado también ha dado pie a importantes consideraciones. Se ha discutido que en el caso de la población adulta mayor el papel de la familia extensa podría vincularse con aspectos relacionados con los cuidados en la vejez, más que con una cuestión económica, pues tanto las personas mayores que cuentan con un ingreso y cobertura social como las que no, tienden a vivir en hogares extensos. En forma contraria, aquellas personas que residen en hogares unipersonales se ha identificado que son en su mayoría de los estratos más desfavorecidos, lo que sugeriría que pueden estar recibiendo algún tipo de transferencia y atención de los hijos que viven fuera o de otros familiares y amigos, pero también que podrían encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que sumado a su precaria condición económica, algunas no estarían recibiendo los apoyos que requieren frente al deterioro de su salud (Montes de Oca, Garay y Mancinas, 2015).

Por otra parte, estudios que revisan los cambios en el tiempo en la composición de los hogares que habitan las personas mayores, han identificado que en México siguen predominando los hogares extensos o ampliados, seguidos por los nucleares y en menor medida la proporción de hogares unipersonales. Pero estos análisis también advierten que son los arreglos unipersonales los que han presentado un mayor crecimiento respecto a los otros dos en las últimas décadas (Montes de Oca, Garay, Rico, & García, 2014). Desde este abordaje, surge la preocupación en torno a los efectos que podría tener las mayores proporciones de personas en hogares unipersonales sobre el cuidado, en forma particular porque se conoce que en tal arreglo se cuenta con una red de apoyo menor (Garay, Montes de Oca y Arroyo, 2020); y que este incremento de personas viviendo solas acontece en un contexto en el que simultáneamente ocurren importantes cambios que afectarían las posibilidades de cuidar a la población mayor.

En este sentido, análisis como el llevado a cabo por Robles (2020) permiten ilustrar la asociación que puede existir entre los cambios en los arreglos residenciales y el acceso cuidados en la edad avanzada. En su análisis la investigadora identifica cuatro trayectorias de movilidad residencial. En la primera ubica a los ancianos que no cambiaron de hogar (trayectoria sin movilidad residencial), explicando que se trata de personas que habitan en un hogar amplio, de autoconstrucción, y en el que una condición fundamental para no experimentar cambios es la coresidencia con una hija. En la segunda trayectoria sitúa a quienes experimentaron varios cambios de residencia, combinándose el cuidado en casa con el cuidado en el asilo (trayectoria residencial de ida y vuelta al cuidado en casa), argumentando que esta trayectoria la vivieron adultos mayores solteros o viudos, que habitaban solos desde antes de envejecer, pero que crearon fuertes relaciones con su familia; en principio, cuando el nivel de dependencia era moderado, las personas recibían cuidado en el hogar que habitaban, pero cuando el nivel de dependencia fue mayor, pasaron a vivir entre el hogar de la persona cuidadora y el asilo. En la tercera trayectoria la autora concentra a quienes en principio fueron cuidados en casa, pero como una solución temporal, ya que finalmente fueron llevados a un asilo (trayectoria de cuidado transitorio en casa), al respecto expone que se trata de ancianos que fueron a vivir a casa de la persona cuidadora o que ésta se trasladó al hogar del anciano, pero ante el surgimiento de relaciones conflictivas terminaron por ser trasladados a un asilo. Y en la cuarta trayectoria se agrupa a las personas mayores que experimentaron una única movilidad, de la casa al asilo (trayectoria residencial de cuidado en casa a la distancia), en este caso se trataba de ancianos que no contaban con una persona cuidadora

disponible entre sus familiares, siendo atendidos por una vecina, a la que los familiares pagaban, hasta que el nivel de dependencia fue mayor y se le trasladó a un asilo.

Esta tipología de trayectorias evidencia que la cohabitación con la persona cuidadora es un factor importante para la recepción de cuidados, y que por lo general implica la residencia en hogares extensos. Pero también muestra que habitar en este tipo de hogar no necesariamente determina la recepción de cuidados, pues en ocasiones en estos arreglos surgen situaciones conflictivas que derivan en que la persona mayor sea llevada a un asilo o a otro hogar, en el que se cuenten con mejores condiciones para el desarrollo de las actividades de cuidado. Adicionalmente, ejemplifica las diferencias en las acciones emprendidas por la familia ante distintos niveles de dependencia en la persona mayor, al parecer no se da a lugar un cambio en el arreglo residencial cuando la persona aún no presenta un alto nivel de dependencia, pero cuando lo presenta el cambio de arreglo es un factor importante para la procura de cuidados. Y con respecto a la residencia en hogares unipersonales se expone que el cambio en la composición del hogar que habita la persona para ser cuidada depende de los lazos creados por la persona mayor y del contacto con sus redes de apoyo.

### *La persona cuidadora de personas adultas mayores. Segunda aproximación para el análisis del cuidado*

Las tareas de cuidado no se comparten de forma equitativa entre todos los miembros de la familia, generalmente hay una persona que se hace responsable de cuidar. Por ello, una segunda aproximación para el análisis del cuidado, y de las desigualdades sociales que en este se aprecian, es el centrado en estudiar las características de la persona cuidadora y de las condiciones en las que lleva a cabo la actividad.

#### Características sociodemográficas de la persona cuidadora

Como consecuencia de las construcciones sociales y culturales y de la aún vigente división sexual del trabajo en América Latina, distintos estudios reconocen que el cuidado ha sido una tarea históricamente asignada a las mujeres (Fragoso, 2017). En este sentido, gran parte de la bibliografía latinoamericana sobre el tema ha encontrado soporte en los planteamientos de la

economía feminista y se ha centrado en estudiar el papel femenino en el cuidado y a visibilizar de qué forma las mujeres estarían subsidiando el costo del cuidado y a qué precio.

En México, investigaciones como las de Montes de Oca (1998; 1999) visibilizaron el predominio de mujeres a cargo del cuidado de personas en edad avanzada desde los inicios del interés por el análisis en el tema. La investigadora, con base en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE) 1994<sup>28</sup>, identificó una fuerte presencia femenina entre las personas que brindaban algún apoyo a la población con 60 años y más al concluir el siglo pasado y notó que eran las hijas y las cónyuges las principales cuidadoras, seguidas en menor proporción por las nueras y nietas; orden de importancia que también se observaba entre los hombres pero con una aun mayor participación de los hijos que de los cónyuges. De esta manera, se comenzó a documentar que el cuidado de la población envejecida también corría, en mayor medida, a cuenta de las mujeres en México y se dio pie a discusiones acerca de la sobrecarga que esto representaba para ellas, dado que a su papel de madres y esposas se le sumaría el de cuidadora de sus padres.

Un acercamiento desde la perspectiva cuantitativa para sustentar dicha aseveración se centró en el análisis de las edades de quienes brindaban cuidado a adultos mayores. Montes de Oca (1998; 1999) calculó que la edad mediana de la población que cuidaba de ambos sexos era de 38 años y determinó que el grupo de edad con mayor presencia entre quienes cuidan se encontraba entre los 35 y 59 años. Estos hallazgos permitieron señalar que las mujeres en efecto aún se encontraban cuidando o educando a sus hijos y a la par viendo por las necesidades de sus padres; sin embargo, la investigación cualitativa representó un importante aporte al respecto, pues evidenció algunos elementos a considerar frente a tal aseveración.

La investigación de Robles (2001), por ejemplo, esclareció que existe toda una estructura cultural que define quien es elegible y quien no para cuidar a una persona en edad avanzada. Al llevar a cabo un estudio en un barrio popular de Guadalajara, la investigadora identificó que una característica para descartar a una mujer como cuidadora de sus padres era el encontrarse en la fase de crianza de niños pequeños, por el hecho de ser tareas sumamente incompatibles. Así, la autora explicó que quien cuida preferentemente había concluido la fase de expansión familiar.

---

<sup>28</sup> La ENSE-1994 fue una de las primeras encuestas a población adulta mayor con representatividad a nivel nacional en México.

El sexo y la edad son rasgos importantes para caracterizar a la persona cuidadora, pero aspectos como el nivel educativo, el estado conyugal y la condición de actividad son también frecuentemente revisados en los trabajos interesados en estudiar a quienes brindan cuidado. Al comenzar la preocupación por el cuidado de personas mayores, poca información se disponía para conocer a detalle estas características; sin embargo, la generación de fuentes de datos nacionales ha permitido a la fecha conocer un poco más al respecto e incluso identificar su asociación con las condiciones de la persona cuidada. En cuanto al nivel de escolaridad, por ejemplo, un análisis llevado a cabo por Nigenda y colaboradores (2007), con base en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2002, evidenció que eran las mujeres quienes en mayor medida cuidaban en todos los niveles educativos a personas enfermas y que una mayor carga de horas recaía en las de menor escolaridad.

A su vez, López-Ortega (2014) identificó, a partir de la ENUT 2009, que en una mayor proporción del cuidado recaía por igual en hombres y mujeres con primaria y la educación media superior concluida, con un menor porcentaje de participación de aquellas personas en los niveles de educación superior. Estos resultados, permitieron en cierta medida considerar menores diferencias de género asociadas a condiciones socioeconómicas en cuanto a la prestación de cuidado; pero al revisar la autora los cuartiles de ingreso de cuidadores y cuidadoras, notó que mientras la distribución de participación en el cuidado se repartía de forma homogénea entre los hombres de diferentes cuartiles, mientras para las mujeres había una mayor concentración en los cuartiles de menor ingreso.

Respecto al estado conyugal, estudios como el de López-Ortega (2009), con base en resultados de la ENASEM 2003, brindaron información para lograr identificar su asociación con la provisión de cuidados. En su trabajo la investigadora notó que el estar casado o en unión tenía un efecto positivo en la probabilidad de prestar cuidado a personas mayores, que tendía a disminuir en el caso de los hijos no residentes; mientras que el estar sin pareja aumentaba la probabilidad de brindar cuidado independientemente de la coresidencia. Así mismo, y de forma más reciente en el tiempo, la Encuesta Intercensal 2015 captó información sobre la participación de hombres y mujeres en actividades de cuidado y las horas que destinaban a esta tarea, información que revisaron Rodríguez y García (2017) y con la que notaron que la participación en el cuidado de personas de 60 años y

más es menos desigual en función del estado conyugal, pero que el número de horas dedicadas era mayor para las mujeres unidas.

En cuanto a la condición de actividad, diversos análisis sostienen que el brindar cuidado representa una barrera para el ingreso de mujeres en el mercado de trabajo o favorecen su inserción en actividades remuneradas más flexibles, que les permitan conciliar sus responsabilidades en el mercado y en el hogar. No obstante, entre los análisis cuantitativos que consideran este aspecto en el cuidado a personas mayores, se encuentra mayor referencia al efecto casi nulo que tiene la actividad remunerada en el cuidado, en lugar del efecto que esta actividad genera en la ocupación de la persona cuidadora (López-Ortega 2011), lo que sugiere un fuerte predominio de los lazos intergeneracionales en el país y la región en general.

#### Condiciones en que la persona cuidadora brinda los cuidados a personas en edad avanzada

En América Latina hay una amplia bibliografía que justifica la preocupación por el envejecimiento de la población y por las demandas de cuidado que esto representa, dado el contexto en que este fenómeno ocurre. Ante este panorama, un señalamiento que ha cobrado relevancia es la necesidad de implementar sistemas de cuidado, con miras a enfrentar la desigualdad de género existente en la distribución de este tipo de actividad, que es asumida en forma desproporcionada por las mujeres latinoamericanas y que da pie a otras desigualdades (Miller *et al*, 2014).

Al respecto, Pérez y García (2014) reconocen tres aspectos en los que se visibiliza la desigualdad socioeconómica en la que se encuentra inmersa la población que brinda cuidado. El primero está relacionado con los derechos que el cuidado genera, pues las investigadoras señalan que el cuidado no da acceso a derechos económicos, políticos ni sociales; estas condiciones tienen un impacto negativo directo para las mujeres en su inserción en el ámbito público y en su empoderamiento. El segundo aspecto refiere a la desvalorización del cuidado, ya que se argumenta que, dado el poco valor que se le da a este trabajo, tiende a ser realizado por quienes están en peor posición social y económica, es decir, quienes no tienen otra alternativa. Y, el tercer aspecto que reseñan está asociado a la capacidad de elección, pues se considera que esta no valorización del cuidado, conlleva a un círculo vicioso en el que se asume un trabajo no valorado porque no hay capacidad de elección y al mismo tiempo hacer ese trabajo no mejora esta capacidad de elección.

La duración del cuidado es otra característica a considerar. En el análisis cualitativo, a partir de testimonios relativos a la organización familiar para cuidar enfermos crónicos, se ha evidenciado que el cuidado implica una dedicación casi permanente y esto obliga a las familias a reestructurar completamente sus actividades cotidianas para atender a un enfermo que requiere vigilancia permanente (Nigenda *et al* 2007). En este sentido hay una diferencia en el cuidado brindado según la duración del mismo y marcado por el estado de salud de la persona mayor; pues parece que sin la presencia de limitaciones el apoyo se presta en términos de una acción momentánea y específica y menos como un proceso más duradero de atención que implica la convivencia cotidiana (Pelcastre-Villafuerte *et al* 2011).

La investigación cualitativa ha documentado un contexto de marcadas diferencias socioeconómicas entre las personas proveedoras de cuidados, los miembros de clases menos privilegiadas se ven limitados en cuanto a opciones para brindar cuidados, hecho que los coloca frente al dilema de trabajar o cuidar. Pero aun con estos aportes, todavía se encuentra pendiente el evidenciar cómo las personas pertenecientes a distintos sectores económicos viven la experiencia del cuidado a un adulto mayor.

Con respecto a las desigualdades de género en el cuidado a personas mayores hay una mayor disponibilidad de estudios empíricos. Desde los análisis cuantitativos, las primeras referencias se concentraron en evidenciar las diferencias en la participación de hombres y mujeres en las tareas del cuidado, pero ante los cambios familiares y generacionales una mejor manera de resaltar estas desigualdades se concentró en el estudio de la distribución del tiempo que hombres y mujeres destinan al cuidado y en el tipo de actividades que realizan. Así, las Encuestas de Uso de Tiempo representaron una importante herramienta para visibilizar las desigualdades de género en Latinoamérica (Batthyány, 2015).

En México, análisis como el de Pacheco y Florez (2014), a partir de la ENUT 2009, demuestran la fuerte carga que los cuidados representan para los miembros del hogar, destacando que son las mujeres quienes presentan una mayor participación frente a los hombres y en mayor medida las del contexto rural. Además, ponen en evidencia las diferencias en cuanto a las actividades que hombres y mujeres desempeñan, al documentar que la alimentación, los cuidados a otros, la educación y el apoyo psicológico se asocian a las mujeres y la proveeduría económica de los bienes que se requieren para el cuidado a los hombres.



Con base en la misma fuente de datos, Rodríguez y García (2014) analizan el cuidado a dependientes y a personas mayores, identificando que si bien lo desempeñan 31.5% de los hombres y 44.7% de las mujeres, el tiempo destinado a esta actividad por los varones en realidad corresponde al 46% del tiempo que destinan las mujeres. Frente a estos hallazgos los autores reconocen la desigualdad de género existente en las tareas de cuidado, pero a su vez señalan una característica observable con las encuestas que miden el tiempo, los cambios generacionales en la distribución de tareas; pues encuentran que el tiempo dedicado al cuidado es mayor hasta alrededor de los 40 años y a partir de entonces comienza a decrecer, siendo los que cuentan con algún grado de bachillerato y quienes tienen educación superior los que sobresalen por dedicar más tiempo a las actividades de cuidado frente a quienes tienen menores niveles educativos.

### **Propuesta para el análisis del cuidado a personas en edad avanzada**

El cuidado a personas en edad avanzada es un tema que ha cobrado mayor relevancia en los últimos años en la región latinoamericana y en México de forma particular, dada la rapidez con que está ocurriendo el envejecimiento de la población y los aún limitados mecanismos con los que se cuentan para hacer frente a los retos que impone este proceso. La revisión de antecedentes emprendida en este capítulo permitió identificar una variedad de factores asociados al acceso a cuidados en la edad avanzada, las principales características de quienes fungen como personas cuidadoras y las condiciones en que se recibe y se brinda éste. No obstante, también permitió notar tres aspectos centrales: que muchas de las investigaciones emprendidas analizan los apoyos y cuidados a la población mayor en forma conjunta; que la interacción de las desigualdades de género y condición socioeconómica son poco exploradas, tanto para el análisis de sus expresiones en la persona cuidada como en la cuidadora; y que se ha explorado de forma incipiente el efecto del carácter dinámico de los factores asociados al cuidado.

En este capítulo se pudo identificar que parte de la bibliografía mexicana analiza en forma conjunta los apoyos y cuidados brindados a personas mayores. Ello cobraría sentido en el marco de la Economía del Cuidado, pues bajo este marco analítico se plantea que asociar el cuidado únicamente a la dependencia limita la oportunidad de estudiar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de sujetos independientes, cuidados que les permiten desempeñar sus actividades en el mercado

(Pérez-Orozco, 2014). Sin embargo, es necesario reconocer que las acciones dirigidas a satisfacer las necesidades de sujetos dependientes son distintas a las de sujetos independientes; por tanto, en esta investigación se retoma la postura de Brandt y colaboradores (2009), quienes retoman la discusión desarrollada por Walker, Pratt y Eddy (1995) y conciben al *cuidado* como el conjunto de acciones asociadas a una condición de dependencia en la edad avanzada. Así, en esta investigación se propone aportar a la evidencia generada estudiando en forma específica los cuidados que reciben las personas de 60 y más años, cuidados que comprenden un conjunto de actividades sobre las que se recibe ayuda derivada de la presencia de alguna dificultad o limitación de la persona mayor para realizarla, es decir, de una necesidad inevitable de ayuda para la sobrevivencia.

Bajo esta concepción de cuidados, en la presente investigación se propone aportar a la generación de conocimiento en torno al tema visibilizando la manera en que las desigualdades socioeconómicas y de género interactúan y se manifiestan tanto en los recursos de los que disponen las personas mayores dependientes, como en las condiciones en que se brindan los cuidados; y adicionalmente identificando los efectos en el cuidado de cambios en los niveles de dependencia y de los arreglos residenciales.

Hasta ahora, una forma de inequidad social que se ha asociado en mayor medida al análisis del cuidado es la desigualdad de género. Sobre las personas mayores que reciben cuidado, se ha identificado que las mujeres presentan mayores probabilidades que los hombres a recibir todo tipo de apoyos, en parte derivado de los lazos creados en etapas anteriores de la vida con los hijos (Ham, Ybáñez y Torres, 2003), pero también por su capacidad de poder retribuir cuidando de los nietos y de contribuir en tareas de trabajo doméstico (Montes de Oca, 2001); no obstante, también se ha identificado que estas diferencias tienden a desdibujarse cuando las personas presentan condiciones de salud deficientes o ante momentos de crisis (Montes de Oca, 2004; Garay *et al*, 2014). Por tanto, esta investigación se plantea la necesidad de evaluar si este comportamiento se replica en distintos contextos sociales.

Con respecto a quienes brindan cuidado a personas mayores, las investigaciones iniciales resaltaron que eran las familias las que velaban por las necesidades de sus miembros, pero a su vez visibilizaron que dentro de éstas eran las mujeres las principales responsables de brindar cuidado (Montes de Oca, V., 1999). Posteriormente, se observaron cambios generacionales en la participación, hombres y mujeres jóvenes participaban en forma más homogénea en este trabajo,

pero aun persistían evidentes diferencias respecto a la distribución del tiempo dedicado y al tipo de cuidado brindado (Rodríguez & García, 2017). Ahora, una tarea a resolver, y en la que se desea contribuir con este trabajo, es en el estudio de las inequidades de género al cuidar en condiciones socioeconómicas desiguales.

Por otra parte, también se ha brindado evidencia de que la discapacidad física es un proceso dinámico y en ocasiones reversible en la edad avanzada (Díaz, Venegas y Wong, 2016), lo que plantearía la necesidad de analizar la asociación entre cuidado y dependencia también desde una mirada dinámica, a fin de revisar el acceso a cuidados ante cambios en el nivel de dependencia.

### *Objetivos y preguntas de investigación*

La presente investigación tiene por objetivo analizar los efectos de la desigualdad socioeconómica y de género en el acceso a cuidados en la edad avanzada y, particularmente, en identificar las desiguales condiciones en que éste ocurre, tanto para la población adulta mayor que lo recibe como para la población que lo brinda. Todo ello con el fin de responder a una interrogante ¿En qué medida la interacción de las desigualdades de género y condición socioeconómica afecta el acceso a cuidados en la edad avanzada y la forma como se configuran los hogares para satisfacer las necesidades de atención de sus miembros mayores?

En específico algunas preguntas a contestar son las siguientes:

1. ¿Qué diferencias se pueden apreciar en los factores de predisposición, necesidad y habilitadores del cuidado entre hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales

Al respecto, se esperaría identificar que las características que dan cuenta de la predisposición, necesidad y condiciones propicias de recibir cuidados tomen configuraciones distintas para hombres y mujeres mayores de diferentes estratos sociales. En específico, se esperaría encontrar que en el estrato muy bajo el cuidado se reciba en las edades más avanzadas, ante la presencia de más de una enfermedad crónica y un mayor número de limitaciones o dificultades más complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria, dado que las personas mayores carecerían de ingresos propios suficientes para pagar por recibir atención desde el inicio de la presencia de limitaciones funcionales y su cuidado dependería de forma exclusiva de sus redes familiares, las cuales reaccionarían sólo a mayores niveles de dependencia, brindando cuidados de forma

intensiva, generalmente a cargo de una cuidadora principal; para acceder a estos cuidados las personas tenderían a habitar en hogares extensos, lo que a su vez los expondría a habitar con otros miembros que competirían por los cuidados, como niños pequeños y otros adultos mayores. En este contexto, las desigualdades de género se profundizarían en torno a la disponibilidad de ingresos, pues las mujeres mayores dependerían más de transferencias familiares que los hombres mayores.

En el estrato bajo, se esperaría observar que el cuidado se recibe en edades en las que se tiende a notar los efectos de la vejez, con más de una enfermedad crónica y ante la presencia de una o dos limitaciones o de dificultades no tan complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria, pues las personas mayores pudieran carecer de los medios económicos suficientes para pagar por el cuidado, pero sus redes familiares contarían con la posibilidad de reaccionar de forma más temprana ante las necesidades de atención. En este estrato social, las desigualdades de género se profundizarían en torno a la disponibilidad de ingresos y de arreglos residenciales, dado que las mujeres mayores dependerían más de las transferencias familiares y tenderían a habitar en hogares extensos, donde competirían con otros miembros por los cuidados, a diferencia de los hombres mayores, que recibirían ingresos de una pensión por retiro y tenderían hacia la nuclearización de sus hogares.

En el estrato medio alto, las personas mayores recibirían cuidados desde las edades de transición a la vejez, ante la presencia de más de una enfermedad crónica, pero con un menor número de limitaciones o de dificultades menos complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria, dado que estas personas contarían con ingresos propios suficientes para pagar por recibir atención desde el inicio de la presencia de dificultades funcionales, o sus redes familiares contarían con la posibilidad de prestarlos de forma temprana o de pagar por los cuidados; estos se brindarían de forma no intensiva, precisamente porque las personas mayores no se encontrarían en condiciones deterioradas de salud; y para asegurar los cuidados las personas no necesitarían corresidir con sus cuidadores, por lo que habitarían en hogares nucleares o unipersonales. En este contexto, las desigualdades de género serían menos perceptibles que en los otros estratos sociales, pues tanto hombres como mujeres de edad avanzada tenderían a recibir ingresos por una pensión de retiro y contarían con redes de cuidados similares, recibiendo atenciones de sus hijos y parejas, pero también con la posibilidad de acceder a cuidados remunerados.

2. ¿Qué diferencias por estrato y sexo de la persona cuidada se pueden apreciar en la forma como las personas cuidadoras se organizan para responder a las necesidades de atención de las personas adultas mayores?

Ante tal interrogante, se esperaría identificar que las características que dan cuenta de la existencia de roles comunes y vínculos entre la persona cuidadora y cuidada, así como de su proximidad, duración del compromiso establecido y tamaño de la red de cuidados tomen configuraciones distintas, evidenciando que la forma como se organizan las personas para cuidar de hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales deriva de la conjunción entre las necesidades de las personas mayores y de la disponibilidad de recursos para dar respuesta. En específico, se esperaría identificar que en el estrato muy bajo el cuidado a hombres mayores lo brindarían principalmente mujeres, en edades en que han concluido su ciclo reproductivo pero no tan avanzadas, unidas, solteras o separadas, que no realizan actividades remuneradas; estas mujeres serían hijas o parientes de los hombres cuidados, dado los hallazgos del capítulo anterior que señalan la concentración de hombres mayores viudos o solteros en este estrato social; la residencia de estas personas cuidadoras sería en el mismo hogar de los hombres mayores; y los cuidados se realizarían con intensidad, para cubrir necesidades derivadas de limitaciones en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pero se llevarían a cabo por una sola persona. Para el cuidado a mujeres mayores en este estrato, se tendería a observar que las actividades son también desempeñadas por mujeres con características sociodemográficas similares a las de quienes cuidan de hombres mayores; estas mujeres serían hijas residentes en el mismo hogar; y los cuidados se realizarían con intensidad, para cubrir necesidades derivadas de limitaciones en actividades básicas de la vida diaria, las cuales serían llevadas a cabo por más de una persona.

En el estrato bajo el cuidado a hombres mayores también lo brindarían mujeres, pero de edades más envejecidas, unidas, que no realizarían actividades remuneradas; estas mujeres serían esposas de los hombres cuidados y en consecuencia residentes del mismo hogar; los cuidados recaerían en sólo una persona cuidadora y se realizarían con intensidad, para cubrir necesidades derivadas de la presencia de limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria. Para el cuidado a mujeres mayores en este estrato, se esperaría identificar a mujeres cuidadoras de edades más jóvenes, solteras o separadas, que adicional a los cuidados realizarían actividades remuneradas; se trataría

de hijas de las mujeres mayores, residentes del mismo hogar; el tamaño de la red e intensidad serían similares a las de quienes brindan atención a hombres mayores, pero los cuidados se realizarían para cubrir necesidades derivadas de la presencia de limitaciones tanto en actividades básicas como instrumentales de la vida diaria.

En el estrato medio alto, por otra parte, se apreciaría la participación de mujeres y hombres en el cuidado a hombres mayores, en edades maduras, unidos, que adicional a los cuidados realizarían actividades remuneradas; estas personas serían esposas o hijos de los hombres cuidados, en el caso de las primeras también residentes del mismo hogar, pero no necesariamente para el caso de los segundos; los cuidados recaerían en una persona cuidadora, pero no se realizarían con intensidad, para cubrir sobre todos limitaciones en actividades instrumentales. Para el cuidado a mujeres mayores en este estrato, se esperaría observar características sociodemográficas, de parentesco, proximidad, tamaño de la red e intensidad similares a las de quienes brindan atención a hombres mayores; pero los cuidados se realizarían para cubrir necesidades derivadas de la presencia tanto de limitaciones en actividades básicas como instrumentales de la vida diaria.

3. ¿En qué medida los cambios en el nivel de dependencia, en la disponibilidad de miembros para cuidar y la presencia de cuidados previos afectan el acceso a cuidados de hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales?

Al respecto, se esperaría identificar que los factores asociados al cuidado presentan efectos distintos por estrato social y sexo de la persona mayor. En específico, para hombres y mujeres en el estrato muy bajo, el permanecer o cambiar hacia un nivel de dependencia leve tendería a representar una menor propensión a recibir cuidados en la edad avanzada y, contrariamente, el cambio hacia un nivel de dependencia grave implicaría un incremento significativo en la propensión a recibir cuidados; respecto a los cambios en el hogar de residencia se creería que permanecer o cambiar hacia hogares nucleares en el caso de los hombres y hacia hogares extensos en el caso de las mujeres representaría una mayor propensión a recibir cuidados frente a permanecer en un arreglo viviendo solo o sola; y sobre la recepción e intensidad de cuidados previos, se esperaría en ambos sexos una mayor propensión a recibir cuidados en el caso de aquellos que desde el primer año recibían cuidados más intensivos (diarios). Ello contribuiría a considerar que, a diferencia de otros tipos de apoyos, el cuidado tiende a mantenerse en el tiempo.

En el estrato bajo, el permanecer o cambiar hacia un nivel de dependencia leve también tendería a representar una menor propensión a recibir cuidados y el cambio hacia un nivel de dependencia grave implicaría un incremento significativo en la propensión a recibir cuidados para hombres y mujeres mayores; los cambios en el hogar de residencia podrían no tener efectos sobre la población femenina, pero sí para la masculina; y sobre la recepción e intensidad de cuidados previos, también se esperaría una mayor propensión a recibir cuidados en el caso de aquellos que desde el primer año recibían cuidados más intensivos.

En los sectores medios altos, las transiciones experimentadas por las personas en edad avanzada quizá no tendrían efecto respecto al acceso a cuidados, pues en estos sectores las personas podrían contar con los medios para pagar por servicios de cuidado en el mercado y porque los fuertes lazos intergeneracionales y contratos sociales aún vigentes asegurarían el acceso al cuidado, aunque los hijos no coresidan, sobre todo porque éstos también habrían tenido acceso a mejores condiciones estructurales y en esa medida contarían con los medios para poder cubrir las necesidades de sus progenitores de forma directa o recurriendo a cuidados remunerados.





## **CAPÍTULO III. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA ESTRATIFICAR A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR MEXICANA**

### **Introducción**

Una de las características distintivas de la región latinoamericana es la persistente desigualdad en la distribución de recursos y en el ejercicio de derechos (CEPAL, 2014). De ahí, que en la investigación sociodemográfica tradicional haya estado presente la necesidad de analizar de manera específica a diferentes grupos de población, tanto con el objeto de conocer sus particularidades sociales, económicas y de comportamiento, como con el interés de dar cuenta de las diferencias en la satisfacción de sus necesidades (Echarri, 2008).

En América Latina, al igual que en otras áreas geográficas con sociedades desiguales y polarizadas, se ha considerado el sector social al que pertenece el individuo como un elemento clave para comprender mejor su comportamiento, bajo la hipótesis de que la desigualdad en las condiciones objetivas de vida entre los diferentes sectores sociales, implica también desigualdad en las opciones y oportunidades con las que cuentan las personas e influencia sus comportamientos (García & Oliveira, 1990).

Como previamente se ha señalado este trabajo de investigación pretende seguir esta línea de análisis, pues se parte del entendido que entre la población adulta mayor se pueden identificar subgrupos, cuyas condiciones afectan de forma diferenciada sus requerimientos de cuidados y la forma como los satisfacen al interior de sus hogares. Por ello, en este capítulo se tiene por objetivo exponer y justificar los criterios propuestos para crear un indicador que permita segmentar a la población adulta mayor por estratos sociales.

Así, para comprender la lógica de las dimensiones consideradas en esta propuesta, se presentan a continuación algunos antecedentes de ejercicios que tuvieron por objeto segmentar a la población en general y a la adulta mayor en lo particular en el contexto mexicano. Posteriormente, se plantea la propuesta metodológica llevada a cabo en esta investigación. Y finalmente, se exponen algunas reflexiones sobre el reto que supone estratificar a la población adulta mayor

## **Antecedentes**

En México, desde la década de los ochenta, se cuenta con una variedad de estudios dirigidos a identificar las diferencias por sector social sobre fenómenos como la fecundidad, la mortalidad, la nupcialidad y el empleo femenino y de forma más reciente en el tiempo sobre temas como las concepciones de género, la incidencia de la violencia doméstica, el ejercicio de la paternidad y la división del trabajo doméstico y de cuidados. Estos análisis presentan distintas metodologías para poder identificar estratos o sectores sociales entre la población en estudio, metodologías que en el presente apartado se subdividen según si fueron pensadas para segmentar a la población en general o en lo particular a la población en edad avanzada.

### *Metodologías para segmentar a la población mexicana*

Los primeros análisis interesados en el estudio de la población por sectores sociales pusieron énfasis en la metodología para identificar sectores con base en los esquemas teóricos de los enfoques clásicos. Mier y Terán y Rabell (1984), por ejemplo, con el objetivo de medir las diferencias en la fecundidad entre grupos sociales, utilizaron datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976 y construyeron grupos sociales tomando como elementos determinantes:

- a) la propiedad de los medios de producción;
- b) la posesión de la tierra;
- c) la diferencia entre el trabajo manual y el intelectual, y
- d) la distinción entre trabajadores relacionados directamente con el proceso productivo, de circulación y con los servicios.

A partir de estas dimensiones propusieron una tipología de ocupaciones en la que diferenciaban a los trabajadores no agrícolas de los agrícolas. Entre los no agrícolas, consideraron a la pequeña burguesía, los asalariados y los trabajadores autónomos (por cuenta propia); y entre los agrícolas a los pequeños propietarios y los jornaleros.

Con base en el establecimiento de estos grupos, las autoras identificaron un elevado nivel de fecundidad tanto entre las mujeres de los sectores no agrícolas como entre las agrícolas, pero también notaron que las primeras tenían en promedio un hijo menos al final de su vida fértil y

mostraban indicios de cambios en el patrón de fecundidad, pues la tendencia a observar un menor número de descendencia a mejores niveles de vida se comenzaba a asociar con un uso eficaz de anticonceptivos.

Otro estudio importante, es el de Bronfman y Tuirán (1984), quienes evidenciaron las desigualdades sociales frente a la mortalidad infantil, retomando información de la Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982 y construyendo clases sociales a partir de cuatro dimensiones:

- a) el lugar que ocupan los individuos en un sistema de producción históricamente determinado;
- b) las relaciones con los medios de producción;
- c) el papel en la organización social del trabajo, y
- d) la magnitud y la forma en la que los individuos reciben la parte de la riqueza social de la que disponen

Con base en estas dimensiones, los autores construyeron una tipología que separaba a quienes desempeñaban actividades agrícolas de aquellos insertos en las no agrícolas, especificando un total de 11 clases sociales: burguesía; nueva pequeña burguesía; pequeña burguesía tradicional; fuerza de trabajo libre no asalariada; proletariado típico en establecimientos mayores; proletariado típico en establecimientos menores; proletariado no típico en tareas manuales; proletariado no típico en tareas no manuales; campesinos acomodados y medios; campesinos pobres y semiproletariados; asalariados agrícolas.

Así identificaron importantes diferencias en mortalidad, destacando que entre las clases de mayor y menor mortalidad existía una diferencia de aproximadamente 73 defunciones antes de los dos años por cada mil nacidos vivos. Esta diferencia también se expresaba en la esperanza de vida al nacimiento, pues mientras en la nueva pequeña burguesía se estimaba una esperanza de vida de 70.0 años en la de los asalariados agrícolas se estimaba una de 56.7 años; y persistía al analizar únicamente las clases no agrícolas, dado que había una diferencia de 38.5 muertes por cada mil nacidos vivos entre la nueva pequeña burguesía y la fuerza de trabajo libre no asalariada y de 8 años en la esperanza de vida al nacer.

Posteriormente, también un importante trabajo es el de Bronfman, López y Tuirán (1986). Ellos retoman la clasificación hecha para el estudio de la mortalidad y lo aplican para el análisis de la anticoncepción con el objetivo de identificar patrones diferenciales entre clases sociales. A diferencia de las primeras observaciones hechas por Mier y Terán y Rabell, los autores no únicamente consideraron a las mujeres unidas, sino a todas las mujeres en edad fértil; y para definir su ubicación social consideraron la información del actual o último cónyuge entre las unidas o alguna vez unidas y la información del padre entre las nunca unidas.

Con esta clasificación Bronfman, López y Tuirán (1986) identifican patrones diferenciales en el uso de anticonceptivos de mujeres unidas por clase y edad, destacando que entre los 15 y 24 años se observan las mayores diferencias en el uso de anticonceptivos por clase social; diferencias que se acortan notablemente entre los 25 y 34 años y que se estrechan aún más a partir de los 35 años de edad. En cuanto al tipo de método anticonceptivo utilizado, analizan entre el total de mujeres usuarias y también encuentran diferencias por clases sociales y edad, subrayando que los métodos más utilizados son las pastillas y la esterilización, pero que el primero tiene una mayor prevalencia entre todas las clases sociales y el segundo principalmente en los grupos de la burguesía, la nueva pequeña burguesía, el proletariado típico en establecimientos mayores y los campesinos pobres y semiproletarios. Y respecto al lugar donde obtienen los métodos, los investigadores notan que las píldoras anticonceptivas son principalmente compradas por la burguesía, la nueva pequeña burguesía y el proletariado típico en establecimientos menores en farmacias; y provistas por programas de planificación familiar del sector gubernamental en las restantes clases no agrícolas y agrícolas.

A partir de estos trabajos, se puede considerar que los criterios utilizados para segmentar a la población y estudiar sus características representaron importantes referentes para dar cuenta de las diferencias entre grupos con condiciones socioeconómicas distintas, pero la metodología resultaba compleja. Para la década de los noventa hubo un mayor interés por identificar subgrupos entre la población con criterios más sencillos, que permitieran analizar los matices entre los sectores sociales en interacción con otras variables y mostraran cómo los diferentes niveles de la realidad social a la que los individuos estaban expuestos lograban condicionar su comportamiento.

Al respecto, García y Oliveira (1990) presentaron una propuesta para revisar las diferencias entre sectores sociales en los patrones reproductivos. Con base en la información generada de la Encuesta

Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987, las investigadoras identificaron sectores sociales conforme a la situación económica de la persona de la cual dependían económicamente las mujeres entrevistadas en esta encuesta, situación que definieron a partir de dos dimensiones:

- a) el tipo de ocupación
- b) la situación en la ocupación

Conforme a estas dimensiones, las autoras primero separaron a quienes dependían de personas insertas en actividades no agrícolas de aquellas en actividades agrícolas, posteriormente dividieron a las no agrícolas en personas que realizaban actividades no manuales y manuales y, finalmente, subdividieron a las dedicadas a tareas manuales en personas no asalariadas y asalariadas. Así, definieron cuatro sectores sociales: el agrícola, el de trabajadores manuales no asalariados, el de trabajadores manuales asalariados y el de trabajadores no manuales o sector medio.

Con el establecimiento de estos subgrupos de población, García y Oliveira (1990) analizaron la relación entre la maternidad y el trabajo extradoméstico en cada sector social, notando que la relación negativa entre la maternidad y la participación laboral de las mujeres había perdido impacto en los sectores de trabajadores asalariados y de trabajadores agrícolas, muy probablemente porque en estos sectores, que consideran los más empobrecidos, el descenso de los salarios reales requerían compensarse con ingresos generados por las mujeres.

Pero un análisis a mayor profundidad por parte de García y Oliveira es el que llevan cabo a mediados de esta década, análisis en el que estudian los cambios en el trabajo femenino intradoméstico y sus repercusiones sobre la vida familiar y la posición de las mujeres en el hogar, prestando particular atención a las diferencias entre los sectores medios y populares urbanos, así como a las situaciones que se dan al interior de estos sectores sociales (García y Oliveira, 1994).

Con este trabajo evidencian que, en los sectores populares, el incremento de mujeres en las actividades económicas acontece como respuesta a la imposibilidad de cubrir las necesidades del hogar con un solo ingreso; pero ellas reconocen pedir permiso para trabajar y con frecuencia asumen que su contribución económica al hogar no es esencial, aunque lo sea en la práctica. Mientras que, en los sectores medios, la inserción laboral de las mujeres ocurre como consecuencia

de los mayores niveles educativos alcanzados y de un descenso en su fecundidad; en este contexto, ellas valorizan su trabajo y lo consideran un medio de superación personal<sup>29</sup>

Durante esta década se identifican también análisis sobre el estudio de la pobreza, que estratificaron a la población de acuerdo a los recursos con que contaban para satisfacer sus necesidades. Al respecto destacan tres métodos de medición principales, el de las necesidades básicas insatisfechas (NBI); el de las líneas de pobreza (LP); y el de la medición integrada de la pobreza (MMIP).

El método NBI fue concebido como un método directo para identificar a los pobres, tomando en cuenta un conjunto de necesidades básicas, cuya insatisfacción permitían identificar a los hogares con diversas carencias, así como el número de personas pobres. Entre estas necesidades se consideraron:

- a) El acceso a una vivienda que asegure un estándar mínimo de habitabilidad para el hogar, medido en función a los materiales de construcción de la vivienda (materiales del piso, techo y paredes) y el hacinamiento.
- b) El acceso a servicios básicos que aseguren un nivel sanitario adecuado, identificado a partir de la disponibilidad de agua potable en la vivienda, de servicio sanitario y de drenaje.
- c) El acceso a educación básica, medido por la asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo.
- d) La capacidad económica para alcanzar niveles mínimos de consumo, reconocida de forma indirecta en función al nivel educativo del jefe del hogar, el número de personas en el hogar y la condición de actividad.

Con base en estas dimensiones se creó un “Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas” (INBI), que diferenciaba de manera dicotómica a los hogares con al menos una necesidad insatisfecha de los que no presentaban carencias críticas. Este índice era de fácil medición, dado que consideraban un conjunto de dimensiones a menudo disponibles en las encuestas de hogares, pero tenía dos importantes limitaciones, sólo permitía distinguir a los hogares con carencias críticas de aquellos

---

<sup>29</sup> Para revisar análisis que siguen esta misma línea de trabajo ver García y Oliveira (2006) “Las familias en el México metropolitano : visiones femeninas y masculinas” y Rojas (2008) “Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México. Un estudio del desempeño masculino en los procesos reproductivos y en la vida doméstica”.

que no las tenían y el criterio para definir el número de necesidades insatisfechas que debía presentar un hogar para ser considerado pobre era totalmente arbitrario (Feres y Mancero, 2001).

El método de LP fue considerado un método indirecto, que clasificaba como pobres a aquellas personas u hogares con un ingreso insuficiente para adquirir bienes y servicios básicos. El procedimiento seguido consideraba los siguientes pasos:

- a) Construir una canasta básica de bienes y servicios;
- b) Estimar el valor de esa canasta y, por lo tanto, el ingreso necesario para adquirirla (“línea de pobreza”);
- c) Clasificar como pobres a aquellas personas cuyo ingreso sea inferior al de la línea de pobreza.

Este método contaba con la ventaja de poder identificar situaciones de “pobreza reciente”; es decir, permitía identificar a los hogares que satisfacían sus necesidades básicas pero que, por motivos coyunturales, veían reducidos sus ingresos a un nivel menor que la línea de pobreza. Pero a su vez, dado que se basaba en el consumo o ingreso corriente, no tomaba en cuenta los servicios públicos provistos gratuitamente, ni las necesidades cuya satisfacción requiere de gasto en inversión y no de gasto corriente (Feres y Mancero, 2001).

La medición integrada MMIP, propuesta de Boltvinik, en su variante original combina los dos métodos anteriores. Con la aplicación de ambos métodos obtiene una tabla de contingencia en la que la población se clasifica en cuatro categorías: pobre por ambos métodos, no pobre ambos, pobre sólo por NBI y pobre sólo por LP. Este método tenía varias características interesantes, una de ellas es que en ciertas circunstancias permite la distinción entre población recientemente empobrecida (pobres sólo por LP) y el tipo de pobreza no estructural (pobres por ambos métodos). No obstante, arrastraba las deficiencias de los métodos en que se basa y no permitía producir ningún índice de pobreza que vaya más allá de la incidencia de pobreza. Por tanto, el mismo autor luego presenta una versión mejorada en la que incorpora un indicador de pobreza de tiempo, a fin de obtener un índice de pobreza integrado por hogar, que permite calcular todas las medidas agregadas de pobreza y que puede ser desagregado en sus componentes (Boltvinik, 2004).

Así, con base en estas metodologías y pese a sus ventajas y limitaciones, se puede considerar que se cuenta con un amplio bagaje de estudios interesados en segmentar a las poblaciones y en revisar

la configuración de sus características principales. Por tanto, en la actualidad se pueden apreciar análisis que retoman las distintas dimensiones mencionadas. Echarri (2008), por ejemplo, con el objetivo de generar un indicador de estratificación social para el estudio de la salud sexual y reproductiva consideró tres dimensiones:

- a) La calidad de la vivienda y sus servicios, medida principalmente en función a la calidad del material del piso y de la existencia o no de agua entubada en el hogar;
- b) La escolaridad relativa promedio, medida a partir de la escolaridad acumulada de los miembros de los hogares en contraste con una escolaridad estándar;
- c) La categoría de actividad asociada al mayor ingreso entre los miembros del hogar, identificada a partir de la posición en el trabajo (jornalero, trabajador, empleado, patrón), la condición de actividad (buscó trabajo, estudiante, jubilado, hace quehaceres en el hogar, incapacitado) y el promedio de ingreso asociado a la conjugación de éstos.

Con base en estas tres dimensiones, el autor estableció cuatro estratos: muy bajo, bajo, medio y alto. A partir de los cuales observó las contrastantes diferencias entre el estrato muy bajo y los estratos medios y altos con relación a las tasas específicas de fecundidad, al patrón de entrada a la unión, a las edades medias a la maternidad y en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil unidas.

Por otra parte, Aparicio (2009) presentó una propuesta para la generación de un índice socioeconómico de los hogares con base en la información disponible en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (Endifam) de 2005, propuesta en la que expuso que la medición de las condiciones de vida de las personas, las familias y las poblaciones debe tomar en cuenta sus capacidades para tener acceso y disfrutar de los satisfactores de sus necesidades humanas. Bajo esta mirada, el autor retomó tres dimensiones:

- a) Las condiciones materiales y sanitarias de la vivienda;
- b) La disponibilidad en los hogares de un conjunto de bienes y enseres domésticos; y
- c) Los años de escolaridad de la población entrevistada en la encuesta

Así, mediante la combinación de estas dimensiones generó un índice socioeconómico, ordenando a la población en grupos de tamaño homogéneo según los quintiles del índice obtenido.



Considerando esta propuesta, Ariza y Oliveira (2009) exploraron las diferencias por estrato social en las relaciones intrafamiliares: convivencia, afectividad y conflictividad. Estas autoras no definieron subpoblaciones de estudio en función a los estratos construidos, en lugar de ello se preocuparon por identificar el efecto que puede tener la adherencia a cada uno sobre las relaciones en estudio. Entre sus principales hallazgos notaron que en los sectores medios-altos había una mayor frecuencia de convivencia fuera del hogar y en los bajos una mayor percepción de violencia extrema y menor percepción del cariño que se prodigan los miembros del hogar.

Posteriormente, y de forma más cercana en el tiempo, Rojas y Martínez (2014) se interesan por conocer los matices en el grado de inequidad que prevalecen entre padres y madres en la distribución de tareas y responsabilidades familiares y domésticas. Con base en la información disponible en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) de 2009, los autores retoman dos dimensiones para el establecimiento de estratos socioeconómicos:

- a) El máximo grado de estudios (secundaria incompleta, secundaria completa o bachillerato incompleto, bachillerato completo o estudios a nivel superior)
- b) La posición en la ocupación (jornalero, empleado, trabajador sin pago, cuenta propia, patrón, jubilado)

De la conjugación de las categorías de ambas establecen tres estratos socioeconómicos: muy bajo, bajo y medio y alto. Al observar el efecto del estrato social en su población en estudio, los investigadores confirmaron que conforme mejora la situación social de los hombres incrementan tanto sus tasas de participación en labores domésticas y de cuidado como en el tiempo promedio que dedican a estas actividades.

En síntesis, a partir de los trabajos revisados se puede apreciar la utilidad de analizar de forma específica a grupos de población con diferentes condiciones de vida y la diversidad de fenómenos y temas que pueden abordarse desde esta mirada analítica. Así mismo se logra identificar una amplia gama de variables a considerar para segmentar a la población, variables entre las que destacan las relacionadas con la ocupación, los ingresos, el nivel de escolaridad, las condiciones de la vivienda en la que se habita y la disponibilidad de servicios, y propiedad sobre determinados bienes durables. Sin embargo, una tarea a realizar ahora es la de revisar la factibilidad de considerar o no estas mismas variables para dividir a la población en edad avanzada, ya que los estudios hasta

aquí revisados consideran al total de la población o principalmente a población que se encuentra en edades activas.

### *Metodologías para segmentar a la población en edad avanzada*

Entre los estudios de la población adulta mayor, un tema recurrente es el del acceso y uso de los servicios de salud. En México, por muchos años, la cobertura del sistema de seguridad social estuvo determinado únicamente por la participación de las personas en actividades formales, discriminándose a aquellos insertos en actividades agrícolas, domésticas e informales. Dado este escenario Wong y Díaz (2007), se dan a la tarea de investigar sobre el uso de servicios de salud de la población de adultos de 50 años de edad o más en México, con base en los resultados de la ENASEM 2001. Los autores analizan tres tipos de servicios de salud: cuidados preventivos, visitas al médico y hospitalizaciones; y entre sus objetivos buscan identificar si las personas con un bajo nivel socioeconómico tienen una baja exposición al sector de salud formal y si pueden no buscar atención formal en caso de enfermedad.

Como acercamiento para revisar la asociación entre el nivel socioeconómico y el uso de servicios de salud, Wong y Díaz (2007) analizan la relación que guarda cada uno de los tres tipos de servicios con dos características de las personas de 50 y más años:

- a) el nivel de escolaridad, para el que crean categorías según el número de años que la persona asistió a la escuela: 0 años, 1 a 5 años, 6 años, 7 o más años; y
- b) el ingreso, que categorizan en bajo, medio y alto, a partir del ingreso reportado por la persona si no tiene una pareja o dividiendo el ingreso total de la pareja si la persona se encuentra unida.

Al controlar por el efecto de otras variables, los investigadores encuentran una mayor utilización de visitas al médico y de atención preventiva entre las personas con mayores años de escolaridad y en el grupo de mayores ingresos, pero no encuentran una asociación diferencial respecto al uso de servicios de hospitalización; así sustentan la hipótesis de que los atributos socioeconómicos de los adultos mayores se asociarían de manera diferente con el uso de servicios de salud según el tipo de servicio.

Otros temas analizados son los relacionados con el estado de salud de la persona mayor. Entre los que se estudian la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, el estado funcional y el estado de salud mental. Ruiz-Arregui y colaboradores (2007) investigan sobre la prevalencia de obesidad y sobrepeso en las personas de 60 años y más y su asociación con factores socioeconómicos y comorbilidades. Con base en los resultados de la ENASEM 2001, los autores consideran dos variables que dan cuenta de la condición socioeconómica de las personas mayores:

- a) el nivel de escolaridad, que subdividen asignando un valor de 1 a quienes no tienen escolaridad o cuentan únicamente con educación primaria y de 0 a quienes obtuvieron un mayor grado de estudios; y
- b) el estatus socioeconómico auto reportado por las personas entrevistadas, variable que dicotomizan, con valor de 1 si el estatus era malo o pobre y con valor de 0 si se reportaba que era bueno, muy bueno o excelente.

Controlando por el efecto de otras comorbilidades, Ruiz-Arregui y colaboradores (2007) identificaron que un nivel educativo más bajo se asociaba a una menor prevalencia de sobrepeso en mujeres y hombres, al igual que con los hombres que auto reportaron un bajo nivel socioeconómico; así comprobaron que existen diferencias relacionadas con las condiciones socioeconómicas en que envejecen las personas y que además se debe tener presente el contexto, ya que en países en desarrollo esto puede deberse a la carencia de recursos para obtener alimentos y, contrariamente, en países desarrollados la obesidad puede guardar una relación inversa por estratos sociales, ya que se tiene acceso a los alimentos pero también un desconocimiento sobre nutrición y una deficiente actividad física.

Respecto al estado funcional, investigaciones como las de Sáenz y Wong (2016) ponen en evidencia la asociación entre la condición socioeconómica y el estado funcional desde una mirada de curso de vida. Ambos investigadores plantean que es necesario determinar en qué medida la posición socioeconómica a lo largo del ciclo de vida afecta el inicio y la progresión de la limitación funcional en la edad avanzada, pero reconocen que un problema importante al analizar ello es la operacionalización de los constructos.

A partir de investigaciones previas, estos autores plantean que una educación más baja se asociaría con una mayor probabilidad de desarrollar limitaciones funcionales, mientras que los ingresos y la riqueza más bajos se asociarán con un deterioro funcional. Así, para someter a prueba su hipótesis,

Saenz y Wong (2016) miden la posición socioeconómica considerando la información reportada por las personas entrevistadas con la ENASEM entre las rondas 2001 y 2012 sobre cuatro aspectos:

- a) la escolaridad, con la que construyen cuatro categorías en función a los años completos de educación formal: 0 años, educación primaria incompleta (1-5 años), educación primaria completa (6 años) y más que educación primaria (7 y más años);
- b) la ocupación, en la que consideran la ocupación principal a lo largo de la vida y no a la actual, diferenciando a los trabajadores de cuello blanco de los trabajadores de cuello azul;
- c) el ingreso, que estiman a partir de lo reportado por las personas respecto a distintas fuentes de ingreso (trabajo, pensión, rentas, transferencias), considerando el ingreso total de la persona si esta vive sola y dividiendo lo estimado entre dos si vive en pareja; y
- d) la riqueza, que la operacionalizan como la suma del valor de los negocios, propiedades inmobiliarias, dinero en cuentas y acciones, transporte, así como una estimación del valor de todos los demás activos que posee la persona y/o su pareja y al igual que con el ingreso la dividen entre dos si la persona vive en pareja.

Con base en estas variables, los autores encuentran que en efecto un menor logro educativo se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar limitaciones funcionales, pero que contrario a lo esperado los recursos financieros, incluidos los ingresos y la riqueza, no predecían el inicio ni la progresión de la limitación funcional. En lugar de ello identificaron que aquellos con bajo nivel educativo tenían más probabilidades de tener una limitación funcional que empeoró con el seguimiento.

Otro análisis que retoma la perspectiva de curso de vida y que analiza las diferencias por condición socioeconómica entre la población mayor es el que llevan a cabo Torres y Wong (2013). Estas investigadoras tienen por objetivo examinar la relación de la desventaja socioeconómica acumulada con los síntomas depresivos de la vida adulta en adultos mayores en México. Para cumplir su cometido construyen una medida del estado socioeconómico a lo largo de la vida, considerando información que da cuenta del estatus social de los entrevistados en tres etapas: durante la niñez, de la niñez a la edad adulta y en la edad adulta.

Para evaluar el estado socioeconómico de la niñez, las autoras consideraron el autoreporte retrospectivo sobre si los encuestados tenían o no instalaciones sanitarias en su hogar antes de los 10 años y si experimentaron o no hambre constante antes de los 10 años. Como indicador del estado

socioeconómico desde la niñez hasta la edad adulta, consideraron la información sobre la escolaridad. Y para dar cuenta del estatus social en la edad adulta retomaron cuatro dimensiones:

- a) la ocupación principal en la edad activa;
- b) el ingreso neto mensual,
- c) el nivel de riqueza y
- d) la disponibilidad de ciertos artículos en el hogar.

La ocupación principal la categorizaron en seis amplias categorías: trabajadores profesionales/administrativos; agrícolas; del sector servicios (incluidos los servicios informales); trabajadores en fábricas/industrias, trabajadores domésticos y sin antecedentes de trabajo. A partir de éstas se crea una variable que permite diferenciar el estatus ocupacional, considerando a los trabajadores agrícolas y domésticos como los más vulnerables.

El ingreso neto mensual y la riqueza lo estiman a partir de lo reportado por la persona entrevistada, y si la persona mayor vive en pareja dividen lo calculado entre dos, para posteriormente categorizarlos en cuartiles, considerando a los dos primeros cuartiles como los niveles más bajos de ingreso y riqueza

Y en cuanto a la disponibilidad de artículos en el hogar, para evitar el sesgo de aquellos a los que pueden acceder al convivir con los hijos, crean una variable para separar a quienes únicamente cuentan con radio y televisión de los que tienen, además de esos dos, lavadora, telefono, entre otros artículos.

Con base en estos indicadores socioeconómicos en cada etapa de la vida generan un indicador del estatus socioeconómico acumulativo, con cuatro categorías de nivel socioeconómico: persistentemente bajo; principalmente bajo; principalmente alto; y persistentemente bajo. Así, a partir de este indicador, Torres y Wong (2013) encuentran evidencia de que la acumulación de ventaja o desventaja socioeconómica en el tiempo contribuye a aumentar las disparidades en los síntomas depresivos en la edad adulta.

Estos estudios reseñados coinciden en la necesidad de ver a la población adulta mayor como una población con características heterogéneas, cuyo proceso de envejecimiento ocurre de forma diferenciada y guarda distinta relación con las características socioeconómicas, tanto en las etapas

previas de la vida como en el presente. Entre la bibliografía revisada se observa que los distintos indicadores considerados para segmentar a la población mayor (ocupación, ingresos, nivel de escolaridad, y disponibilidad de bienes y servicios en el hogar) coinciden con los de la población en general, pero con algunas modificaciones.

Respecto a la ocupación, cuando se trata de la población en edad avanzada se considera a aquella actividad principal realizada a lo largo de la vida o aquella que la persona reporta haber desempeñado por más tiempo, pues la ocupación que en la actualidad desarrolle muy probablemente se encuentre limitada para dar cuenta de sus condiciones de vida. Además, esta actividad principal se puede relacionar con las posibilidades de contar con una pensión en el retiro, prestación que indudablemente marca una diferencia en la edad avanzada.

Con relación a los ingresos, para la población en general el ingreso considerado es el que se obtiene producto de las actividades llevadas a cabo en el mercado de trabajo remunerado, pero para la población adulta mayor el ingreso por actividades remuneradas no siempre es su principal o única fuente. Por ello se consideran diversos tipos de ingresos: las transferencias recibidas de los hijos, los generados por la administración de recursos o del trabajo de la persona mayor y los que se reciben producto de transferencias institucionales. Esta información a menudo se enfrenta a problemas relacionados con el ocultamiento de las ganancias reales y la dificultad para captar el ingreso proveniente de diferentes fuentes. Por tanto, una debilidad de este indicador es que trabaja con estimaciones a partir de la imputación de los ingresos, metodología que permite estimar el ingreso promedio con el que pueden contar personas que presentan características similares a quienes sí reportaron uno. Y aunado ello, otra debilidad, es que se trata de un indicador que recupera únicamente información sobre la persona mayor y su pareja, suponiendo que el ingreso se divide en forma equitativa entre la pareja, supuesto que no aplica en la realidad mexicana, en la que gran proporción de las personas mayores viven en hogares extensos, con miembros que pueden aportar sus ingresos o que por el contrario pueden también depender de la persona mayor.

En lo que corresponde a la escolaridad, se observan distintas formas de tratar a la información reportada. Por un lado, algunos análisis siguen el patrón utilizado para la población en general categorizando el nivel de escolaridad con base en los cortes asociados al término de la primaria, la secundaria y la educación media y superior. Pero, por otro lado, se observan estudios que dicotomizan el nivel de escolaridad en función a si el individuo completó como máximo la

educación básica primaria o si logró un mayor grado de estudio. En este último caso se toma en consideración que la población mayor se enfrentó a otro contexto en cuanto al acceso a la educación.

Sobre la disponibilidad de bienes y servicios, para el caso de la población mayor también hay una pequeña modificación respecto a la población en general. Se construye un indicador que permite identificar si las personas cuentan en sus hogares con bienes durables considerados básicos para este segmento de la población (radio y televisión) o si además cuentan con otros bienes, que se asociarían a la posibilidad de acceder a mayores niveles de consumo.

Así, tomando en consideración las ventajas y limitaciones de las dimensiones para dar cuenta de las condiciones socioeconómicas de las personas, y la forma como se modifican al aplicarse a poblaciones en edad avanzada, a continuación, se presenta una propuesta para estratificar a la población mayor entrevistada con la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2015.

### **Propuesta metodológica para estratificar a la población adulta mayor mexicana**

En esta investigación se plantea una propuesta de estratificación de la población mayor considerando únicamente tres dimensiones: el nivel de escolaridad, la actividad principal de la persona en la vida activa y los bienes de los que se dispone en el hogar. Para justificar ello, este apartado se subdivide en tres secciones: en la primera se revisan las principales características de la fuente de información y se delimita el universo de estudio; en la segunda se expone el tratamiento de las variables consideradas y en la tercera se explican los pasos seguidos para la construcción de los estratos.

#### *Sobre la fuente de información y la delimitación de la muestra*

En este proyecto de investigación se trabaja con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2015. Esta encuesta tiene por objetivo obtener información acerca del proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la población de 50 años y más en México. Por su contenido, la ENASEM permite

conocer el historia laboral, la condición de actividad y las características del empleo principal a lo largo de la vida de las personas entrevistadas; obtener datos sobre las características, la condición de propiedad y el valor estimado de la vivienda, así como de los servicios con que cuenta; y recabar información sobre los ingresos recibidos, por pensiones u otras fuentes diferentes a las del empleo, la propiedad de bienes raíces y de capital, así como la percepción de ingresos por vía laboral (INEGI, 2016).

La ENASEM es una encuesta de tipo longitudinal, que recupera información sobre etapas de la vida previas al momento de la entrevista y que va siguiendo a la población en el tiempo y actualizando sus características. La encuesta basal se llevó a cabo en el 2001 con representación nacional y urbano/rural de los adultos nacidos en 1951 o antes, y las encuestas de seguimiento se hicieron en 2003, 2012, 2015 y 2018. En 2012, se agregó una nueva muestra de adultos nacidos entre 1952 – 1962 y de la misma manera, en 2018 se agregó una nueva cohorte de adultos nacidos entre 1963 y 1968 para renovar la muestra (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) , 2019). Si bien la ronda más reciente de la encuesta es la de 2018, al momento en que se lleva a cabo esta investigación aún no se cuenta con los resultados de ésta, por lo que la estratificación de la población se realiza con base en la información obtenida para el año 2015.

Para delimitar la muestra analítica se tomaron en consideración tres criterios. El primero, que en el hogar radicara una persona adulta mayor. En la ENASEM 2015 se entrevistan a personas de 50 y más años seleccionadas de forma aleatoria, pero para este trabajo sólo es de interés la persona mayor, por tanto, el primer filtro fue identificar las entrevistas hechas en hogares en los que habitaban personas de 60 años y más en 2015.

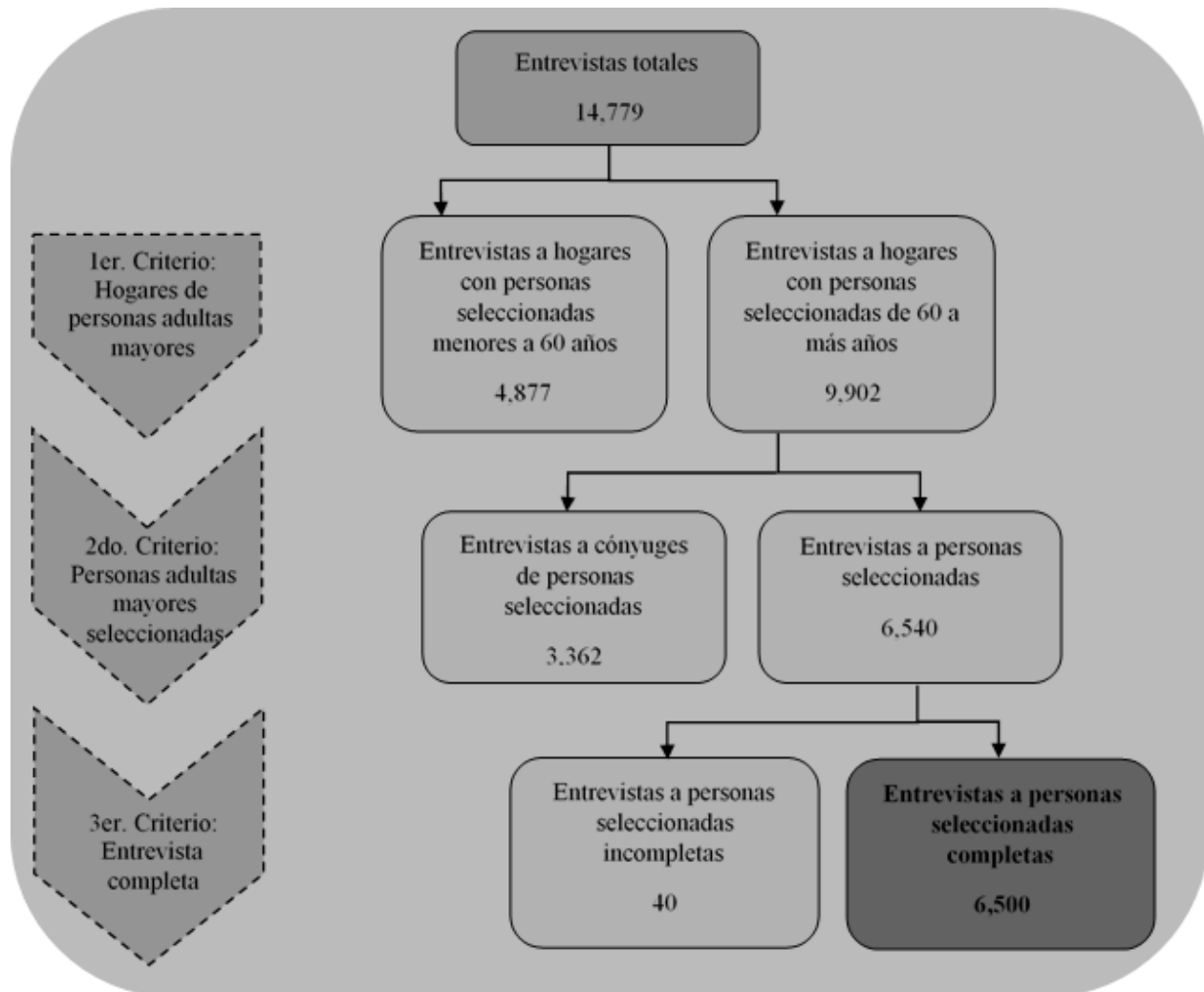
El segundo, que se identifique únicamente a las personas seleccionadas de forma aleatoria. Por el diseño de la encuesta, si la persona entrevistada se encuentra unida, se puede observar que en algunos hogares hay información tanto de la persona seleccionada (persona mayor) como de su pareja (independientemente de su edad). Por ello, la muestra analítica se limita únicamente a las observaciones, que corresponden al número de entrevistas hechas a personas seleccionadas que en 2015 tenían 60 y más años.

Finalmente, con el tercer criterio, se busca identificar a las entrevistas que cuentan con información completa. La entrevista es larga y puede levantarse en más de una sesión; sin embargo, en ocasiones no puede concluirse la totalidad de la entrevista, por tanto, interesa trabajar sólo con la población



que brindó información completa. Así, con base en estos filtros, la muestra analítica queda delimitada a un total de 6,500 casos (Esquema 3.1).

**Esquema 3. 1 Criterios para delimitación de la muestra analítica**



Fuente: Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

### *Sobre las dimensiones consideradas y tratamiento de las variables*

Como ya se ha mencionado, esta propuesta contempla tres dimensiones para dar cuenta del estatus socioeconómico en la edad avanzada: el nivel de escolaridad, la actividad principal de la persona en la vida activa y los bienes de los que se dispone en el hogar.

- El nivel de escolaridad

El nivel de escolaridad es una variable utilizada en muchas investigaciones como variable *proxy* de la condición socioeconómica, ya que se considera que una mayor escolaridad se relaciona en muchos casos con un incremento en el ingreso, mediante el cual es posible satisfacer gran parte de las necesidades del individuo o del hogar (Echarri, 2008).

Al tomar la escolaridad, como una variable para segmentar a la población adulta mayor, se debe tener presente que esta población estuvo en edad de insertarse al sistema educativo básico entre 1930 y 1960, periodo en el que la enseñanza primaria se concentraba principalmente en el medio urbano y en el que los niveles superiores tenían un carácter restringido (Álvarez Mendiola, 1994). Así que se trata de una población que en general posee una menor escolaridad a la de otros grupos de la población y en el que las mujeres presentan aun menores niveles que los hombres, tal y como puede apreciarse en el Cuadro 3.1.

**Cuadro 3. 1 Distribución de población con 60 y más años por niveles de escolaridad, según sexo (porcentajes)**

Niveles de escolaridad	Hombres (n=2,948)	Mujeres (n=3,552)	Población Total (n=6,500)
Sin escolaridad	17.8	24.3	21.3
Primaria incompleta	32.5	33.7	33.1
Primaria completa	21.6	18.6	19.9
Secundaria incompleta	3.9	4.6	4.3
Secundaria completa	9.0	11.0	10.1
Con al menos un año en media superior o superior	15.2	7.9	11.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

Para esta población las credenciales educativas no necesariamente fueron elementos determinantes para el acceso a mejores condiciones sociales, pero sí pudieron jugar un papel importante en

términos de su capacidad de agencia tanto en su etapa productiva como en la actualidad. Por ello, se crea una variable dicotómica que permite separar a las personas mayores que no cuentan con escolaridad o que no concluyeron la primaria, de aquellas que completaron la primaria o lograron algún nivel de instrucción superior. Bajo la lógica de identificar al grupo de población con el mayor nivel de carencias educativas (Cuadro 3.2).

**Cuadro 3. 2 Variable dicotómica: Carencia educativa**

Valores variable Carencia educativa	
Sin escolaridad	<b>1</b>
Primaria incompleta	
<hr/>	
Primaria completa	<b>0</b>
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Con al menos un año de educación media superior o superior	

**Fuente: Elaboración propia.**

- La actividad principal en la vida activa

En el cuestionario de la ENASEM se pide describir las tareas o funciones llevadas a cabo en el trabajo principal a lo largo de la vida, o en el realizado la mayor parte de la vida. Con base a esta descripción, se codifican las actividades conforme a la Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO). A partir de esta clasificación se construyen siete categorías ocupacionales, siguiendo las clasificaciones propuestas por García y Oliveira (1990) y Torres y Wong (2013): Personas sin historial laboral; trabajadores en actividades agrícolas; trabajadores no calificados en fábricas/industrias; trabajadores calificados de fábricas/industrias; trabajadores no asalariados del sector servicios; trabajadores asalariados del sector servicios y profesionales/personal administrativo (Esquema 3.2).

**Esquema 3. 2 Categorías ocupacionales a partir de Clasificación Mexicana de Ocupaciones<sup>30</sup>**

Categorías/subcategorías ocupacionales		Actividades en la CMO
<b>Personas sin historial laboral</b>		Personas que reportaron no haber tenido en su vida un trabajo por el que recibió un pago o ganancia, ni ayudado en un negocio, granja, rancho o parcela sin recibir un pago o ganancia.
<b>Trabajadores en actividades agrícolas</b>		Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, silvícolas y de caza y pesca.
<b>Trabajadores manuales en actividades no agrícolas</b>	<b>Trabajadores no calificados en fábrica/industria</b>	Artesanos y trabajadores fabriles en la industria de la transformación y trabajadores en actividades de reparación y mantenimiento; ayudantes, peones y similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento.
	<b>Trabajadores calificados en fábrica/industria</b>	Jefes, supervisores y otros trabajadores de control en la fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento; operadores de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en el proceso de fabricación industrial; conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte
	<b>Trabajadores no asalariados del sector servicios</b>	Trabajadores en servicios personales; vendedores ambulantes y trabajadores ambulantes en servicios; trabajadores en servicios domésticos; conductores y ayudantes de medios de transporte; trabajadores del arte, espectáculos y deportes; otros trabajadores con ocupaciones insuficientemente especificadas.
	<b>Trabajadores asalariados del sector servicios</b>	Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios; trabajadores de apoyo en actividades administrativas; comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas; trabajadores en servicios personales; trabajadores en servicios de protección y vigilancia y fuerzas armadas.
<b>Trabajadores no manuales en actividades no agrícolas</b>	<b>Profesionales / Personal administrativo</b>	Profesionistas; técnicos; trabajadores de la educación; trabajadores del arte, espectáculos y deportes; funcionarios y directivos de los sectores público, privado y social.

Fuente: Elaboración propia con base en: **García, B. y Oliveira, O. (1990); Torres, J. y Wong, R. (2013).**

<sup>30</sup> Para una versión más detallada del conjunto de actividades comprendidas en cada grupo ver Anexo 1.

Esta propuesta de categorización es sencilla y considera al total de la población mayor en estudio, dado que incorpora una categoría para las personas que nunca han trabajado. Por el segmento de población del que se trata, se observa un claro patrón diferenciado por sexo, ya que los hombres se desempeñarían principalmente en actividades agrícolas y en trabajos en fábricas e industrias, mientras que las mujeres tenderían a concentrarse en actividades no asalariadas del sector servicios o en la condición de no contar con historial laboral (Cuadro 3.3).

**Cuadro 3. 3 Distribución de población con 60 y más años por categorías ocupacionales, según sexo (porcentajes)**

Niveles de escolaridad	Hombres (n=2,948)	Mujeres (n=3,552)	Población Total (n=6,500)
Personas sin historial laboral	1.1	26.6	15.0
Trabajadores en actividades agrícolas	25.9	6.3	15.2
Trabajadores manuales en actividades no agrícolas			
Trabajadores no calificados en fábricas/industrias	25.0	10.8	17.3
Trabajadores calificados en fábricas/industrias	6.0	1.6	3.6
Trabajadores no asalariados del sector servicios	14.3	28.8	22.2
Trabajadores asalariados del sector servicios	16.6	17.7	17.2
Trabajadores no manuales en actividades no agrícolas			
Profesionales/Personal administrativo	11.1	8.3	9.6
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

La ocupación principal desarrollada por las personas mayores, se llevó a cabo a lo largo de un amplio periodo en el tiempo, caracterizado por contrastantes cambios en la historia económica de México: la Gran Depresión y la recuperación, entre 1928-1950; el periodo de sustitución de importaciones y el crecimiento rápido de 1959 a 1970; los desequilibrios fiscales y el colapso de la sustitución de importaciones entre 1970 y 1981; la crisis y reforma de 1982 a 1995; la recuperación de la crisis y crecimiento lento, entre 1995 y 2007 (Kehoe y Meza, 2013). A lo largo de estos periodos la ocupación pudo tener efectos distintos sobre el acceso a mejores condiciones de vida de la persona. Sin embargo, en este estudio la variable ocupación no se utiliza únicamente para considerar este aspecto, se retoma también con la intención de conocer las condiciones a las que le permite acceder en el presente, a partir de la relación que pueden guardar con el acceso a un ingreso por retiro, por ejemplo.

Con esto en mente, se construye una variable dicotómica con la intención de separar a las personas insertas en actividades agrícolas, no calificadas en fábricas/industrias y no asalariadas del sector servicios, de las personas que llevaron a cabo otro tipo de actividades. Esto porque se considera que la población en las actividades citadas trabajó bajo condiciones más precarias a lo largo de su vida activa, que minaron sus condiciones de vida en ese entonces y que en el presente las expone a no contar con un ingreso por retiro o si acceden a este reciben montos mínimos. En relación con las personas sin historial laboral, dado que representa un considerable porcentaje entre las mujeres, aquellas unidas se subdividen en función a la actividad de sus parejas (Cuadro 3.4)

**Cuadro 3. 4 Variable dicotómica: Estatus ocupacional bajo**

Valores variable Estatus ocupacional bajo	
Trabajadores en actividades agrícolas	<b>1</b>
Trabajadores no calificados en fábricas/industrias	
Trabajadores no asalariados del sector servicios	
Personas sin historial laboral que no reportan tener pareja	
Personas sin historial laboral cuyas parejas desempeñaron labores en actividades agrícolas, no calificadas en fábricas/industrias o no asalariadas del sector servicios	
Trabajadores calificados en fábricas/industrias	<b>0</b>
Trabajadores asalariados del sector servicios	
Profesionales/Técnicos	
Personas sin historial laboral cuyas parejas se desempeñaron en actividades calificadas en fábricas/industrias, asalariadas del sector servicios o profesionales	

**Fuente: Elaboración propia.**

- Artículos de los que dispone la persona en el hogar

En el cuestionario de la ENASEM se cuenta con una batería de preguntas sobre artículos y servicios disponibles en el hogar de residencia actual de la persona mayor. En esta se pregunta si se posee radio, televisión, refrigerador, lavadora, teléfono, calentador de agua, computadora y si se tiene acceso a internet (Cuadro 3.5).

**Cuadro 3. 5 Porcentaje de personas de 60 y más años en el hogar, según sexo y artículos de los que dispone en el hogar que habita**

Artículos que se poseen en el hogar	Hombres	Mujeres	Población Total
Radio	73.5 (2,167)	69.0 (2,451)	71.1 (4,618)
Televisión	94.3 (2,779)	95.8 (3,403)	95.1 (6,182)
Refrigerador	89.8 (2,646)	91.8 (3,262)	90.9 (5,908)
Lavadora	76.7 (2,260)	76.9 (2,732)	76.8 (4,992)
Teléfono	69.8 (2,058)	71.5 (2,541)	70.8 (4,599)
Agua caliente	52.5 (1,547)	53.6 (1,903)	53.1 (3,450)
Internet	34.1 (1,004)	33.8 (1,200)	33.9 (2,204)
Computadora	31.0 (914)	30.2 (1,073)	30.6 (1,987)

( ) Valores absolutos

Fuente: Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

Para esta población en estudio, se identifican que el radio, la televisión y el refrigerador son artículos básicos en el hogar. Por tanto, para reconocer aquellos hogares que sólo cuentan con artículos básicos, se genera una variable dicotómica, que separa a los hogares que solo cuentan con radio, televisión y refrigerador de aquellos que poseen otros artículos además de estos (Cuadro 3.6).

**Cuadro 3. 6 Variable dicotómica: Bienes básicos en el hogar**

Bienes disponibles	Valores variable Estatus ocupacional bajo
Radio	1
Televisión	
Refrigerador	
Lavadora	0
Teléfono	
Agua caliente	
Internet	
Computadora	

Fuente: Elaboración propia.

### *Delimitando estratos sociales*

Con base en estas tres dimensiones, se construye un índice aditivo cuya puntuación resulta entre cero y tres puntos (Cuadro 3.7). Las personas con tres puntos se encontrarían en condiciones de

mayor desventaja socioeconómica en la edad avanzada e inversamente aquellas con cero puntos en condiciones con mayores ventajas.

**Cuadro 3. 7 Puntaje de desventaja socioeconómica**

<b>Puntaje</b>	<b>Hombres (n=2,948)</b>	<b>Mujeres (n=3,552)</b>	<b>Población Total (n=6,500)</b>
0	25.3	22.3	23.7
1	29.9	25.5	27.5
2	36.1	43.1	39.9
3	8.7	9.1	8.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

A partir de este puntaje, se puede crear un indicador de estrato socioeconómico, pero para poder establecer un punto de corte, se requiere primero analizar los valores que toma cada una de las dimensiones consideradas en los niveles intermedios de desventaja socioeconómica. Así, al hacer una revisión de los valores del Cuadro 3.8, se observan tres grupos claramente diferenciables por estrato social.

En el primer grupo se encuentran las personas con dos o tres puntos de desventaja socioeconómica, caracterizadas por no contar con algún grado de escolaridad o con primaria incompleta; que, para el caso de los hombres, durante su vida activa estuvieron principalmente insertos en actividades agrícolas o no asalariadas en el sector servicios y, para el caso de las mujeres, no cuentan con historial laboral o trabajaron como no asalariadas en el sector servicios. En estos hogares hay en promedio de dos a cinco bienes durables, radio, televisión y refrigerador, lavadora y teléfono.



**Cuadro 3. 8 Niveles de desventaja socioeconómica**

	Niveles de desventaja socioeconómica											
	Población Mayor Total				Población Mayor Hombres				Población Mayor Mujeres			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
<b>Niveles de escolaridad</b>												
Sin escolaridad	0.0	6.9	36.7	53.5	0.0	6.2	34.2	40.9	0.0	7.6	38.5	63.7
Primaria incompleta	0.0	18.2	60.1	46.5	0.0	17.4	61.4	59.1	0.0	19.1	59.2	36.3
Primaria completa	24.6	47.9	2.4	0.0	24.5	47.6	3.2	0.0	24.7	48.1	1.8	0.0
Secundaria incompleta	10.2	6.5	0.2	0.0	8.6	5.6	0.3	0.0	11.7	7.4	0.2	0.0
Secundaria completa	26.1	13.7	0.4	0.0	19.3	13.1	0.6	0.0	32.4	14.4	0.2	0.0
Con al menos un año de educación media superior o superior	39.1	6.8	0.2	0.0	47.6	10.2	0.4	0.0	31.2	3.4	0.1	0.0
<b>Tipo de actividad principal a lo largo de la vida</b>												
Agrícolas	0.0	8.2	23.6	38.9	0.0	14.4	43.7	66.2	0.0	2.2	9.7	17.1
No calificadas en fábricas/industrias	0.0	25.6	22.2	15.0	0.0	37.9	33.6	18.3	0.0	13.7	14.4	12.4
No asalariadas del sector servicios	0.0	24.7	32.3	28.3	0.0	21.1	19.1	12.5	0.0	28.3	41.5	41.0
Calificadas en fábricas/industrias	9.6	4.6	0.3	0.0	15.6	6.4	0.6	0.0	3.9	2.9	0.1	0.0
Asalariadas del sector servicios	50.1	17.4	1.3	0.0	44.0	16.5	1.5	0.0	55.9	18.3	1.2	0.0
Profesionales/Personal administrativo	37.2	2.5	0.2	0.0	40.2	2.7	0.4	0.0	34.4	2.2	0.1	0.0
Sin historial, pero sin pareja	0.0	10.2	12.9	12.3	0.0	0.9	0.8	3.1	0.0	19.3	21.4	19.6
Sin historial, pero con pareja en actividades Agrícolas, no calificadas en fábricas/industrias y no asalariadas del sector servicios	0.0	4.1	7.1	5.5	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	8.2	11.7	9.9
Sin historial, pero con pareja en actividades Distintas a las agrícolas, no calificadas en fábricas/industrias y no asalariadas del sector servicios	3.1	2.6	0.1	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	5.8	5.0	0.1	0.0
<b>Bienes y servicios disponibles en el hogar</b>												
<b>Número promedio de bienes</b>	7.0	6.0	5.0	2.0	7.0	6.0	5.0	2.0	7.0	6.0	5.0	2.0
Radio	83.9	74.1	67.2	44.7	85.7	78.1	67.5	47.5	82.2	70.2	67.0	42.6
Televisión	99.4	98.0	96.2	70.0	98.9	98.0	94.6	66.5	99.8	98.1	97.3	72.7
Refrigerador	99.2	95.8	91.7	50.3	99.1	95.7	89.3	44.4	99.4	95.8	93.3	55.0
Lavadora	92.6	86.3	78.0	0.0	92.0	86.7	76.1	0.0	93.2	85.9	79.4	0.0
Teléfono	91.3	79.7	68.2	0.0	89.7	79.3	64.9	0.0	92.8	80.0	70.5	0.0
Agua caliente	81.9	61.2	42.2	0.0	80.0	59.4	40.1	0.0	83.7	62.9	43.7	0.0
Internet	63.8	38.4	20.7	0.0	64.9	37.7	17.7	0.0	62.8	39.1	22.7	0.0
Computadora	59.5	33.0	18.6	0.0	62.9	31.2	16.0	0.0	56.2	34.7	20.4	0.0

Fuente: Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

En el segundo grupo se encuentran las personas con un solo punto de desventaja socioeconómica. Estas personas cursaron al menos algún grado de primaria; durante la vida activa se concentraron en actividades no asalariadas del sector servicios y en actividades no calificadas en fábricas/industrias; y en promedio cuentan en sus hogares con seis bienes durables y servicios.

Y en el tercer grupo se concentran aquellas personas con ningún punto en los niveles de desventaja socioeconómica. Las personas en este grupo cuando menos terminaron la primaria; se concentraron en actividades asalariadas o profesionales; más de dos terceras partes poseen todos los bienes durables considerados y más de la mitad tiene acceso a una computadora e internet.

Así, con base en estos resultados, se establecen tres estratos sociales: muy bajo, bajo y medio/alto (Cuadro 3.9). En el primero, muy bajo, se concentra el 48.8% de la población mayor; en el segundo, bajo 27.5% y en el tercero, el medio/alto, se reúne el 23.7 % restante.

**Cuadro 3.1 Estratos para el análisis de la población adulta mayor**

<b>Estratos</b>	<b>Hombres (n=2,948)</b>	<b>Mujeres (n=3,552)</b>	<b>Población Total (n=6,500)</b>
Muy bajo	44.8	52.2	48.8
Bajo	29.9	25.5	27.5
Medio - Alto	25.3	22.3	23.7
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en información de ENASEM, 2015.

Un aspecto a destacar es que con esta estratificación se logra también identificar diferencias en las distribuciones por sexo entre estratos sociales, que guardan coherencia con lo revisado en investigaciones previas, pues las mujeres envejecen en mayores condiciones de desventaja socioeconómica.

## **Conclusiones del capítulo**

Entre la población adulta mayor existen características heterogéneas, producto de sus contextos actuales o de las desigualdades acumuladas a lo largo de la vida. Por ello, al analizar a la población en edad avanzada es importante considerar que al interior de ésta existen diferentes grupos, cuyas condiciones objetivas de vida han dado pie a comportamientos, opciones y oportunidades distintas. Se podría decir que el desgaste biológico de esta población es una característica que comparten producto de la etapa de vida que atraviesan, pero que la forma en que ocurre y cómo pueden responder ante ello son distintas.

En este sentido, el objeto de este capítulo fue presentar una metodología para estratificar a la población adulta mayor mexicana. Para ello, primero se llevó a cabo una revisión de investigaciones previas con este mismo interés y posteriormente se procedió a explicar las dimensiones consideradas para esta estratificación y su adaptación para cuando en forma particular se analiza a la población adulta mayor.

En la revisión de investigaciones previas, preocupadas por dar cuenta de las diferencias entre distintos grupos sociales, se identificaron trabajos dirigidos a observar fenómenos como la fecundidad, la anticoncepción, la mortalidad, el empleo femenino y la participación de los hombres en tareas domésticas y de cuidados. A partir de estos trabajos se pudo apreciar la importancia de analizar grupos con diferentes condiciones de vida, dado los contrastes que pueden presentar frente a un mismo fenómeno.

Adicionalmente, se logró identificar las diferentes dimensiones consideradas por estas investigaciones para segmentar a sus poblaciones en estudio, entre las que destacan las relacionadas con la ocupación, los ingresos, el nivel de escolaridad y las relativas a la infraestructura de la vivienda que se habita y la disponibilidad de bienes y servicios. Sin embargo, se consideró necesario revisar un segundo segmento de investigaciones centradas en la población adulta mayor en forma específica, dado que se trata de una población en una etapa de la vida distinta a la observada en las primeras investigaciones.

Los trabajos sobre la población en edad avanzada revisados dieron cuenta del efecto del estrato socioeconómico en el uso de servicios de salud, la prevalencia del sobrepeso, la probabilidad de desarrollar limitaciones funcionales y la prevalencia de síntomas depresivos. En estos análisis se

pudo apreciar que las dimensiones consideradas para establecer estratos en la población mayor coinciden con los de la población en general, pero con algunas modificaciones dado el efecto que pudo tener el contexto de las etapas de vida previas.

En la presentación de la propuesta se expuso que tres son las dimensiones consideradas para estratificar a la población en estudio de esta investigación: el nivel de escolaridad, la actividad principal de la persona en la vida activa y los bienes de los que dispone en el hogar. La educación es una variable ampliamente aceptada como un referente de las desiguales condiciones de vida a la que los individuos pueden acceder; no obstante, al tener como población en estudio a la adulta mayor se tomó en consideración las condiciones del sistema educativo a la que ésta estuvo expuesta. De esta manera, se sustentó el hecho de que parte del segmento en mejores condiciones económicas no completara la educación secundaria, pues para esta población concluir la primaria ya era una condición privilegiada y le permitía tener acceso a mejores oportunidades laborales y alcanzar mejores niveles de vida.

Respecto a la condición laboral, en los estudios revisados se observó que el tipo y la situación en la ocupación son importantes aspectos que considerar; sin embargo, al estudiar a la población en edad avanzada se debe tener en mente que mucha de esta población ha experimentado cambios respecto a la actividad que realizaron en sus etapas más jóvenes y que entre las mujeres muchas de ellas nunca laboraron. Por ello se planteó aprovechar la disponibilidad en la fuente de información sobre la actividad principal o la que por más años llevó a cabo la persona mayor como segunda dimensión para la construcción de estratos, y considerar la ocupación de las parejas en las mujeres unidas que reportaron nunca haber laborado.

Finalmente, en una tercera dimensión, se tomaron en cuenta los bienes y servicios disponibles en los hogares que habitan estas personas mayores. Estos bienes son considerados como elementos que permitirían reconocer las condiciones actuales de consumo de las personas en edad avanzada, lo que sumó para poder ver no solo sus características individuales sino también las de sus hogares.

En cada una de estas dimensiones se establecieron variables dicotómicas, que permitieron separar a la población con mayores niveles de carencias de la población con menores niveles en cada dimensión. En este sentido, se asignó el valor de uno a quienes reportaron no tener escolaridad o haber alcanzado primaria incompleta, en la dimensión nivel de escolaridad; haberse dedicado a actividades agrícolas, no calificadas, no asalariadas o no tener historial laboral, en la dimensión

principal actividad laboral; y a quienes no disponen de artículos más allá de radio televisión y refrigerador, en la dimensión artículos del hogar.

Así, con base en los valores dicotómicos de estas tres dimensiones, se construyó un índice aditivo que permitió observar lo que se denominó niveles de desventaja económica, cuyos valores fluctuaron entre cero y tres. Al revisar la distribución de cada uno de estos niveles se establecieron puntos de corte para generar tres estratos sociales. El primero, el estrato muy bajo, en el que se concentró a la población que alcanzó entre dos y tres puntos de desventaja; el segundo, el estrato bajo, en el que se reunió a la población con un punto de desventaja; y el tercero, el estrato medio/alto en el que se encuentra la población con ningún punto de desventaja.



## **CAPÍTULO IV. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES RECEPTORAS DE CUIDADOS. EVIDENCIAS DE PATRONES POR ESTRATOS SOCIALES**

### **Introducción**

En la actualidad, tanto en México como en la región latinoamericana en general, el cuidado a personas mayores con limitaciones funcionales sigue siendo predominantemente familiar y suele ocurrir al interior del hogar que estas personas habitan. Sin embargo, en las últimas décadas ha cobrado relevancia el debate sobre la imposibilidad de sostener este modelo familista, dado que ocurren importantes cambios en cuanto al tamaño, composición, estructura y formas de organización de las familias, que limitarían sus posibilidades de seguir siendo la principal fuente de cuidados (Sunkel, 2006; Huenchuan & Guzmán, 2007).

De forma paralela a ello ha ido progresando la vinculación de la familia con los procesos de desigualdad social, sugiriendo un alejamiento de las tendencias homogeneizadoras que erigieron modelos únicos de una cultura y familia latinoamericana (Robicheaux, 2007). A partir de esta mirada se ha logrado comprender que la forma de vivir en familia en América Latina se encuentra estrechamente asociada a la clase social, a la etnia de pertenencia y a la generación; pues a partir de la consideración de estos elementos se evidencia que varían los cambios observados tanto en la dinámica, tamaño y estructura de las familias, como en las funciones que pueden o no derivarse hacia servicios públicos o privados, en cuyo acceso y calidad también se reconoce un persistente carácter diferencial (Arriagada, 2017).

En este sentido, el objetivo de este capítulo es explorar las formas en que se configura el cuidado a hombres y mujeres mayores, con alguna limitación funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria por estrato de pertenencia, con el fin último de identificar patrones diferenciales en cada estrato social. Para lograr este objetivo el capítulo se divide en cuatro apartados. En el primero se plantean las dimensiones a considerar para caracterizar a las personas mayores que reciben cuidados. En el segundo se exponen las ventajas de la fuente de información utilizada y se delimita el universo de estudios. En el tercer apartado se hace una primera exploración de las características que presenta la población receptora de cuidados, por medio de un análisis bivariado; y en el cuarto, por medio de la técnica de análisis de correspondencias múltiples, se identifican diferentes patrones de cuidados en la edad avanzada.

## **Dimensiones para caracterizar el cuidado recibido en la edad avanzada**

Como se ha revisado previamente, en la evidencia empírica se reconoce que la desigualdad social, en términos del género y la condición socioeconómica, tiene efecto sobre el acceso al cuidado en la edad avanzada. Sin embargo, se carecen de estudios que profundicen en la forma como la interacción de estas desigualdades configura las condiciones en que se accede al cuidado, sobre todo desde la perspectiva cuantitativa. Por ello, en este capítulo se propone hacer una caracterización de la población adulta mayor receptora de cuidados, prestando particular atención sobre las configuraciones que se pueden apreciar entre hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales.

Para llevar a cabo la caracterización deseada se retoman tres dimensiones de análisis, las que hacen referencia a factores de predisposición, de necesidad y habilitantes del cuidado en la edad avanzada. Estas dimensiones fueron en un inicio propuestas por Andersen y Newman (1973) en su planteamiento de un marco teórico para analizar la utilización de servicios de salud en Estados Unidos; posteriormente revisadas por van der Meer (1998) como dimensiones a partir de las cuales explicar las diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios de salud en Holanda; y retomadas de forma más reciente por estudios dirigidos a evaluar las diferencias socioeconómicas en el acceso a distintos tipos de cuidados en la edad avanzada en países europeos (Groenou *et al*, 2006; Bertogg y Strauss, 2020).

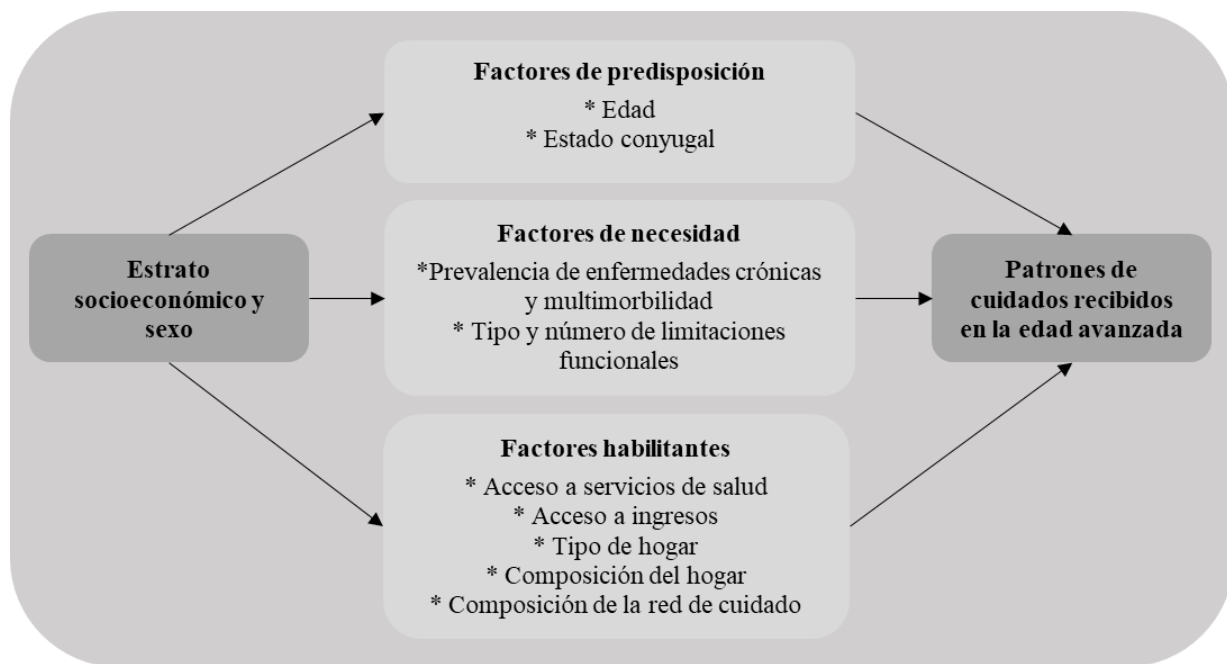
Cada una de las dimensiones consideradas comprende un conjunto de variables cuya relación con el cuidado han sido identificadas en el segundo capítulo de esta investigación. No obstante, a diferencia de los estudios desarrollados para el contexto europeo, en este trabajo se plantea que los factores de predisposición, de necesidad y habilitantes del cuidado difieren según el estrato social y sexo de la persona adulta mayor que recibe cuidados, dando forma a patrones de cuidado que manifiestan la interacción de las desigualdades socioeconómicas y de género en el contexto mexicano.

En este sentido, en el Esquema 4.1 se aprecia el conjunto de variables consideradas en cada una de las dimensiones, pero adaptadas para el análisis de los cuidados en la vejez. Para Andersen y Newman (1973), los *factores de predisposición* comprenden el conjunto de características que están íntimamente relacionados con la salud y la enfermedad, que son condiciones predisponentes,



pero no necesariamente un motivo para buscar atención médica. Luego de la revisión bibliográfica realizada, en esta investigación se considera como factor de predisposición a características sociodemográficas como la edad y el estado conyugal, en el entendido de que a edades más avanzadas se experimentan cambios que incrementan las probabilidades de requerir cuidados (Huenchuan, 2009), y que la pareja representa la principal fuente de cuidados y compañía (Ham, Ybáñez y Torres, 2003; López *et al*, 2009).

**Esquema 4. 1 Dimensiones para caracterizar a la población receptora de cuidados en la edad avanzada**



Fuente: Elaboración adaptada a partir de planteamientos de Andersen y Newman (1973); van der Meer (1998) y Groenou *et al*, 2006.

Los *factores de necesidad* comprenden el conjunto de características que dan cuenta del estado de salud de la persona, ya sea autopercebido o diagnosticado por algún profesional de la salud (van der Meer, 1998); es decir, de rasgos que representan la causa más inmediata del uso de los servicios de salud (Andersen y Newman, 1973). Por ello, en este punto de la investigación, se plantea como factores de necesidad de cuidados a características que evidencien la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, de multimorbilidad y la presencia de dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pues estas se encuentran fuertemente asociadas a las

necesidades de cuidados efectivos en la edad avanzada. En el caso de las primeras porque los requerimientos de cuidados se incrementan ante eventos críticos o como producto del desgaste que experimenta la persona mayor con afecciones crónicas (Robles, 2007; Nigenda *et al* 2007); y las segundas porque la limitación o dificultad para desarrollar un conjunto de actividades determinan las necesidades de cuidados, independientemente de si estas son o no efectivamente cubiertas (Montes de Oca y Hebrero, 2008; Rabell y Murillo, 2013).

Los *factores habilitantes* hacen referencia a las condiciones propicias para que los recursos de los servicios de salud estén disponibles para el individuo, éstas se pueden medir por los recursos familiares, como los ingresos, el nivel de cobertura del seguro médico u otra fuente de pago de terceros (Andersen y Newman, 1973). En el caso de los cuidados en la vejez, Groenou y colaboradores (2006) señalan que el hecho de que las personas mayores usen o no la ayuda de los miembros de la familia depende de los factores que afectan su disponibilidad. Por ello, en este trabajo se proponen retomar como factores habilitadores tres tipos de características, las que dan cuenta del acceso a garantías institucionales (salud e ingresos), las que permiten identificar las características del hogar que habita la persona mayor (tipo y composición del hogar), y la que informa sobre la composición de su red de cuidado.

Una aclaración necesaria en este punto, es que el objetivo de retomar cada una de las características y agruparlas por factores, no es el de evaluar sus efectos sobre el acceso a cuidados en la edad avanzada, sino el de analizar las distintas formas que toman en grupos sociales distintos y así reflejar las desigualdades que enfrentan en términos de sus recursos socioeconómicos y género. Por tanto, en este capítulo se pretende responder a la interrogante sobre qué diferencias se pueden apreciar en los factores de predisposición, necesidad y habilitadores del cuidado entre hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales.

Se esperaría identificar que las características que dan cuenta de la predisposición, necesidad y condiciones propicias de recibir cuidados tomen configuraciones distintas para hombres y mujeres mayores de diferentes estratos sociales. En específico, se esperaría encontrar que en el estrato muy bajo el cuidado se reciba en las edades más avanzadas, ante la presencia de más de una enfermedad crónica y un mayor número de limitaciones o dificultades más complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria, dado que las personas mayores carecerían de ingresos propios suficientes para pagar por recibir atención desde el inicio de la presencia de limitaciones

funcionales y su cuidado dependería de forma exclusiva de sus redes familiares, las cuales reaccionarían sólo a mayores niveles de dependencia, brindando cuidados de forma intensiva, generalmente a cargo de una cuidadora principal; para acceder a estos cuidados las personas tenderían a habitar en hogares extensos, lo que a su vez los expondría a habitar con otros miembros que competirían por los cuidados, como niños pequeños y otros adultos mayores. En este contexto, las desigualdades de género se profundizarían en torno a la disponibilidad de ingresos, pues las mujeres mayores dependerían más de transferencias familiares que los hombres mayores.

En el estrato bajo, se esperaría observar que el cuidado se recibe en edades en las que se tiende a notar los efectos de la vejez, con más de una enfermedad crónica y ante la presencia de una o dos limitaciones o de dificultades no tan complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria, pues las personas mayores pudieran carecer de los medios económicos suficientes para pagar por el cuidado, pero sus redes familiares contarían con la posibilidad de reaccionar de forma más temprana ante las necesidades de atención. En este estrato social, las desigualdades de género se profundizarían en torno a la disponibilidad de ingresos y de arreglos residenciales, dado que las mujeres mayores dependerían más de las transferencias familiares y tenderían a habitar en hogares extensos, donde competirían con otros miembros por los cuidados, a diferencia de los hombres mayores, que recibirían ingresos de una pensión por retiro y tenderían hacia la nuclearización de sus hogares.

En el estrato medio alto, las personas mayores recibirían cuidados desde las edades de transición a la vejez, ante la presencia de más de una enfermedad crónica, pero con un menor número de limitaciones o de dificultades menos complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria, dado que estas personas contarían con ingresos propios suficientes para pagar por recibir atención desde el inicio de la presencia de dificultades funcionales, o sus redes familiares contarían con la posibilidad de prestarlos de forma temprana o de pagar por los cuidados; estos se brindarían de forma no intensiva, precisamente porque las personas mayores no se encontrarían en condiciones deterioradas de salud; y para asegurar los cuidados las personas no necesitarían corresponsabilizarse con sus cuidadores, por lo que habitarían en hogares nucleares o unipersonales. En este contexto, las desigualdades de género serían menos perceptibles que en los otros estratos sociales, pues tanto hombres como mujeres de edad avanzada tenderían a recibir ingresos por una pensión de retiro y

contarían con redes de cuidados similares, recibiendo atenciones de sus hijos y parejas, pero también con la posibilidad de acceder a cuidados remunerados.

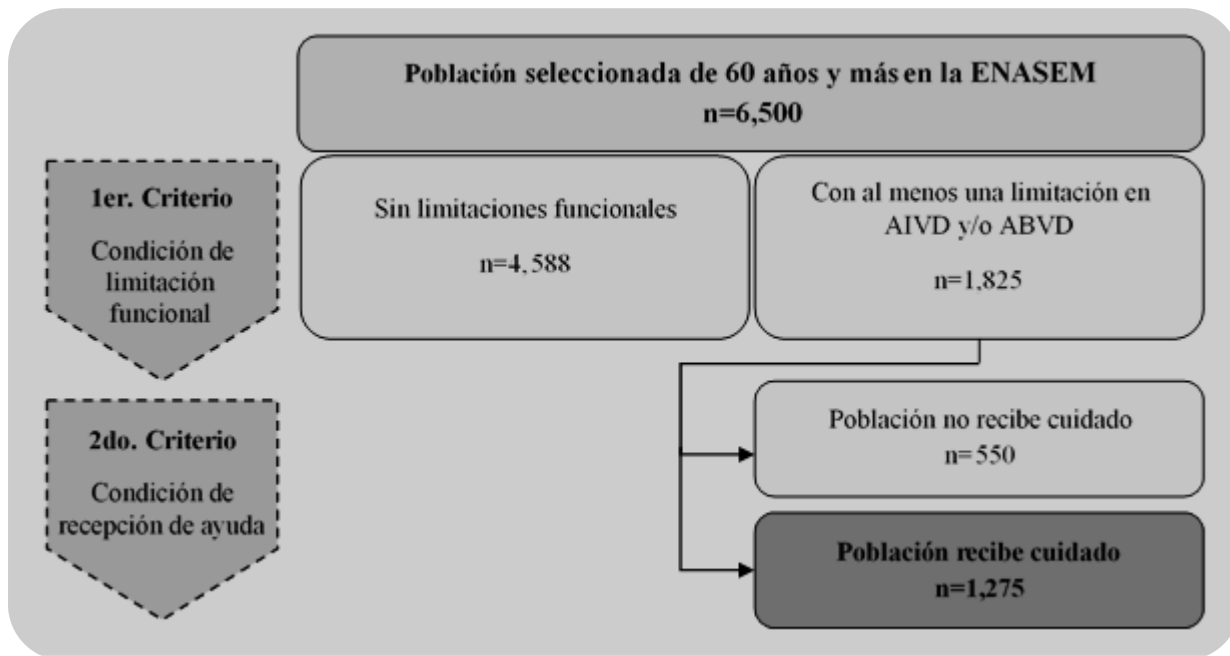
### **Fuente de información y delimitación del universo de estudio**

La fuente de información utilizada para este estudio continúa siendo la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2015. Como se observó en el capítulo anterior, la ENASEM 2015 tiene como población objetivo a las personas adultas mayores mexicanas, permitiendo hacer una estratificación de hombres y mujeres mayores en forma separada, debido a que recupera información sobre su escolaridad, actividad principal en la vida activa y de los artículos y servicios con los que cuentan en sus hogares; pero adicionalmente, esta encuesta tiene la ventaja de rescatar información sociodemográfica de la persona adulta mayor, de su estado de salud, su acceso a servicios de salud e ingresos y de la red de apoyo con la que cuenta, así como de las principales características de quienes conforman la red, independientemente de su coresidencia para el caso de los hijos. Todo ello la convierte en la fuente de datos idónea para los objetivos que se siguen en esta investigación.

Para delimitar la muestra en estudio de este capítulo se tomaron en cuenta dos criterios que pueden apreciarse en el Esquema 4.2. El primero es la condición de limitación funcional de la persona mayor. En la ENASEM 2015 se cuenta con una batería de preguntas que permite identificar si la persona mayor tiene alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Para el caso de las actividades básicas (ABVD), en específico se solicita *“Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si usted no hace ninguna de las siguientes actividades, simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses”* y acto seguido se le mencionan cinco actividades *caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el excusado*. Para el caso de las actividades instrumentales (AIVD) se le hace la misma solicitud, mencionando cuatro actividades *preparar comida, hacer compras, tomar medicamentos y manejar el dinero*. Por tanto, un primer grupo de personas mayores a considerar en la muestra analítica lo constituyen el conjunto de 1,825 personas entrevistadas que reconocen tener al menos una de estas limitaciones funcionales.

El segundo criterio es la condición de recepción de ayuda. No necesariamente todos los que tienen una limitación reciben cuidados y la fuente de información utilizada permite identificar a quienes reciben ayuda, para ello se le pregunta “¿Alguien le ayuda a usted?”. Así, la muestra analítica para este capítulo queda delimitada por aquellas personas que respondieron afirmativamente al cuestionamiento, un total de 1,275 personas mayores.

**Esquema 4.2 Criterios para delimitar a la población mayor cuidada por tener alguna limitación funcional**



Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2015

### **Análisis exploratorio de los cuidados recibidos por la población mayor con alguna limitación funcional**

En este apartado se lleva a cabo un análisis exploratorio de las características de las personas mayores que reciben cuidados, distinguiendo las diferencias entre hombres y mujeres de distintos estratos sociales. Este ejercicio representa un primer acercamiento para observar las distribuciones porcentuales, por sexo y estrato social, de cada una de las características consideradas en los factores de predisposición, de necesidad y habilitantes del cuidado en la edad avanzada, con el

objeto de identificar las diferencias significativas que presentan en forma individual, para su posterior análisis en forma conjunta en los patrones de cuidado.

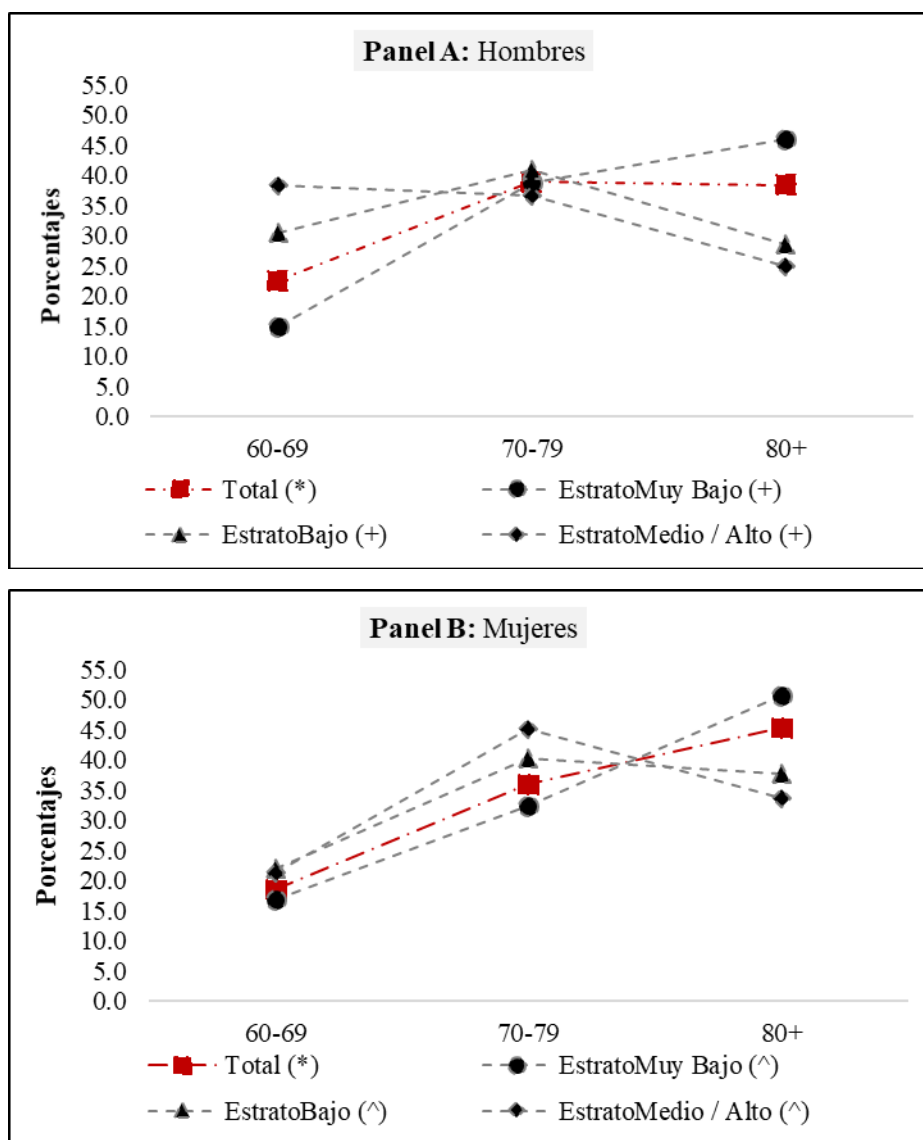
Para este análisis descriptivo se calculó la prueba Chi-Cuadrada, a fin de determinar si existía diferencias o no en las distribuciones de las variables revisadas, primero se realizó la prueba para el total de hombres y de mujeres que reciben cuidados, luego entre hombres de distintos estratos sociales y posteriormente entre mujeres, también de distintos estratos sociales. Aquellas variables con resultados significativos en términos estadísticos se presentan en gráficas y los que presentaron resultados no significativos o poco informativos para efectos del capítulo, en cuadros; para la lectura de los resultados se trató de seguir el orden en que se llevaron a cabo las pruebas estadísticas.

### *Factor de predisposición a recibir cuidados en la edad avanzada*

#### Características sociodemográficas

La edad de las personas mayores cuidadas y su estado conyugal son dos características sociodemográficas que se revisan de este conjunto de personas que reciben cuidados porque ya presentan limitaciones funcionales. Como puede notarse en la Gráfica 4.1 hay un mayor porcentaje de hombres (23%) que de mujeres (19%) mayores que reciben cuidados en el grupo de 60 a 69 años, tendencia que alcanza su punto máximo entre los 70 y 79 años para ellos (39%) y a los 80 y más años para ellas (45%). No obstante, al revisar las diferencias entre grupos sociales, se aprecia que un elevado porcentaje de hombres mayores en los estratos bajo y medio/alto reciben cuidados desde edades más tempranas que aquellos en los estratos con mayores carencias sociales, siendo un punto de encuentro el grupo entre los 70 a 79 años y ampliándose nuevamente las diferencias a los 80 y más años, pero esta vez con un mayor porcentaje de hombres en el estrato muy bajo. Entre las mujeres mayores, las diferencias por estratos sociales se notan a partir del grupo de 70 a 79 años, en el que se aprecia una mayor proporción de mujeres en mejores condiciones sociales, tendencia que de nueva cuenta se invierte a los 80 y más años, cuando las mujeres menos favorecidas representan el mayor porcentaje entre las cuidadas. Estas tendencias ponen en manifiesto que en los estratos menos favorecidos el cuidado ocurre a edades más avanzada que en los estratos más favorecidos, tanto para hombres como para mujeres.

**Gráfica 4. 1 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por grupo de edad, según estrato social y sexo.**

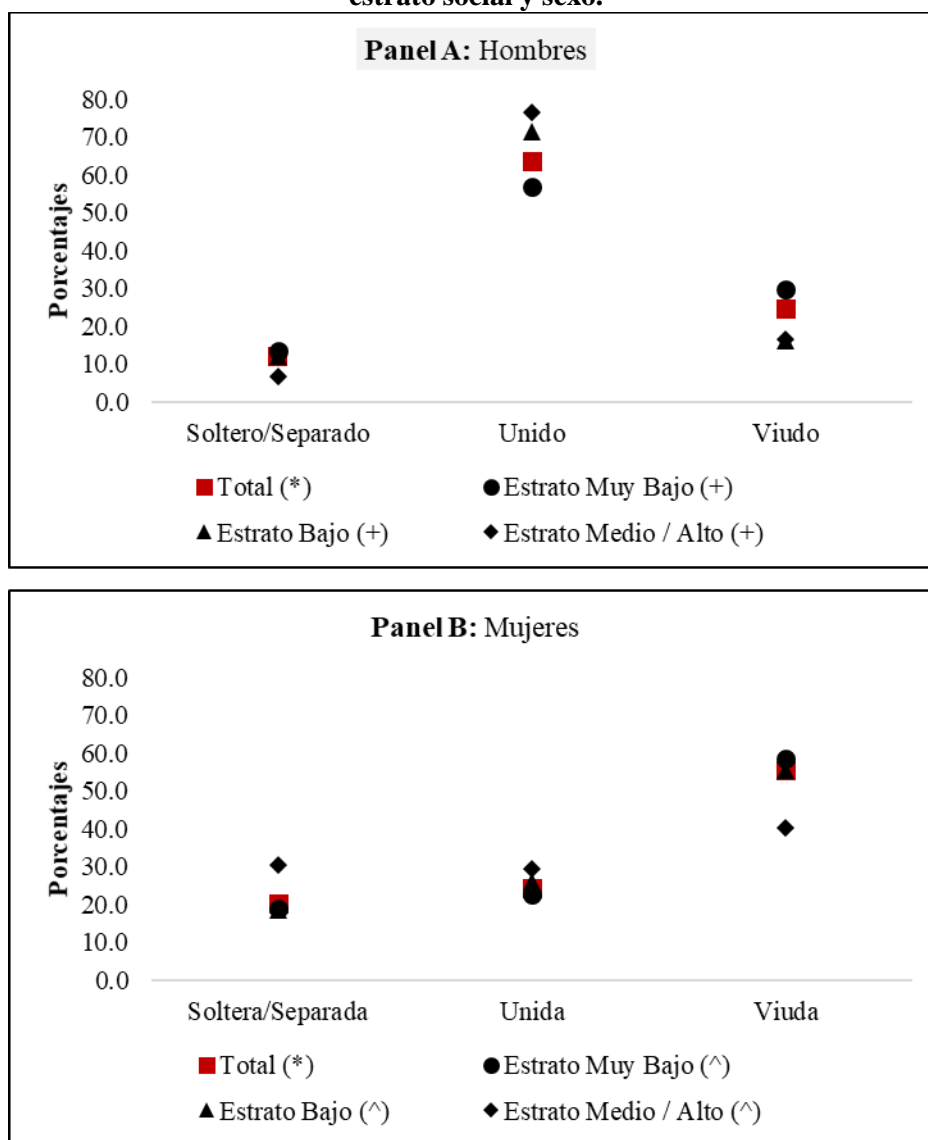


Prueba Chi-cuadrada: (\*)  $p < 0.05$  entre total hombres y mujeres. (+)  $p < 0.05$  entre estratos hombres. (^)  $p < 0.05$  entre estratos mujeres  
 Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

La variable que da cuenta del estado conyugal de las personas cuidadas se dividió en tres categorías, que permiten observar las diferencias entre la población soltera o separada, la unida y la viuda. En la Gráfica 4.2 se observan las distribuciones porcentuales de cada una de las categorías conyugales, siendo evidente que los hombres cuidados en su mayoría (76%) se encuentran unidos, en contraste a las mujeres que son viudas (56%). Al revisar las diferencias por estratos sociales se nota que la condición de estar unido permanece siendo característica de la población masculina cuidada, pero

también que hay un porcentaje más elevado de hombres unidos en el estrato medio/alto (77%) que en el muy bajo (57%). Entre las mujeres destaca la viudez como la condición que caracteriza a la población femenina cuidada en todos los estratos sociales, pero también se aprecia un mayor porcentaje de mujeres unidas y solteras o separadas en el estrato medio/alto (30% en ambos estratos). Esto evidencia que se cuenta con mayores probabilidades de envejecer en pareja ante mejores condiciones materiales de vida y en consecuencia, de disponer de una fuente importante de cuidados como la pareja, sobre todo para el caso de los hombres.

**Gráfica 4. 2 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por estado conyugal, según estrato social y sexo.**



Prueba Chi-cuadrada: (\*)  $p < 0.05$  entre total hombres y mujeres. (+)  $p < 0.05$  entre estratos hombres. (^)  $p < 0.05$  entre estratos mujeres

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015



## *Factor de necesidad de recibir cuidados en la edad avanzada*

### Características del estado de salud

La encuesta ENASEM cuenta con una batería de preguntas en las que la persona entrevistada auto-reporta el diagnóstico de enfermedades como hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca y artritis; y de eventos que pueden ocasionar efectos de largo plazo como un ataque al corazón o una embolia cerebral.

Al revisar la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en la población mayor cuidada se notó que las principales afecciones, tanto entre la población masculina como la femenina, son hipertensión, diabetes y artritis (Cuadro 4.1). Estas tres enfermedades se observaron siempre en un menor porcentaje para el caso de los hombres que de las mujeres, pero un indicador que puede dar cuenta de una situación más compleja en el estado de salud de la persona mayor es el de *multimorbilidad*, entendida como la condición en la que de forma simultánea se sufre de dos o más enfermedades crónicas.

En el Cuadro 4.1 se presenta una variable en la que se distingue entre las personas que no reportaron ser diagnosticadas con alguna enfermedad crónica (*No reportó EC*); aquellas que reportaron el diagnóstico de una enfermedad (*Reportó 1 EC*); y quienes presentarían una condición de multimorbilidad, al haber reportado ser diagnosticadas con dos o más afecciones crónicas (*Reportó 2+ EC*). Dada esta división, se aprecia que los hombres cuidados en la edad avanzada tienden a presentar un cuadro de multimorbilidad en menor proporción (40%) a las mujeres (52%), lo que en principio sugiere que ellas son cuidadas ante condiciones de salud más complejas que ellos. En cuanto a las diferencias entre estratos sociales, los hombres no presentan diferencias significativas, pero entre las mujeres se observa que 53% en el estrato medio/alto tienen multimorbilidad, cifra superior al 52% en el estrato muy bajo y 50% en el bajo. Ante tales resultados, se debe tener presente que las estimaciones obtenidas pueden incurrir en un doble sesgo, el no reporte y la falta de un diagnóstico, sobre todo en la población de los estratos con menos acceso a servicios de salud.

**Cuadro 4. 1 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por enfermedades crónicas reportadas y condición de multimorbilidad, según estrato social y sexo.**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto		Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	
Hipertensión *	52.2	51.0	51.7	51.8	68.1	66.8	64.8	67.3
Diabetes +	26.7	41.8	(38.3)	32.3	33.5	34.2	32.8	33.6
Enfermedad pulmonar	(7.3)	(14.3)	(5.0)	8.7	11.3	(11.2)	(15.6)	11.9
Insuficiencia cardiaca + ^	(9.9)	(8.2)	(21.7)	11.28	12.4	15.8	(21.3)	14.4
Artritis *	25.0	(19.4)	(18.3)	22.6	33.0	32.7	32.0	32.8
Ataque al corazón ^	(6.5)	(14.3)	(8.3)	8.7	7.6	(6.1)	(16.4)	8.5
Embolia cerebral *	13.4	(14.3)	(13.3)	13.6	5.82	(7.1)	(9.0)	6.55
<b>Multimorbilidad * ^</b>								
No reportó EC	29.3	(25.5)	(23.3)	27.4	16.8	(9.2)	(14.8)	14.8
Reportó 1 EC	33.6	31.6	(33.3)	33.1	31.6	40.8	32.0	33.7
Reportó 2+ EC	37.1	42.9	(43.3)	39.5	51.7	50.0	53.3	51.5
<b>n</b>	232	98	60	390	567	196	122	885

\* p<0.05 entre total hombres y mujeres

+ p<0.05 entre hombres

^ p<0.05 entre mujeres

( . ) Porcentaje representa menos de 30 casos

EC Enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardiaca y artritis)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

La presencia de dificultades o limitaciones para realizar actividades básicas (caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el excusado) e instrumentales (preparar comida, hacer compras, tomar medicamentos y manejar el dinero) de la vida diaria también se revisan como parte del cuadro para evaluar las condiciones de salud en que se reciben los cuidados en la edad avanzada. Al respecto se pudo identificar que hombres y mujeres mayores que reciben cuidados presentan limitaciones para ambos tipos de actividades; pero los hombres tienden a concentrar una mayor proporción de cuidados recibidos únicamente por limitaciones en actividades básicas (33% de ellos frente a un 24% de ellas) (Cuadro 4.2). Este dato justifica la necesidad de observar el número de limitaciones funcionales en lugar de únicamente el tipo de limitación, pues las actividades instrumentales comprenden un conjunto de acciones que los hombres no suelen realizar y en consecuencia no reconocer como cuidados.

Por tanto, se creó una variable que diferencia a la población cuidada que reportó una limitación funcional; la que reportó dos; y aquella que reportó tres o más limitaciones funcionales. Al revisar

los resultados obtenidos, se aprecia que entre la población en edad avanzada se recibe atención ante un mayor número de limitaciones, pero no se identifican diferencias significativas entre sexos y estratos sociales (Cuadro 4.2).

**Cuadro 4. 2 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por tipo y número de limitaciones funcionales, según estrato social y sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto		Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	
<b>Tipo de limitación funcional</b> *								
ABVD	31.5	34.7	(38.3)	33.33	23.1	20.9	32.8	24.0
AIVD	27.2	(20.4)	(23.3)	24.87	30.9	30.6	26.2	30.2
Ambas	41.4	44.9	(38.3)	41.79	46.0	48.5	41.0	45.9
<b>Número de limitaciones funcionales</b>								
Una	27.2	(23.5)	(35.0)	27.4	26.3	24.5	26.2	25.9
Dos	17.2	(19.4)	(13.3)	17.2	20.1	23.0	(20.5)	20.8
Tres o más	55.6	57.1	51.7	55.4	53.6	52.6	53.3	53.3
<b>n</b>	232	98	60	390	567	196	122	885

\*  $p < 0.05$  entre total hombres y mujeres

( ) Porcentaje representa menos de 30 casos

ABVD Actividades básicas de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el excusado)

AIVD Actividades instrumentales de la vida diaria (preparar comida, hacer compras, tomar medicamento y manejar dinero)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015.

### *Factor de características habilitantes para recibir cuidados en la edad avanzada*

#### Características del acceso a garantías institucionales

En el Cuadro 4.3 se aprecia que casi la totalidad de las personas cuidadas en edad avanzada tiene acceso a servicios de salud, menos del 10% de la población tanto masculina como femenina aún no cuenta con estos servicios. En gran medida esto se debe a la creación del Seguro Popular, que en la población en estudio es la segunda institución con mayor porcentaje de afiliados (30% entre los hombres y 28% entre las mujeres), sólo por detrás del porcentaje que representa la población que reportó ser afiliada del IMSS o del ISSSTE (48% para ambos sexos).

**Cuadro 4. 3 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por tipo de instituciones de salud a las que tiene acceso, según estrato social y sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto		Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	
<b>Acceso a servicios de salud+ ^</b>								
No tiene acceso	(9.1)	(6.1)	(6.7)	8.0	9.0	(8.7)	(2.5)	8.0
Seguro Popular	43.1	(14.3)	(6.7)	30.3	35.1	17.9	(9.0)	27.7
IMSS/ISSSTE	38.4	59.2	66.7	48.0	42.9	52.0	67.2	48.3
Privado u otro	(1.7)	(3.1)	(3.3)	(2.3)	(1.2)	(1.5)	(0.8)	(1.2)
Dos o más servicios	(7.8)	(17.4)	(16.7)	11.5	11.8	19.9	(20.5)	14.8
<b>n</b>	211	92	56	359	516	179	119	814

+ p<0.05 entre hombres

^ p<0.05 entre mujeres

( ) Porcentaje representa menos de 30 casos

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015.

Esta evidencia es alentadora, pero se debe tener presente las diferencias en cuanto a qué servicios se dispone en cada institución de atención a la salud y de los costos en que puede incurrir la persona afiliada. El Seguro Popular es una institución de carácter público al que tienen la posibilidad de acceder de forma universal aquellas personas sin la cobertura de otras instituciones de salud en México; sin embargo, es un sistema que cubre sólo un determinado número de afecciones, por lo que el tratamiento de las que no incluye en su catálogo deriva en un costo a cubrir por parte de la persona afiliada. El IMSS e ISSSTE, por otra parte, son instituciones que proporciona una atención en salud más integral, a pesar de las diferencias entre sus características y las de su población afiliada<sup>31</sup> (Gómez Dantés *et al*, 2011).

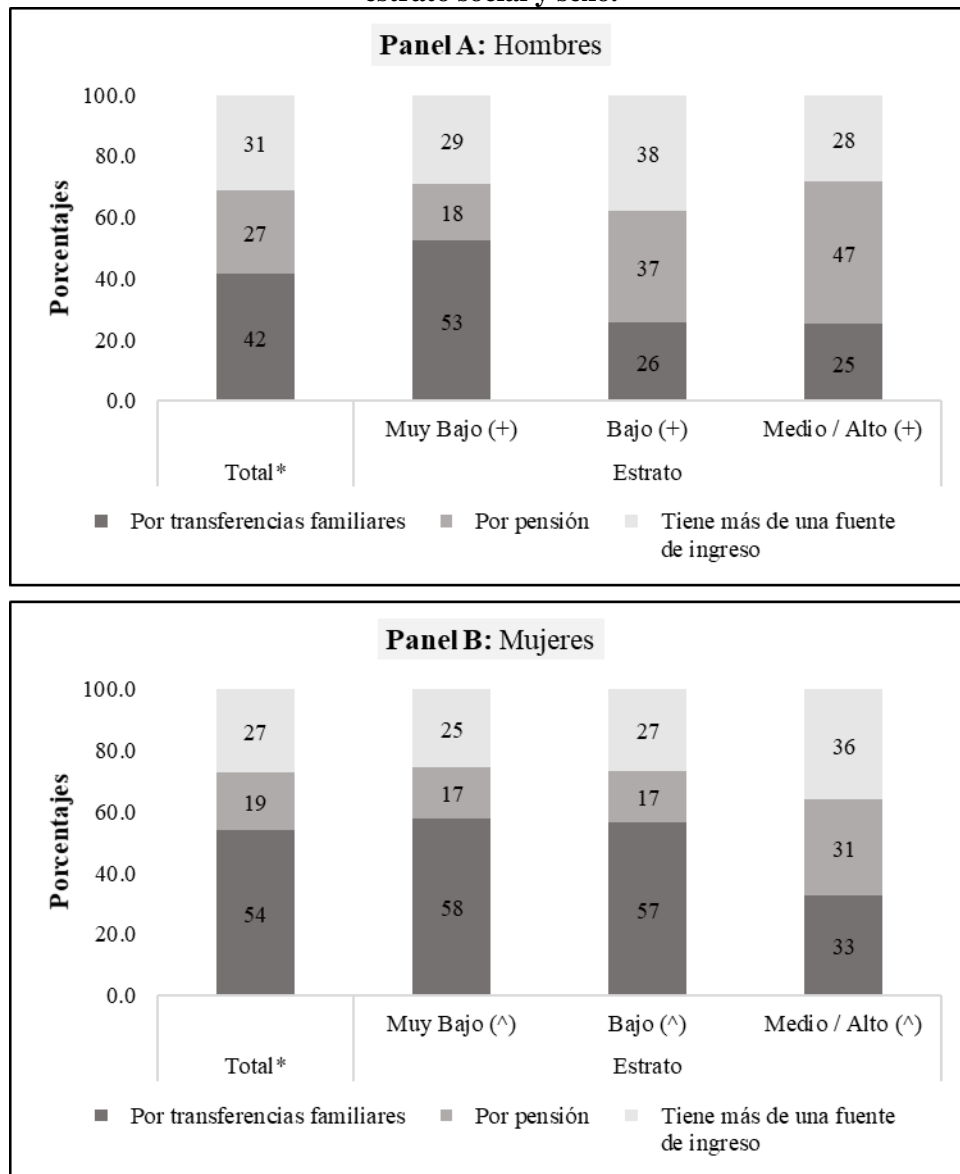
Entre los hombres mayores cuidados, el Seguro Popular es la principal fuente de atención en el estrato muy bajo (43%), mientras el IMSS e ISSSTE lo es para los del estrato bajo y medio/alto (representa 59% y 67%, respectivamente). Entre las mujeres mayores, el Seguro Popular concentra a 35% de la población cuidada en el estrato con mayores carencias sociales, en tanto que en los otros dos estratos menos del 20% de sus poblaciones tiene acceso sólo a esta institución (Cuadro 4.3). Estos resultados sugieren que son precisamente las personas mayores más desprovistas las

<sup>31</sup> A partir del 1 de enero de 2020 comenzó a funcionar el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), en reemplazo del Seguro Popular, bajo la encomienda de otorgar atención médica y medicamentos de forma gratuita y sin las restricciones a todos sus beneficiarios; sin embargo, al momento en que se elabora este trabajo de investigación, no se cuenta con información empírica que permita identificar los cambios que esta disposición representa para la población en edad avanzada.

que cuentan con un servicio de salud que muy probablemente le represente mayores costos a la hora de ser atendidos.

Para analizar la seguridad económica en la vejez, se construyó una variable en la que se diferencian los ingresos sólo por transferencias familiares; sólo por pensiones de retiro; e ingresos en los que se incluye la conjugación de ambos, y se agregan los que provienen de remesas y rentas.

**Gráfica 4. 3 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por tipo de ingresos, según estrato social y sexo.**



Prueba Chi-cuadrada: (\*)  $p < 0.05$  entre total hombres y mujeres. (+)  $p < 0.05$  entre estratos hombres. (^)  $p < 0.05$  entre estratos mujeres

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

En la Gráfica No. 4.3 se observa que las transferencias familiares constituyen la principal fuente de ingresos tanto para los hombres como para las mujeres mayores que reciben cuidados (42% de ellos y 54% de ellas). El ingreso que deviene de una pensión por retiro agrupa a un 27% de la población masculina y sólo el 19% de la femenina; y el que proviene de las transferencias y una pensión en forma conjunta, así como de otros tipos de ingreso, agrupa cerca de la tercera parte de las personas cuidadas (31% para el caso de los hombres y 27% para el de las mujeres).

Pero esta situación se vuelve aún más compleja al revisar las diferencias entre estratos sociales. Entre los hombres del estrato muy bajo 53% reportó que únicamente cuenta con un ingreso por transferencias familiares; entre las mujeres, sin embargo, la dependencia a éste recurso se manifiesta con mayor profundidad, pues 58% en el estrato muy bajo y 57% de las mujeres en el estrato bajo reportaron tener este tipo de ingreso. Estos hallazgos permiten visibilizar la pronunciada dependencia que se vive en la vejez, y sobre todo en los contextos sociales más precarios, como consecuencia de las desigualdades experimentadas a lo largo de la vida y de los mandatos de género que colocaron a las mujeres ahora envejecidas en actividades sin acceso a garantías institucionales en la edad avanzada.

#### Características del hogar que habita la persona mayor cuidada

Ante la importancia que cobran las familias en la población que recibe cuidados, resulta de particular interés el analizar las características de los hogares en que habitan las personas mayores; por ello, en el Cuadro 4.4 se presentan las distribuciones porcentuales de los hogares en que viven las personas mayores cuidadas, tanto en términos de los vínculos que comparten con otros miembros, como en las características de las necesidades de cuidados de sus miembros.

En cuanto al tipo de hogar se observa que hombres y mujeres cuidados viven, en primer lugar, en hogares extensos; en segundo lugar, en hogares nucleares que concentran a un 42% de los hombres y a 33% de las mujeres; y, por último, una mínima proporción, habita en hogares unipersonales (11% de los hombres y 12% de las mujeres). Al examinar las distribuciones por estratos sociales se aprecian diferencias significativas para ambos sexos, entre los hombres se nota que hay una concentración en hogares extensos en los estratos muy bajo y bajo (49% y 48%, respectivamente), mientras que los hombres del estrato medio/alto se agrupan principalmente en hogares nucleares (55% de ellos). Entre las mujeres se observa un comportamiento similar, pues 58% de las del estrato

muy bajo y 56% del bajo habitan en hogares extensos y 41% de las del estrato medio/alto en hogares nucleares (Cuadro 4.4). Estos datos permiten considerar que la población cuidada tiende a vivir en arreglos familiares que favorecen su atención por parte de miembros corresidentes, sobre todo en los estratos sociales con mayores carencias materiales.

**Cuadro 4. 4 Distribución porcentual de la población mayor cuidada por características del hogar que habita, según estrato social y sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto		Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	
<b>Tipo de hogar</b> *+^								
Unipersonal	14.7	(5.1)	(6.7)	11.0	11.5	(10.2)	(17.2)	12.0
Nuclear	36.2	46.9	55.0	41.8	30.3	34.2	41.0	32.7
Extendido	49.1	48.0	(38.3)	47.2	58.2	55.6	41.8	55.4
<b>Composición del hogar</b> ^								
1 Persona Mayor	59.9	63.3	75.0	63.1	67.6	70.4	76.2	69.4
2+ Personas Mayores	17.2	(11.2)	(10.0)	14.6	12.5	(13.8)	(15.6)	13.2
1+ Menores de 12 años	22.8	(25.5)	(15.0)	22.3	19.9	15.8	(8.2)	17.4

\* p<0.05 entre total hombres y mujeres

+ p<0.05 entre hombres

^ p<0.05 entre mujeres

( ) Porcentaje representa menos de 30 casos

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

La composición del hogar en función a las necesidades de cuidado de sus miembros es una variable que se construyó considerando que en un mismo hogar pueden habitar personas que suponen una competencia para el acceso a cuidados o una mejor atención. En tal sentido, se dividió a las personas en estudio, según si vivían en un hogar en que sólo se encuentra la persona mayor que recibe cuidados, sin otra que tenga 75 o más años (*1 Persona Mayor*); si adicional a la persona cuidada habitaba otra con 75 o más años (*2+ Personas Mayores*); y si en el hogar se correside con al menos un menor de 12 años (*1+ Menores de 12 años*). Para estas categorías se consideraron tales edades porque se conciben como puntos de corte en que incrementan las necesidades de cuidado en la niñez y la edad avanzada.

Con respecto a esta agrupación, en el Cuadro 4.4 se identifica que la población cuidada habita principalmente en un hogar en que es la única persona mayor receptora de cuidados (63% de los hombres y 69% de las mujeres), ello en parte se asocia a que los hombres tienen parejas menores y a que las mujeres son cuidadas, como previamente se observó, a edades más avanzadas cuando ya se encuentran viudas. Entre estratos sociales sólo se aprecian diferencias significativas en la distribución de las mujeres cuidadas, siendo evidente que los hogares con más carencias tienen una mayor carga de cuidados, dado que se habita tanto con personas mayores que requieren de cuidados como con niños menores de 12 años (20% en el estrato muy bajo y 16% en el bajo).

#### Características de los cuidados recibidos

En cuanto a las fuentes de cuidado se construyó una variable que permite diferenciar las características del cuidado en función al vínculo que guarda(n) la(s) persona(s) cuidadora(s) con la persona mayor, distinguiendo entre aquellos cuidados brindados únicamente por la pareja (*cónyuge*); los otorgados sólo por uno o más descendientes de la persona mayor (*hijos o hijas*); los que prestan en forma individual o conjunta alguna nieta o nieto, nuera o algún familiar (*parientes*); aquellos en los que sólo intervienen personas a las que se les paga por el cuidado brindado (*remunerados*) y los compuestos por personas que pueden o no guardar una relación de parentesco, independientemente de si se les remunera o no por ello (*mixto*).

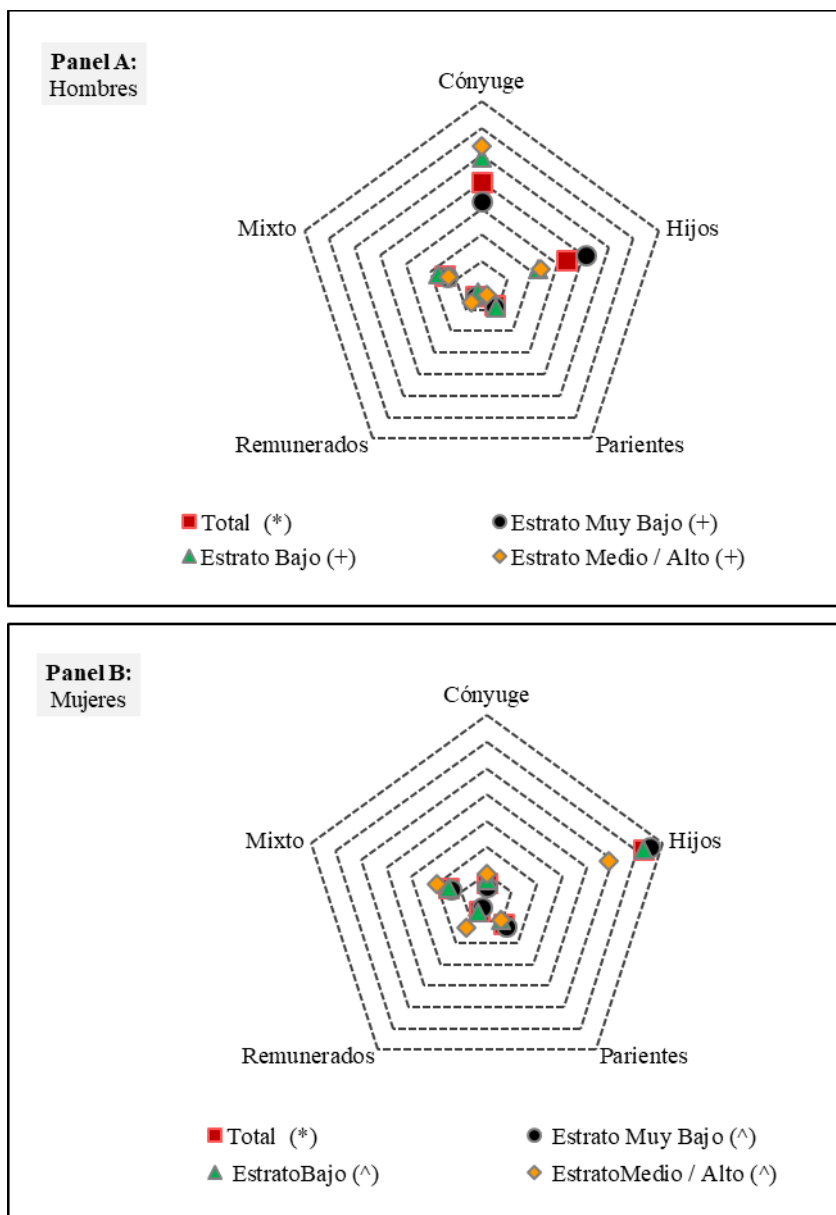
Conforme a lo revisado en la bibliografía, los hombres tienden a ser cuidados, en primer lugar, por sus parejas y en segundo por sus hijos; las fuentes de cuidado mixtas representan la tercera forma de provisión de atención para ellos, pero en una proporción mucho menor, seguida por los cuidados otorgados por parientes o personal remunerado únicamente. Para las mujeres mayores, la principal fuente de cuidados son sus hijos, seguida muy de lejos por la fuente mixta, en la que se pueden encontrar tanto hijos como parientes conformando una red de cuidados para la mujer mayor; la atención otorgada por parientes únicamente o por personal remunerado son mínimos, al igual que los cuidados que le brinda su cónyuge.

Al analizar las diferencias entre estratos sociales se evidencian distribuciones con diferencias significativas sólo entre los hombres, aquellos en el estrato muy bajo cuentan con una mayor atención por parte de sus hijos que de sus parejas, en contraste con los de estratos bajo y medio/alto cuyos cuidados conyugales son mayores a los de los hijos; las otras tres formas de cuidado



presentan pocas diferencias por estratos sociales, sólo destacando la relativa mayor recepción de cuidados mixtos y de parientes en el estrato bajo (Gráfica 4.4).

**Gráfica 4. 4 Fuentes de cuidado en la población mayor por vínculos con persona cuidadora, según estrato social y sexo.**



Prueba Chi-cuadrada: (\*)  $p < 0.05$ , entre total hombres y mujeres. (+)  $p < 0.05$ , entre estratos hombres. (^)  $p < 0.05$ , entre estratos mujeres

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

Cabe destacar que, dentro de las formas de cuidado exploradas, la única que directamente representa un cuidado desarrollado en solitario es el brindado por la pareja o cónyuge, ya que las otras pueden estarse realizando en manera individual o conjunta (por una hija o un conjunto de hijos o parientes, por ejemplo). En este sentido, estos primeros resultados, contribuirían a considerar que las esposas cuidadoras son quienes en forma individual soportan la mayor carga de cuidados de hombres mayores, incluso en los estratos con mejores condiciones económicas, pero esta observación puede ser matizada al considerar la intensidad de los cuidados prestados y las necesidades de atención de los adultos mayores. En tal dinámica, se creó una variable considerando el tiempo y periodicidad de los apoyos reportados para medir la intensidad del cuidado, aquellos menores a 15 días al mes o mayores, pero en un tiempo menor a cuatro horas por día se les denominó *cuidados no intensivos*; y aquellos mayores a 15 días al mes y por un tiempo de cuatro horas o más al día se les denominó *cuidados intensivos*. Este último se subdividió en cuidado intensivo prestado por una sola persona y el compartido con dos o más, lo que permitiría visibilizar si la persona mayor depende o no de una sola proveedora de cuidados.

**Cuadro 4. 5 Distribución porcentual de los cuidados reportados por intensidad del cuidado, según estrato social y sexo.**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto		Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	
<b>Intensidad del cuidado *</b>								
No intensivo	40.5	40.8	(35.0)	39.7	44.8	48.0	47.5	45.9
Intensivo, cuida una persona	42.7	41.8	53.3	44.1	35.5	29.1	32.0	33.6
Intensivo, cuidan dos o más personas	16.8	17.35	(11.7)	16.2	19.8	23.0	(20.5)	20.6
<b>n</b>	232	98	60	390	567	196	122	885

Prueba Chi-cuadrada: \*  $p < 0.05$ , entre total hombres y mujeres. ( ) Porcentaje representa menos de 30 casos.

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2015

En el Cuadro 4.5 se puede identificar que hombres y mujeres mayores presentan diferencias significativas en la intensidad de los cuidados que reciben, un 40% de los hombres reportan cuidados no intensivos, frente a un 46% del conjunto de mujeres; y, en forma contraria, un 44% de los hombres recibe cuidados intensivos brindados por una sola persona cuidadora, cifra superior al 34% en el caso de las mujeres. El cuidado intensivo por dos o más personas representa un porcentaje menor para ambos sexos, pero los hombres tenderían a presentar una menor proporción

de estos cuidados (16%) que las mujeres (21%). Estos resultados pueden sugerir que las mujeres mayores tienden a ser atendidas desde etapas más tempranas y al incrementarse sus necesidades de cuidado tener mayores probabilidades de contar con una red de cuidado más amplia que los hombres.

### **Patrones del cuidado que reciben las personas mayores con limitaciones funcionales**

En este apartado se analizan las distribuciones de las características revisadas previamente, pero ahora en forma conjunta, con el fin de identificar patrones diferenciados de los cuidados recibidos por personas mayores, según estrato social y sexo. Para ello se aplica la técnica de análisis de correspondencias múltiples, técnica estadística útil para trabajar con datos categóricos, que permite representar gráficamente las frecuencias de tablas de contingencia, a fin de obtener una rápida interpretación y comprensión de las distribuciones que presentan los datos (Greenacre, 2008).

Este tipo de análisis no busca modelar las relaciones entre las variables, ni establecer un valor de probabilidad para la aparición o el cambio en la condición de una variable dependiente. Lo que se busca con esta técnica es extraer rápidamente información de un conjunto de datos que por otros medios sería muy dispendiosa (Crivisqui & Fine, 1994). Por lo general la representación gráfica del análisis de correspondencias es bidimensional, en un diagrama de dispersión en el que se presentan los datos en forma de puntos con relación a dos ejes de coordenadas perpendiculares, el eje horizontal o eje de las  $x$  y el eje vertical o eje de las  $y$ . A éste diagrama de dispersión se le denomina *mapa de datos* (Greenacre, 2008).

Como previamente se expuso, en este análisis se consideran los factores de predisposición (características sociodemográficas), de necesidad (características del estado de salud) y habilitantes (características sobre el acceso a garantías institucionales, del hogar que habita y de su red de cuidados) del cuidado en la edad avanzada. Las nomenclaturas de cada categoría de las variables revisadas pueden solaparse al representarlas en los mapas de datos, siendo una práctica común para evitar esto el de etiquetar las categorías para permitir una visualización más estética. Por ello, en el Cuadro 4.6 se presentan las etiquetas para cada una de las variables consideradas en el análisis de correspondencias.

**Cuadro 4. 6 Descripción de variables para identificar patrones en la población mayor que recibe cuidado**

Variable	Etiquetas de categorías	Descripción
Sexo - Estrato	Hom_Emb	Hombre mayor cuidado en el estrato muy bajo
	Hom_Eb	Hombre mayor cuidado en el estrato bajo
	Hom_Ema	Hombre mayor cuidado en el estrato medio/alto
	Muj_Emb	Mujer mayor cuidada en el estrato muy bajo
	Muj_Eb	Mujer mayor cuidada en el estrato bajo
	Muj_Ema	Mujer mayor cuidada en el estrato medio/alto
Grupo de edad	60-69	Grupo de edad de 60 a 69 años
	70-79	Grupo de edad de 70 a 79 años
	80+	Grupo de edad de 80 y más años
Estado conyugal	Solt/Sep	Persona soltera/Separada
	Unid	Persona unida
	Viud	Persona viuda
Tipo de limitaciones funcionales *	ABVD	Persona con limitaciones en actividades básicas de la vida diaria
	AIVD	Persona con limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria
	Ambas	Persona con limitaciones en ambos tipos de actividades
Número de limitaciones *	1Lim	Una limitación funcional, independientemente del tipo de actividad
	2Lim	Dos limitaciones funcionales, independientemente del tipo de actividad
	3+Lim	Tres o más limitaciones funcionales, independientemente del tipo de actividad
Multimorbilidad	NoEC	No reportó enfermedad crónica
	1EC	Reportó una enfermedad crónica
	2+EC	Reportó dos o más enfermedades crónicas
Tipo de ingresos	I_TnsF	Ingresos sólo por transferencias familiares
	I_Pens	Ingresos sólo por pensión contributiva o no contributiva
	I_Mix	Ingresos por remesas, trabajos, rentas o por transferencias y pensiones en forma conjunta
Miembros del hogar	1PAM	Hogar en el que sólo habita una persona mayor cuidada, sin otros miembros potenciales de requerir cuidados
	2PAM	Hogar en el que además de la persona mayor cuidada hay otra(s) persona(s) de 75 y más años
	1+Me	Hogar en el que además de la persona mayor cuidada hay un menor de 12 años
Fuente de cuidados	FC_Cony	Cuidado se recibe sólo de la pareja o cónyuge
	FC_Hij	Cuidado se recibe sólo por hijos (puede ser uno o un conjunto de hijos)
	FC_Par	Cuidado se recibe sólo por parientes (nuera, yerno, nieta u otros, en forma individual o conjunta)
	FC_Remu	Cuidado se recibe sólo por personal remunerado
	FC_Mixto	Cuidado se recibe por un conjunto de personas con los que se comparten o no vínculos familiares, independientemente de ser o no remunerados
Intensidad del cuidado	C_NoInt	Cuidados no intensivos (menos de cuatro horas diarias)
	1C_Int	Cuidados intensivos (de cuatro a más horas diarias) brindados por una sola persona
	2+C_Int	Cuidados intensivos (de cuatro a más horas diarias) brindados por dos o más personas

\*Para los hombres se utilizó el número de limitaciones funcionales y para las mujeres el tipo de limitaciones funcionales.

Fuente: Elaboración propia.

### *Patrones de hombres y mujeres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional*

En las Gráficas 4.5 y 4.6 se observan mapas representados en el plano cartesiano, que presentan las proyecciones de las categorías de las variables mencionadas tanto para el caso de los hombres como de las mujeres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional. Entre los hombres mayores cuidados (Gráfica 4.5) se puede distinguir cierta dispersión entre las categorías de las variables analizadas, que sugieren la conformación de cuatro patrones de cuidado. El primer patrón se aprecia en el cuadrante superior derecho, en éste se encontrarían los hombres mayores del estrato muy bajo de 80 y más años; viudos, solteros o separados; que reportaron tener una enfermedad crónica; cuentan con sólo transferencias familiares como ingreso y son cuidados por hijos o parientes. El segundo patrón se observa en el otro extremo, en el cuadrante superior izquierdo, en él se concentran los hombres mayores del estrato bajo entre los 60 y 69 años; unidos; que reportaron dos o más enfermedades crónicas.

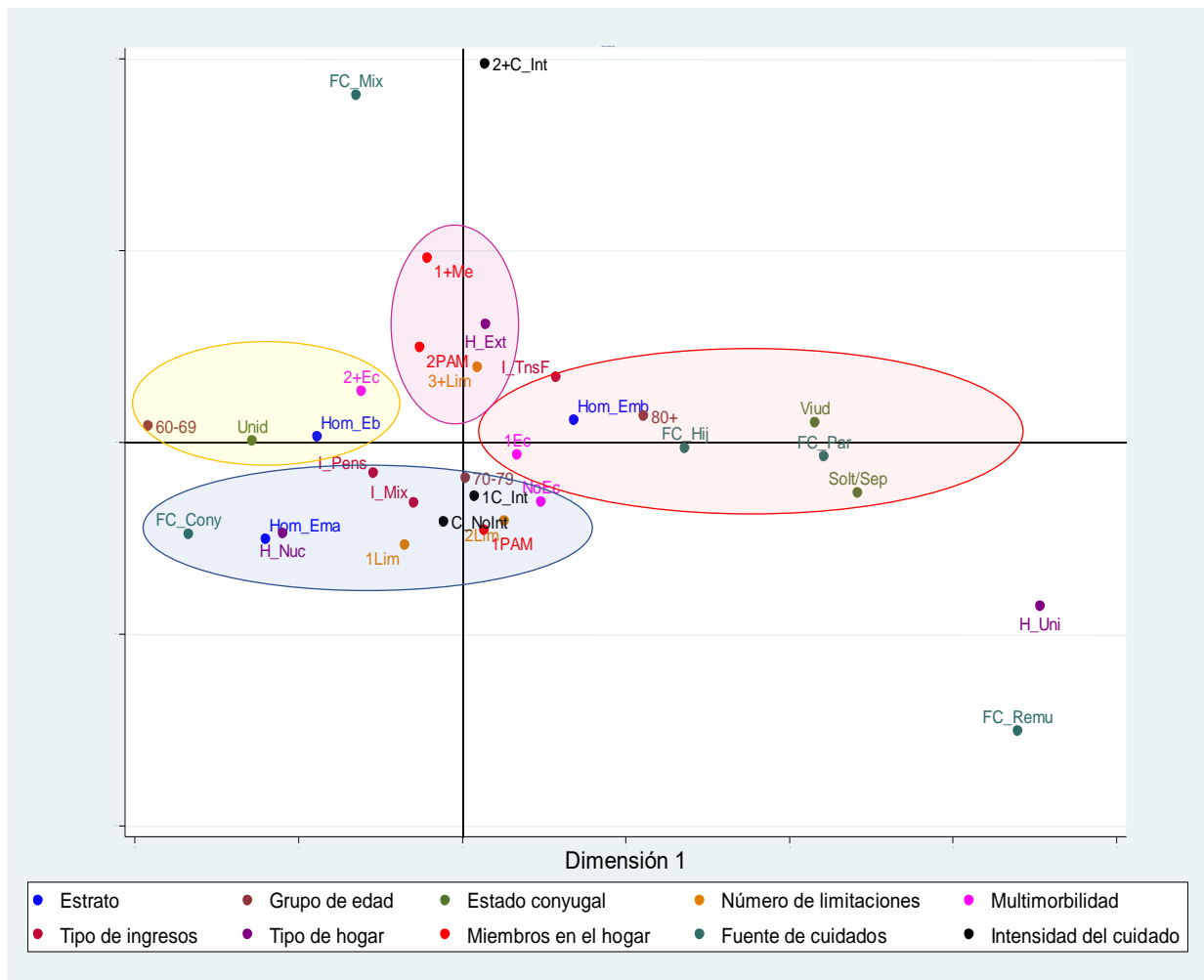
Un tercer patrón se identifica en medio de los dos patrones antes reseñados, entre los dos cuadrantes superiores, éste se caracteriza por concentrar a los hombres cuidados que presentan como mínimo tres limitaciones funcionales; que habitan en hogares extensos en los que conviven con al menos otra persona mayor de 75 años y un menor de 12 años. Este tercer patrón representa una forma de recibir cuidados en un hogar que se encuentra sobrecargado, en que la persona mayor compite por atención con otros miembros y en condiciones económicas precarias, dado que el patrón se identifica entre los patrones de hombres en los estratos muy bajo y bajo.

Un cuarto patrón se aprecia en los cuadrantes inferiores, caracterizado por hombres mayores en el estrato medio/alto; entre los 70 y 79 años; con una a dos limitaciones funcionales; que viven en hogares nucleares en los que son la única persona cuidada; reciben una pensión por retiro, adicional a otros ingresos; y son atendidos por sus cónyuges, quienes son las únicas cuidadoras y les proveen cuidados intensivos. Este es un patrón que sugiere una experiencia de cuidados más alentadora para el hombre mayor envejecido, pues cuenta con mejores condiciones económicas y con una pareja que asegura su acceso a cuidados, siendo el único miembro en quien se concentra la atención.

Adicionalmente se observan dos formas de cuidado de las que aún no se dispone de información suficiente, los cuidados mixtos, en los que intervienen dos o más personas que brindan cuidados intensivos; y los cuidados remunerados de hombres mayores que habitarían en hogares

unipersonales. El primero, dado que se ubica en el cuadrante superior, se puede considerar que ocurre en los contextos menos favorecidos; mientras el segundo, que se encuentra en el otro extremo, puede ocurrir en contextos más favorecidos. Sería relevante conocer más sobre estas formas de cuidado, pero por el momento no se dispone de información que posibilite ello.

**Gráfica 4. 5 Patrones de hombres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional**

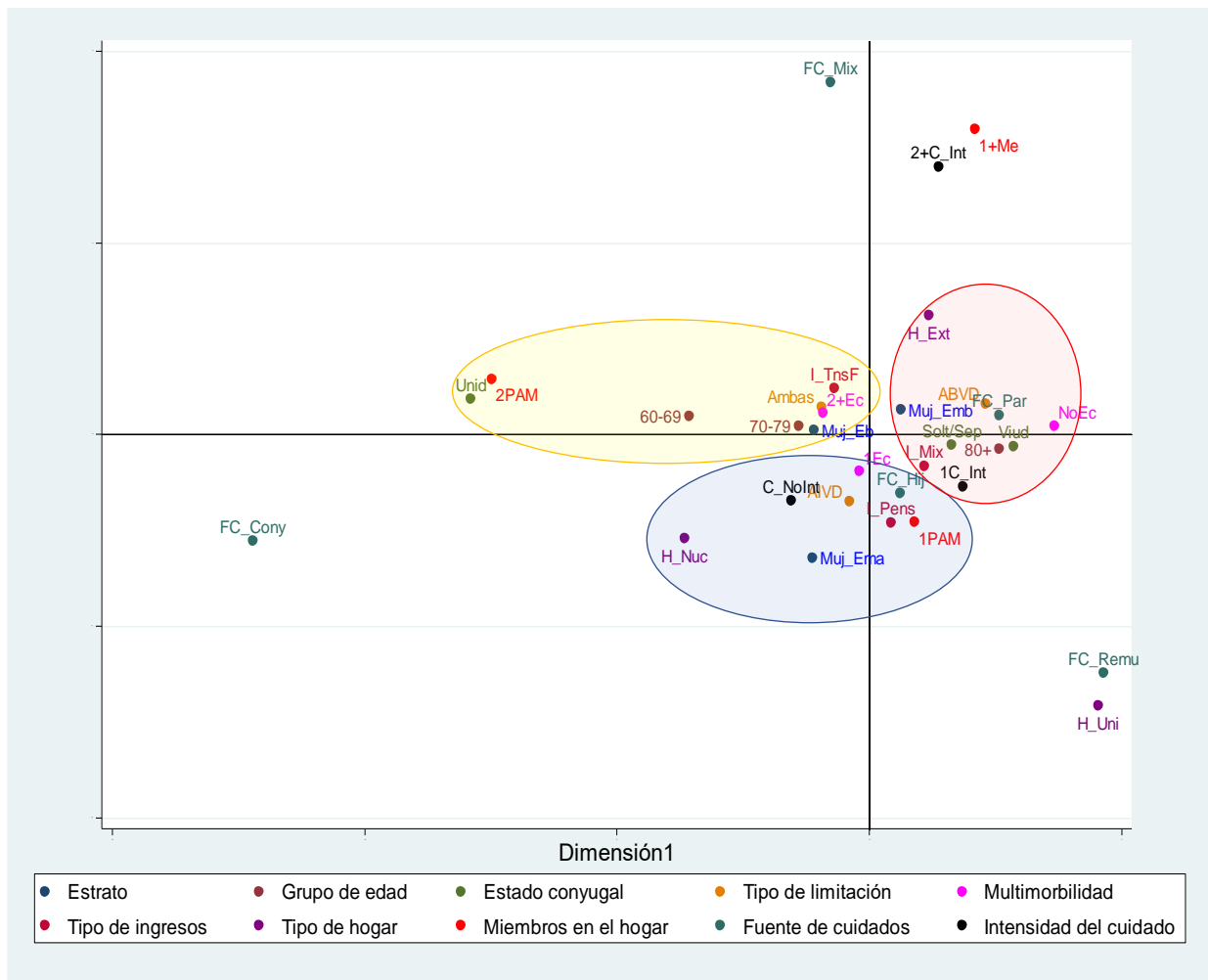


Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2015.

Entre las mujeres mayores cuidadas (Gráfica 4.6) se puede observar una dispersión menor a la de los hombres entre las categorías de las variables analizadas; por ello se logran identificar sólo tres patrones de cuidados. El primer patrón se encuentra entre los cuadrantes superior e inferior del lado izquierdo, en éste se concentran las mujeres del estrato muy bajo de 80 y más años; viudas, solteras o separadas; con limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria, pero que no

reportaron presentar enfermedades crónicas; estas mujeres contarían con ingresos tanto por transferencias familiares, como por remesas o una pensión, habitarían en hogares extensos y recibirían cuidados intensivos de sólo una persona con la que se tiene un vínculo de parentesco. Hay dos aspectos que llaman la atención en este patrón. El primero, es que no se reporten enfermedades crónicas en mujeres en una fase avanzada del envejecimiento que sí presentan limitaciones funcionales importantes y el segundo, que el cuidado sea brindado por una sola persona cuando la mujer mayor presenta un estado de salud complejo, ello quizá pueda explicarse a partir de la brecha existente entre el acceso y uso de los servicios de salud y de la forma como se organizan las familias para cubrir las necesidades de sus miembros.

**Gráfica 4. 6 Patrones de mujeres mayores que reciben cuidados por tener alguna limitación funcional**



Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2015.

El segundo patrón se observa en el cuadrante superior izquierdo, en el que se encuentran las mujeres mayores del estrato bajo; de 60 a 79 años; unidas; en hogares que comparten con otra persona mayor a 75 años (su pareja); que reciben ingresos por transferencias familiares; y presentan dos o más enfermedades crónicas y limitaciones para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estas son mujeres con un estado de salud aún más deteriorado que las del primer patrón y a edades más jóvenes, probablemente asociadas a las carencias experimentadas en etapas más tempranas de la vida; y con una fuerte dependencia de sus familias en términos de sus ingresos y su acceso a cuidados.

El tercer patrón corresponde al conjunto de mujeres en el estrato medio/alto, que reportaron tener una enfermedad crónica, vivir en hogares nucleares, recibiendo una pensión y cuidados no intensivos por parte de sus hijos, ante la presencia de limitaciones funcionales para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Se trata de mujeres que se encuentran en una mejor posición económica y que son atendidas, aun cuando sus necesidades de salud no sean tan apremiantes; además son mujeres con una menor dependencia en términos económicos ya que poseen un ingreso más seguro y estable.

Pero adicional a estos patrones se observan tres formas de cuidado: los cuidados mixtos, en los que intervendrían dos o más personas que brindan cuidados intensivos a personas mayores en hogares con miembros menores de 12 años, que también requerirían de atención; los cuidados brindados por el cónyuge de la mujer mayor; y los cuidados remunerados, de mujeres mayores que habitarían en hogares unipersonales. El primero se ubica entre los cuadrantes superiores, por lo que se puede considerar que ocurre en los contextos menos favorecidos; mientras el segundo y tercero se encuentran en el otro extremo, en los cuadrantes inferiores izquierdo y derecho, respectivamente, lo que sugiere que pueden ocurrir entre mujeres mayores de contextos más favorecidos. Sería de particular relevancia conocer más detalles sobre estas formas de cuidado, pero dada la poca proporción que representan entre los cuidados que reciben las mujeres mayores, no se dispone de información que posibilite su caracterización.



## Conclusiones del capítulo

En México, al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, el acceso a cuidados en la edad avanzada depende en gran medida de las familias, de sus recursos en términos de tiempo para cuidar o de ingresos para pagar por los cuidados, e incluso, ante la ausencia de una red familiar, de los recursos con los que cuentan las personas mayores. En consecuencia, tal y como ha señalado la CEPAL (2000) se han desarrollado estrategias de solidaridad intergeneracional para cubrir las necesidades de asistencia económica y cuidado de este segmento de la población.

Esto ineludiblemente conllevaría a que las desigualdades de género y clase se profundicen, tanto en la recepción como en la provisión de cuidados. Por ello, en este capítulo se exploraron las características de hombres y mujeres mayores con limitaciones funcionales que reciben cuidados, por estrato social de pertenencia; y se identificaron patrones que contribuirían a visibilizar las expresiones de las desigualdades de género y condición socioeconómica en la población adulta mayor receptora de cuidados.

Para llevar a cabo tales tareas se retomó un conjunto de características consideradas dentro de los factores de predisposición, de necesidad y habilitantes del cuidado en la edad avanzada, los cuales en principio fueron considerados como factores asociados al acceso a servicios de salud (Andersen y Newman, 1973; van der Meer, 1998) y posteriormente reconocidos en la bibliografía como factores asociados al cuidado de personas adultas mayores (Groenou *et al*, 2006; Suanet *et al*, 2011; Swinkels *et al*, 2016; Bertogg y Strauss, 2020).

Bajo este marco analítico, este estudio proporciona evidencia de que las características que dan cuenta de la predisposición, necesidad y condiciones habilitantes para el cuidado toman configuraciones distintas para hombres y mujeres mayores de diferentes estratos sociales, manifestando con ello las desigualdades de género y socioeconómicas que experimenta la población que recibe cuidados en la edad avanzada.

A partir de estas dimensiones se pudo notar que tanto hombres como mujeres mayores en el estrato muy bajo reciben cuidados a edades más avanzadas (80 y más años), ante la presencia de un mayor número de limitaciones funcionales (tres o más limitaciones para los hombres) o de dificultades más complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria (limitaciones en actividades básicas para las mujeres), probablemente a consecuencia de que su principal fuente de ingresos son las

transferencias familiares y carecen de ingresos propios suficientes para pagar por recibir atención desde el inicio de la presencia de limitaciones funcionales; su cuidado dependería de forma exclusiva de sus redes familiares (hijos y/o parientes), las cuales reaccionan brindando cuidados de forma intensiva (por más de 4 horas al día), generalmente a cargo de una cuidadora principal; para asegurar estos cuidados las personas tienden a habitar en hogares extensos, lo que a su vez los expone a habitar con otros miembros que competirían por los cuidados, como niños pequeños y otros adultos mayores.

Contrario a lo esperado, en este contexto no se aprecian desigualdades de género claras, en función a las características exploradas; al parecer, al margen de la condición de género, la dependencia funcional que aqueja a las personas mayores es el condicionamiento que detona el cuidado, aun cuando sus redes de apoyo no cuenten con los medios para responder y se tenga que recurrir a estrategias como que el cuidado sea brindado por una sola persona, cuando la persona mayor presenta un estado de salud complejo. Lo revisado hasta ahora no permitiría visibilizar las condiciones en que se encuentra la persona prestadora de cuidados, pero probablemente este arreglo ocurra porque la mayoría de los miembros de estos hogares deben de insertarse en actividades para generar recursos monetarios y se designe a sólo uno de ellos para que cubra los requerimientos de cuidados.

Entre hombres y mujeres del estrato bajo, se observa que el cuidado se recibe desde edades más tempranas que entre los del estrato muy bajo, los hombres en los años de transición a la vejez (60 a 69 años) y las mujeres en los años en que se tiende a notar los efectos de la vejez (70 a 79 años); este grupo de personas mayores se encuentran aún unidas y se les ha diagnosticado por lo menos dos enfermedades crónico degenerativas, presentando las mujeres limitaciones funcionales tanto para realizar actividades básicas como instrumentales de la vida diaria. Entre los hombres mayores no se contó con información suficiente para identificar las características que dan cuenta de la existencia o no de condiciones habilitantes para recibir cuidados, pero entre las mujeres mayores se pudo detectar que sus ingresos derivan de transferencias familiares y que habitan en hogares en donde al menos habría otra persona mayor con necesidades de cuidados.

En este estrato social, la desigualdad de género se manifiesta en torno a la disponibilidad de ingresos, dado que las mujeres mayores dependen de transferencias familiares para contar con recursos económicos, y como se ha identificado en investigaciones previas este tipo de ingresos

suelen ser inestables e insuficientes para cubrir las necesidades de las mujeres envejecidas (Huenchuan, 2007; Nava, Ham y Ramírez, 2014). Sin embargo, no se podría señalar si estas desigualdades se han profundizado o desdibujado entre la población receptora de cuidados, pues entre los hombres se carece de información que facilite tomar una postura al respecto.

Para hombres y mujeres mayores en el estrato medio alto, las características que indicarían su predisposición a recibir cuidados en la edad avanzada no se aprecian con claridad, sólo en el caso de los hombres se notó que tienen entre 70 y 79 años. En contraste con lo observado en el estrato muy bajo, se identificó que las personas mayores de este estrato social reciben cuidados ante un menor número de limitaciones (1 o hasta 2 limitaciones funcionales) o de dificultades menos complejas para llevar a cabo actividades de la vida diaria (sólo para AIVD); y que estas personas cuentan con ingresos propios derivados de una pensión, habitan en hogares nucleares en los que son los únicos demandantes de cuidado, y reciben cuidados no intensivos, prestado por la cónyuge en el caso de los hombres mayores y por algún hijo en el caso de las mujeres mayores.

En este contexto social, se pudo apreciar de forma más clara que las desigualdades de género se desdibujan y que tanto hombres como mujeres acceden a cuidados en condiciones más favorables, en términos de las características exploradas. Sólo en lo que refiere a sus fuentes de cuidado se aprecian diferencias significativas; pero estas diferencias no necesariamente se traducen en desigualdades de género, pues pueden obedecer a que el acceso al cuidado se da a lugar ante condiciones de salud no tan deterioradas.

En resumen, estos hallazgos permiten notar las desiguales condiciones en que reciben cuidados el conjunto de hombres y mujeres mayores de diferentes estratos sociales, pero también evidencia la necesidad de explorar las características de quienes los brindan y de analizar los efectos que cambios en los niveles de dependencia tendrían sobre el acceso a cuidados en la edad avanzada. El primer punto se desarrolla en el siguiente capítulo, mientras el segundo se plantea en el sexto y último capítulo de esta investigación.



## **CAPÍTULO V. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS. EXPLORANDO PATRONES POR GRUPOS SOCIALES DE PERSONAS CUIDADAS EN LA EDAD AVANZADA**

### **Introducción**

Una propuesta que ha destacado en las últimas décadas frente a las crecientes necesidades de cuidados, es la que promueve una transición hacia una organización social de los cuidados, que involucre a las familias, pero también al Estado, al mercado y a la sociedad civil, en la búsqueda de repartir las demandas y de garantizar el derecho de todos y todas de cuidar y ser cuidados (Razavi, 2007; Pérez Amador *et al*, 2019).

Con el cuidado se procura resolver las necesidades del cuerpo biológico, pero particularmente las del social, en un esquema de otorgamiento cotidiano y durante varias décadas de la vida (Robles, 2001). Esto conlleva a que quienes realicen actividades de cuidado, cuando no disponen de elementos necesarios para ello, lo hagan en detrimento de su bienestar. Como ejemplo de esto, se encuentran análisis que sugieren que la condición de actividad es una característica a menudo considerada para dar cuenta de la sobrecarga de trabajo que estarían enfrentando las mujeres cuidadoras o de la reproducción de desigualdades a las que estarían sujetas al trabajar en actividades precarias o no trabajar para poder desempeñar las tareas de cuidados (López Ortega, 2009; Cerrutti y Binstock, 2011; Filguiera y Espejo, 2011) y en tal sentido, de lo imposibilitadas que se encuentran para romper el círculo de pobreza en el que se encuentran (Inmujeres, 2005; Damián, 2014; Galindo *et al*, 2015).

Ante tal escenario, el objetivo de este capítulo es el de explorar las características de quienes brindan cuidado a hombres y mujeres mayores, con el fin último de identificar patrones diferenciales de los cuidados prestados por sexo y estrato social de la persona mayor. Para lograr este objetivo el capítulo se divide en cuatro apartados. En el primero se plantean las dimensiones a considerar para caracterizar a las personas cuidadoras; en el segundo se exponen las ventajas de la fuente de información utilizada y se delimita el universo de estudio. En el tercer apartado se hace una primera exploración de las características que presenta la población que provee cuidados, por

medio de un análisis bivariado; y en el cuarto se identifican diferentes patrones de cuidadores, por medio de la técnica de análisis de correspondencias múltiples.

### **Dimensiones para caracterizar a las personas que brindan cuidados**

Messeri *et al* (1993) reconocen dos modelos, como los esfuerzos más destacados para formular los principios que rigen la configuración de las redes de apoyo social en la vejez, el modelo jerárquico-compensatorio y el modelo de tareas específicas. Cantor (1979), con base en una encuesta sobre el apoyo social recibido por una muestra de personas mayores que viven en barrios pobres del centro de la ciudad de New York, planteó un modelo en el que sugirió que la elección de los cuidadores sigue una preferencia ordenada, en la que prima la relación entre el cuidador y el receptor anciano sobre la naturaleza de la tarea a desarrollar. Bajo este planteamiento, denominado *modelo jerárquico-compensatorio*, se sostuvo que las personas con discapacidad tienden a buscar primero a los cónyuges en busca de asistencia con todo tipo de servicios personales, como el aseo, el apoyo emocional o la socialización; y cuando los cónyuges están ausentes recurren a otros grupos de apoyo, como hijos u otros parientes y en última instancia a la ayuda proporcionada por amigos y vecinos.

El modelo jerárquico-compensatorio con frecuencia se retoma para el análisis de los apoyos que reciben las personas mayores en servicios de aseo doméstico y personal, es decir, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades básicas de la vida diaria (ABVD). No obstante, una limitación seria del modelo es la falta de una explicación teórica convincente de por qué se sigue el orden de elección de la persona cuidadora y si sería un orden universalmente preferido, pues el argumento al que se suele apelar es que las preferencias por los ayudantes están vinculadas a una combinación innata de deber y afecto (Messeri *et al*, 1993).

Por otra parte, Litwak (1985), con base en la información de una muestra de personas mayores entrevistadas en Florida y New York, llevó a cabo un análisis teórico general del funcionamiento de grupos primarios (la díada marital, otros parientes, amigos y vecinos) y organizaciones formales (hogares de ancianos), deduciendo que el grupo con más probabilidades de ser elegido para realizar una tarea de apoyo tendrá características estructurales que coincidan con las de la tarea a llevar a cabo. Esta propuesta analítica se ha denominado *modelo de tareas específicas*.

En el modelo de tareas específicas se identifican cuatro dimensiones para diferenciar la relación entre las características de los grupos primarios de apoyo y el tipo de tareas a desempeñar: proximidad, duración del compromiso, estilo de vida en común y tamaño del grupo de apoyo; y se incorporan otras tres dimensiones para especificar las características de las tareas gestionadas de manera óptima por las organizaciones formales: tipo de motivación, división del trabajo y nivel de conocimiento técnico (Litwak, 1985). Este modelo, a diferencia del desarrollado por Cantor, cuenta con la ventaja de permitir especificar las condiciones bajo las cuales se pueden esperar variaciones en el orden de los cuidadores; pero en lugar de presentar estos modelos como explicaciones en competencia, en algunos estudios se propone que el modelo jerárquico-compensatorio es un caso especial del modelo de tareas específicas (Messeri *et al*, 1993).

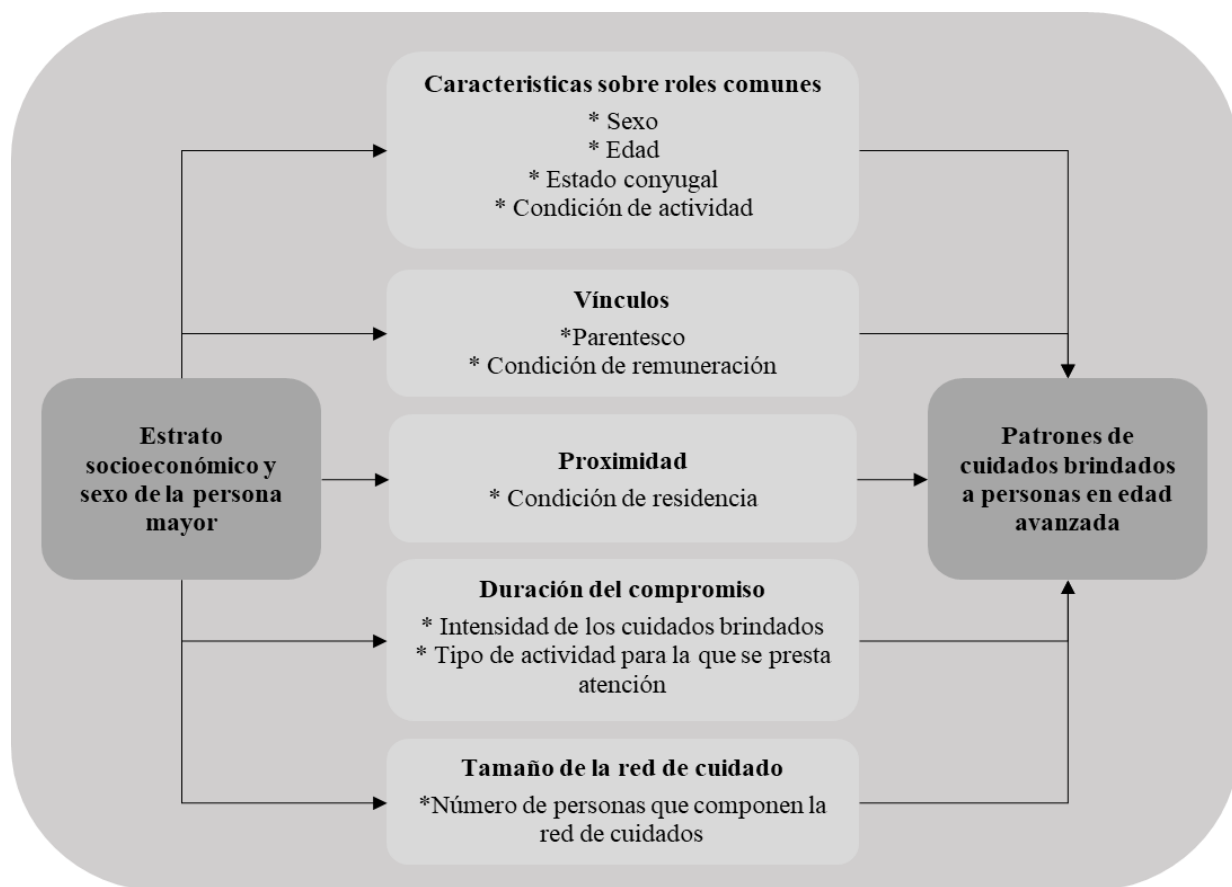
En este capítulo se propone hacer una caracterización de las personas que brindan cuidados a la población adulta mayor, considerando los planteamientos de los modelos desarrollados por Cantor (1979) y Litwak (1985) como propuestas que se complementan. Por tanto, se retoman características que dan cuenta de la existencia o no de estilos de vida en común; del vínculo y proximidad residencial entre las personas que brindan cuidados y quienes los reciben; la duración del compromiso; y del tamaño del grupo de apoyo de la que forma parte la persona cuidadora.

Las dimensiones expuestas por Litwak (1985) para la caracterización de las tareas desempeñadas por organizaciones formales no son contempladas, pues el cuidado aquí analizado corresponde a los otorgados en el hogar que habita la persona en edad avanzada. Pero adicionalmente se tienen en cuenta características como el sexo y estrato social de pertenencia de la persona receptora de cuidados, pues el fin último de este capítulo es el de identificar patrones que permitan apreciar las diferentes configuraciones de los cuidados brindados a hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales.

En el Esquema 5.1 se aprecian las dimensiones retomadas para el análisis de los cuidados brindados a personas mayores y el conjunto de variables consideradas en cada una. La existencia o no de *estilos de vida en común* refiere a los roles que pueden compartir las personas cuidadoras y cuidadas, en el entendido de que algunas tareas se benefician de la información o las habilidades adquiridas de roles comunes, mientras que otras se benefician de los roles de los cuidadores que difieren de los del receptor del cuidado (Messeri *et al*, 1993). En este sentido, luego de la revisión bibliográfica realizada en el capítulo dos, se consideran que características sociodemográficas

como el sexo, edad, estado conyugal y condición de actividad darían cuenta de las coincidencias o no de roles. Las primeras dos en términos de las coincidencias por los mandatos de género y generación; el estado conyugal porque se ha documentado en estudios cualitativos que la condición de estar unida es una característica contemplada en el proceso de selección de la persona cuidadora (Robles, 2001); y la condición de actividad debido a los hallazgos sobre la relación negativa entre la inserción al mercado laboral y la procura de cuidados (van Gameren y Velandia, 2015).

**Esquema 5. 1 Dimensiones para caracterizar personas que brindan cuidados a la población en edad avanzada**



Fuente: Elaboración propia a partir de planteamientos de Cantor (1979) y Litwak (1985).

Las características que dan cuenta del *vínculo* existente entre las personas que brindan cuidados y quienes los reciben permiten diferenciar entre el parentesco y el carácter remunerado de los cuidados a los que acceden las personas mayores en sus hogares. Al respecto se ha evidenciado el



cumplimiento de lo sugerido en el marco del modelo jerárquico-compensatorio en cuanto al orden de quienes son las principales fuentes de apoyo y cuidados en la vejez (Robles, 2007), pero también se ha argumentado sobre las diferencias de género a considerar (Montes de Oca, 2004) y de las posibilidades de los familiares para proveer cuidados, así como de la propensión a optar por los cuidados remunerados, ante mayores niveles de dependencia en la persona mayor en los contextos sociales más favorecidos (Redondo, 2012).

La *proximidad*, por otra parte, hace referencia a la característica que permite identificar si la actividad de cuidado a realizar requiere o no de un contacto cara a cara (Litwak, 1985), que para efectos de este análisis se considera que sí se requiere y se explora a partir de la condición de residencia, dado los hallazgos que sustentan que la coresidencia es una condición necesaria a medida que las necesidades de cuidado de las personas mayores se vuelven más complejas (Silva, 2016; Redondo y colaboradoras, 2018; Robles, 2020).

La *duración del compromiso* corresponde a: (1) la cantidad de tiempo que tarda en prestarse el servicio, (2) la cantidad de recursos necesarios para prestar los servicios, o (3) la medida en que se necesita la misma persona para prestar el servicio a lo largo del tiempo (Messeri *et al*, 1993). Por ello, en este capítulo se considera la intensidad de los cuidados brindados y el tipo de actividad para la que se presta atención, en el entendido de que hay una diferencia en el tipo de cuidado brindado según la duración del mismo y marcado por el estado de salud de la persona mayor (Pelcastre-Villafuerte *et al* 2011).

Y sobre el *tamaño de la red de cuidados*, Litwak (1985) hace referencia a que algunas actividades pueden beneficiarse de una red de apoyo más grande y otras no necesariamente lo requieran; en consecuencia, en esta exploración se revisa el número de personas que componen la red de cuidados, como un acercamiento para identificar si los cuidados brindados a los miembros envejecidos se tienden a distribuir para una mejor cobertura (Montes de Oca, 2004) o se concentran en la figura de una sola persona cuidadora (Robles, 2007).

A partir de la exploración de las características mencionadas, en este capítulo se pretende responder a la interrogante sobre qué diferencias, por estrato y sexo de persona cuidada, se pueden apreciar en la forma como se organizan las personas cuidadoras para responder a las necesidades de atención de las personas adultas mayores.

Ante tal interrogante, se esperaría identificar que características que dan cuenta de la existencia de roles comunes y vínculos entre la persona cuidadora y cuidada, así como de su proximidad, duración del compromiso establecido y tamaño de la red de cuidados tomen configuraciones distintas, evidenciando que la forma como se organizan las personas para cuidar de hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales deriva de la conjunción entre las necesidades de las personas mayores y de la disponibilidad de recursos para dar respuesta. En específico, se esperaría identificar que en el estrato muy bajo el cuidado a hombres mayores lo brindarían principalmente mujeres, en edades en que han concluido su ciclo reproductivo pero no tan avanzadas, unidas, solteras o separadas, que no realizan actividades remuneradas; estas mujeres serían hijas o parientes de los hombres cuidados, dado los hallazgos del capítulo anterior que señalan la concentración de hombres mayores viudos o solteros en este estrato social; la residencia de estas personas cuidadoras sería en el mismo hogar de los hombres mayores; y los cuidados se realizarían con intensidad, para cubrir necesidades derivadas de limitaciones en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pero se llevarían a cabo por una sola persona. Para el cuidado a mujeres mayores en este estrato, se tendería a observar que las actividades son también desempeñadas por mujeres con características sociodemográficas similares a las de quienes cuidan de hombres mayores; estas mujeres serían hijas residentes en el mismo hogar; y los cuidados se realizarían con intensidad, para cubrir necesidades derivadas de limitaciones en actividades básicas de la vida diaria, las cuales serían llevadas a cabo por más de una persona.

En el estrato bajo el cuidado a hombres mayores también lo brindarían mujeres, pero de edades más envejecidas, unidas, que no realizarían actividades remuneradas; estas mujeres serían esposas de los hombres cuidados y en consecuencia residentes del mismo hogar; los cuidados recaerían en sólo una persona cuidadora y se realizarían con intensidad, para cubrir necesidades derivadas de la presencia de limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria. Para el cuidado a mujeres mayores en este estrato, se esperaría identificar a mujeres cuidadoras de edades más jóvenes, solteras o separadas, que adicional a los cuidados realizarían actividades remuneradas; se trataría de hijas de las mujeres mayores, residentes del mismo hogar; el tamaño de la red e intensidad serían similares a las de quienes brindan atención a hombres mayores, pero los cuidados se realizarían para cubrir necesidades derivadas de la presencia de limitaciones tanto en actividades básicas como instrumentales de la vida diaria.

En el estrato medio alto, por otra parte, se apreciaría la participación de mujeres y hombres en el cuidado a hombres mayores, en edades maduras, unidos, que adicional a los cuidados realizarían actividades remuneradas; estas personas serían esposas o hijos de los hombres cuidados, en el caso de las primeras también residentes del mismo hogar, pero no necesariamente para el caso de los segundos; los cuidados recaerían en una persona cuidadora, pero no se realizarían con intensidad, para cubrir sobre todos limitaciones en actividades instrumentales. Para el cuidado a mujeres mayores en este estrato, se esperaría observar características sociodemográficas, de parentesco, proximidad, tamaño de la red e intensidad similares a las de quienes brindan atención a hombres mayores; pero los cuidados se realizarían para cubrir necesidades derivadas de la presencia tanto de limitaciones en actividades básicas como instrumentales de la vida diaria.

### **Fuente de información y delimitación del universo de estudio**

La fuente de datos utilizada para este capítulo es la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2015. Como se observó en los capítulos anteriores, la ENASEM 2015 recupera información sociodemográfica de la persona adulta mayor, de su estado de salud, su acceso a servicios de salud e ingresos y de la red de apoyo con la que cuenta; la cual posibilita una mejor exploración de las condiciones en que envejece la población mexicana. Pero adicional a tales bondades, la ENASEM 2015 permite identificar un conjunto de características sociodemográficas de las personas con las que habita la persona mayor y de los hijos no corresidentes de 12 y más años, que contribuye de sobremanera para los fines de este capítulo.

Para delimitar la muestra en estudio se parte de lo reportado por las personas mayores, es decir, de su reconocimiento sobre quienes les brindan cuidados. En el cuestionario de 2015 se solicita “*Por favor dígame quién o quiénes son los que le ayudan más seguido con esas actividades*”, requerimiento ante el que se puede citar hasta un máximo de ocho personas que ayudan por la presencia de dificultades o limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria (caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el excusado) y un máximo de otras ocho que brindan ayudas en actividades instrumentales de la vida diaria (preparar comida, hacer compras, tomar medicamentos y manejar el dinero). Para ambos conjuntos de actividades la persona mayor

entrevistada puede citar a las mismas personas cuidadoras, dado que, por ejemplo, quien ayuda a darles de comer suele ser la misma que les preparó los alimentos.

De las personas cuidadoras que se citan, se le pregunta al entrevistado por el vínculo de parentesco que comparten (cónyuge, hijo(a), yerno/nuera, nieto(a), padre/madre, otro pariente, otra persona, persona pagada), el tiempo de ayuda que brindan (horas al día) y la periodicidad con que lo hacen (días al mes). Adicionalmente, quien hace la entrevista registra el código de identificación de la persona cuidadora, a partir del código que se le otorgó en la hoja de registro de miembros residentes con la persona mayor e hijos no residentes de 12 y más años, esto posibilita identificar las características sociodemográficas de quien cuida y su condición de residencia, pero presenta la limitante de no poder conocer las características de las personas remuneradas que no residen en el hogar de la persona mayor o de parientes no residentes que no son hijos, como por ejemplo de nueras que los cuidan pero que habitan en otro hogar.

Dado este escenario, en un inicio, se identificó al total de personas reconocidas como cuidadoras en la entrevista, que ascendió a un conjunto de 1,771 personas, de las cuales 17.8% son cónyuges, 62.3% hijos o hijas, 14.3% parientes, 2.1% no parientes y 3.5% personas remuneradas. No obstante, dado los objetivos del capítulo, se requería conocer no únicamente las características del cuidado que estas personas brindan sino también sus características sociodemográficas; por ello, se retiró del universo de estudio a aquellas personas de las que no se logró identificar el segundo conjunto de características, quedando un total de 1,520 personas, de las cuales 18.4% son cónyuges 69.1% hijos o hijas, 11.0% parientes, 0.8% no parientes y 0.7% personas remuneradas, siendo evidente que la mayor proporción de personas retiradas del análisis son no parientes y personas remuneradas.

### **Análisis exploratorio de los cuidados brindados a la población mayor con alguna limitación funcional**

En este apartado se lleva a cabo un análisis exploratorio de las características de las personas cuidadoras y de los cuidados que brindan, distinguiendo las diferencias que presentan en función del sexo y estrato social de la persona mayor a la que se atiende. Para este ejercicio se observan las

distribuciones porcentuales, por sexo y estrato social, de cada una de las características que dan cuenta sobre los roles comunes entre la persona cuidadora y la cuidada; los vínculos que comparten; su proximidad; la duración del compromiso que representa el cuidado; y el tamaño de la red con la que la persona mayor cuenta para su atención.

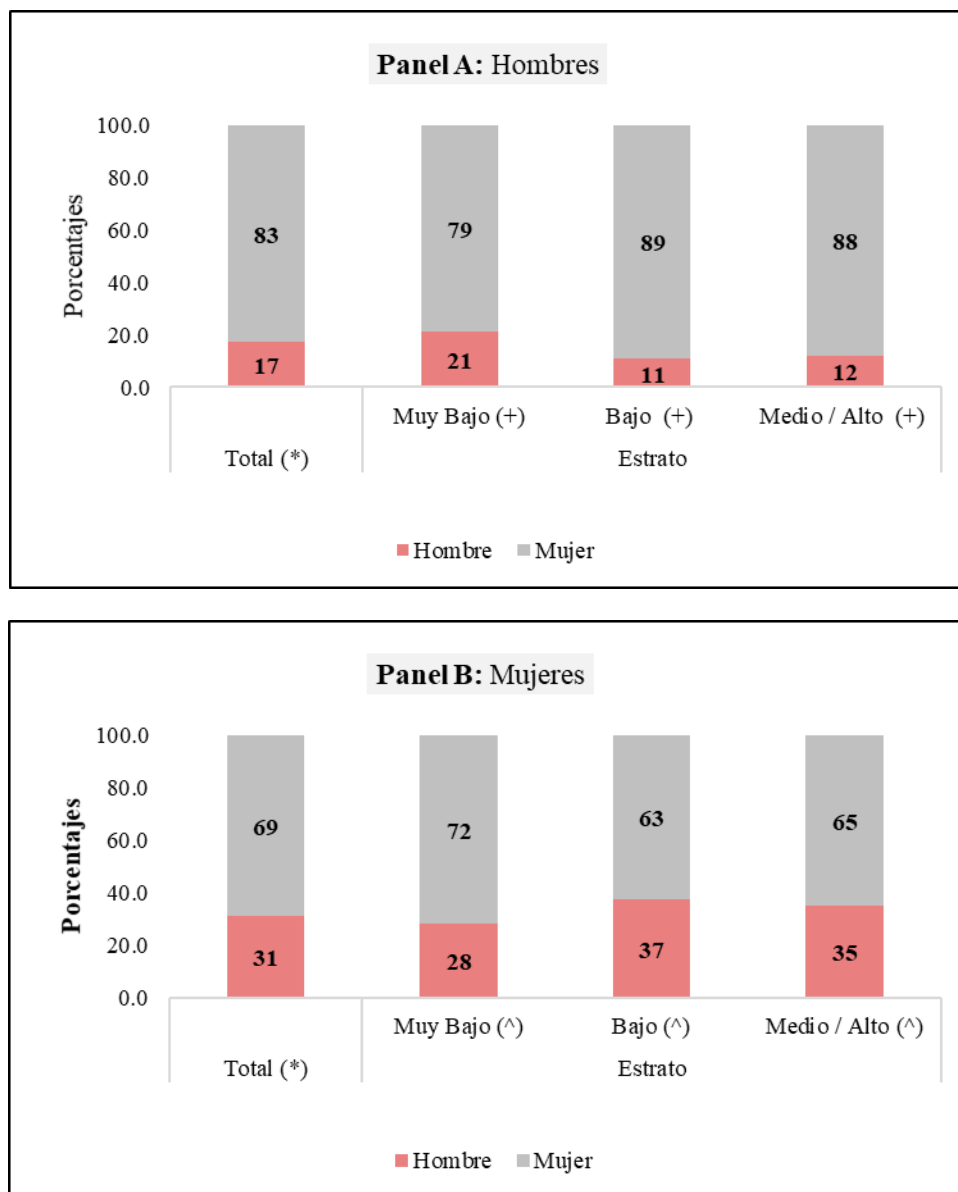
Al igual que en el capítulo anterior, se calcularon pruebas Chi-Cuadrada para este análisis descriptivo, a fin de determinar si existen diferencias significativas o no en las distribuciones de las variables revisadas. Primero se realizó la prueba para el total de hombres y de mujeres mayores que reciben cuidados, luego entre hombres mayores de distintos estratos sociales y posteriormente entre mujeres mayores distintos estratos sociales. Aquellas variables con resultados significativos en términos estadísticos se presentan en gráficas y los que presentaron resultados no significativos o poco informativos para efectos de los objetivos del capítulo, en cuadros. La lectura de los resultados trató de seguir el orden en que se llevaron a cabo las pruebas estadísticas.

#### *Características que dan cuenta de roles comunes entre cuidador y cuidados*

El sexo, edad, estado conyugal, y condición de actividad son las principales características que pueden dar cuenta de la existencia o no de roles comunes entre la persona que brinda cuidados y la que los recibe, así como de las ventajas y desventajas que estos representan en la procura de cuidados.

Como puede observarse en la Gráfica 5.1, el cuidado a personas mayores es una actividad feminizada, pues 83% de quienes cuidan a hombres mayores son mujeres y 69% para el caso de quienes cuidan a mujeres mayores. Sin embargo, llama la atención que hay una mayor participación de hombres en el cuidado de otros hombres en el estrato con condiciones económicas más precarias, dado que 21% de quienes cuidan a hombres mayores en el estrato muy bajo son hombres, en contraparte al 11% y 12% que representan en el estrato bajo y medio/alto, respectivamente. Y, de forma contraria, que la mayor participación de hombres en los cuidados a mujeres mayores se da a lugar en los estratos bajo y medio/alto, estratos en los que alcanzan a representar un 37% y 35%, respectivamente.

**Gráfica 5. 1 Distribución porcentual de la población que brinda cuidados por sexo, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados.**



Prueba Chi-cuadrada: (\*)  $p < 0.05$  entre total hombres y mujeres. (+)  $p < 0.05$  entre estratos hombres. (^)  $p < 0.05$  entre estratos mujeres

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

En el caso de los cuidados brindados a hombres mayores, los hallazgos serían contrarios a los esperados, pues la evidencia generada respecto a la participación de hombres en las tareas de cuidado sugiere que su participación incrementa en los estratos con mejores condiciones económicas (Rojas & Martínez, 2014). No obstante, puede que esto sea el reflejo de las

coincidencias en términos de la condición de género en los estratos de mayores carencias sociales, donde los hombres mayores prefieran ser apoyados para ciertas actividades por sus hijos varones; o también evidencia de las diferencias en los recursos que se requieren para cuidar un hombre mayor, por el esfuerzo que representa la tarea a realizar (por ejemplo, cargarlos de la cama a una silla de ruedas).

La distribución por grupo de edad de las personas cuidadoras permiten hacer un acercamiento a las coincidencias o no en términos generacionales con la persona cuidada. Al respecto, se ha argumentado que lo que se requiere es de la ayuda de personas físicamente fuertes, es decir, más jóvenes que la persona cuidada (Messerli *et al*, 1993); de personas que preferentemente hayan concluido o estén cerca a concluir la etapa de expansión de sus ciclos familiares, dada la carga que suponen las tareas de cuidado (Montes de Oca, 2004; López-Ortega, 2009).

En el Cuadro 5.1 se aprecia una distribución por grupos de edad de las personas que brindan cuidados a la población mayor. Los grupos de edad se definieron tomando en cuenta las etapas del ciclo individual y familiar de las personas, considerando a quienes estarían cuidando desde edades más tempranas (menores de 40 años), cuando todavía podrían tener demandas de atención de niños o menores de edad; a quienes estarían concluyendo o ya habrían concluido la fase de expansión de sus ciclos familiares (de 40 a 59 años); a quienes se encuentran en los primeros años de transición hacia la vejez (60 a 69 años); y a quienes se encuentran en edades más avanzadas (de 70 y más años) y por tanto susceptibles a recursos físicos más limitados para cubrir de las necesidades de cuidado de la población mayor.

En la distribución obtenida a partir de estos criterios se identifica que hombres y mujeres mayores reciben cuidados, principalmente, por parte de personas que han concluido la fase de expansión de sus familias, pues 41% de quienes brindan cuidado a hombres tiene de 40 a 59 años y de quienes atienden a las mujeres mayores, 57% se encuentra en ese grupo de edad. Pero un contraste interesante se aprecia al identificar el segundo grupo de mayor concentración, dado que se trata de personas de 60 a 69 años (23%) para el caso del cuidado a hombres mayores y del grupo de menores de 40 años (23%) para el caso de las mujeres en edad avanzada. Esto en parte sería un reflejo de las fuentes que proveen cuidados, que entre los hombres suelen ser las parejas y entre las mujeres los hijos, sobre todo las mujeres.

El estado conyugal es otra característica de la persona cuidadora contemplada. En investigaciones cualitativas ésta es reconocida como una característica importante al momento de seleccionar a una cuidadora, señalándose que suele ser la hija soltera o alguna vez unida, que en ocasiones retorna al hogar de origen para procura de cuidados a sus padres y a su vez recibe la protección y cobertura de sus necesidades económicas (Robles, 2001); y, por otra parte, que el cuidado brindado por los hijos no suele ser común, pero tiende a ser más probable cuando estos se encuentran unidos.

En el Cuadro 5.1 se observa la distribución por estado conyugal de las personas que cuidan a hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales. En ésta se consideró la condición de estar soltero(a), unido(a) o separado(a)/viudo(a), notándose que quienes proveen cuidados a hombres de edad avanzada se encuentran principalmente unidos (73%); y que una gran proporción de unidos (59%) cuidan de mujeres mayores, pero que también solteros (25%) y separados o viudos (17%) representan porcentajes significativos.

**Cuadro 5. 1 Distribución porcentual de la población que brinda cuidados por edad, estado conyugal y condición de actividad, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados.**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	Total	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	Total
<b>Edad *</b>								
Menos de 40 años	24.0	(19.2)	(16.4)	21.7	22.2	23.1	25.7	22.9
De 40 a 59 años	42.6	39.2	(37.3)	40.9	57.0	57.4	53.5	56.6
De 60 a 69 años	19.6	(25.0)	(31.3)	22.7	13.8	(9.9)	(13.2)	12.9
De 70 y más años	13.8	(16.7)	(14.9)	14.7	7.0	(9.5)	(7.6)	7.7
<b>Estado conyugal</b>								
Soltero (a)	17.8	(15.8)	(19.4)	17.5	23.4	26.9	29.2	25.0
Unido (a)	71.3	77.5	73.1	73.2	59.5	55.4	59.0	58.5
Separado(a)/Viudo(a)	10.9	(6.7)	(7.5)	9.3	17.1	17.8	(11.8)	16.5
<b>Condición actividad *^</b>								
No trabaja	59.3	59.2	59.7	59.3	51.9	44.6	33.3	47.7
Trabaja	40.7	40.8	40.3	40.7	48.1	55.4	66.7	52.3
<b>n</b>	275	120	67	462	672	242	144	1058

\* p<0.05 entre total hombres y mujeres

+ p<0.05 entre hombres

^ p<0.05 entre mujeres

( ) Porcentaje representa menos de 30 casos

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015



En cuanto a la condición de actividad se ha identificado en estudios previos que generalmente las personas cuidadoras son aquellas que no se encuentran desempeñando una actividad remunerada o en caso de estarlo, se desempeñan en actividades que son compatibles con sus responsabilidades de cuidado (Robles, 2001; Hernández, 2013; Galindo, García & Rivera, 2015).

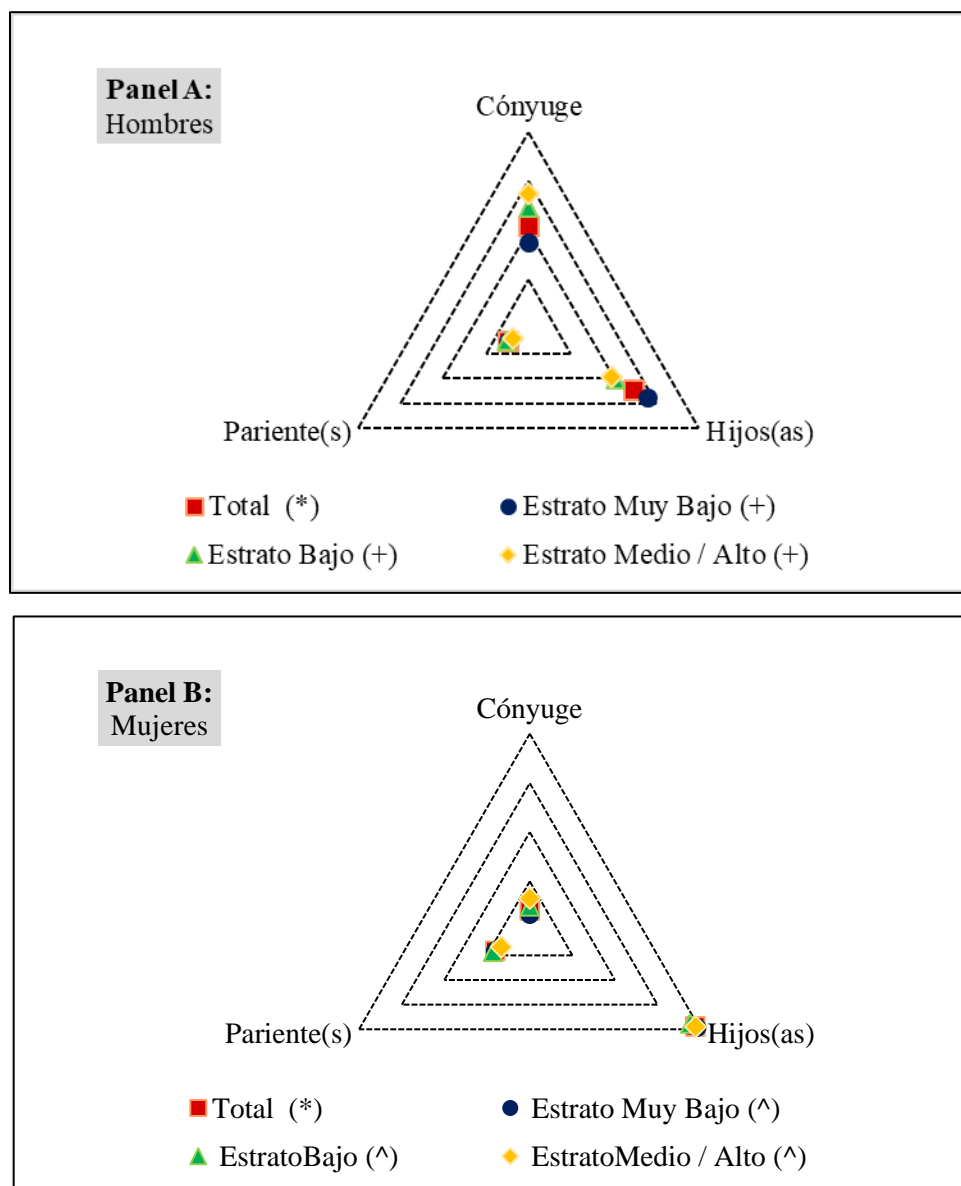
En el Cuadro 5.1 se identifica que quienes cuidan de hombres en la vejez tienden a no trabajar a la par del desempeño de sus labores de cuidados (59%), pero entre quienes atienden a las mujeres, sí hay un significativo porcentaje de personas que cuidan y trabajan (52%). Al revisar las distribuciones por estratos sociales, no se aprecian diferencias significativas entre quienes cuidan a hombres, pero entre quienes cuidan a mujeres se observa una mayor proporción de personas trabajando en el estrato medio/alto (67%) y en contraposición un mayor porcentaje de personas no trabajando en el estrato muy bajo (52%). Ello en parte se puede relacionar con las características de la población cuidada en los estratos con mayores ventajas, pues tal y como se identificó en el capítulo anterior, son personas que presentan menores limitaciones funcionales, lo que implica que quienes las cuidan no necesariamente vean afectadas sus posibilidades de estar insertas en actividades económicas.

#### *Vínculos entre persona cuidadora y cuidada*

Respecto al vínculo existente entre la persona mayor y su cuidadora, investigaciones cualitativas han identificado la preferencia de los hombres mayores a recibir cuidados por parte de sus parejas, dado que no desean ser una carga para sus descendientes y sobre todo porque consideran que la obligación principal de los hijos casados es su familia de procreación y, en segundo término, sus padres (Robles, 2001). Pero para el caso de las mujeres mayores se ha notado que las principales proveedoras de cuidados son las hijas (Montes de Oca, 2001).

En este trabajo, dado el mínimo porcentaje de no parientes y de personas remuneradas en la muestra de análisis (0.8% y 0.7%, respectivamente), se construyó una variable para distinguir entre quien funge como persona cuidadora siendo *cónyuge*, siendo *hijo o hija* de la persona mayor u *otro pariente*, adicionando a esta última categoría los 12 casos reportados como no parientes y 11 casos de personas remuneradas, que no representarían cambios sustantivos en términos estadísticos.

**Gráfica 5. 2 Vínculo con la persona cuidadora, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados**



Prueba Chi-cuadrada: (\*)  $p < 0.05$  entre total hombres y mujeres. (+)  $p < 0.05$  entre estratos hombres. (^)  $p < 0.05$  entre estratos mujeres

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

A partir de esta variable, en la Gráfica 5.2 se aprecia que los hombres mayores tienden a ser atendidos en primer lugar por sus parejas, en segundo lugar, por sus hijos y en tercero por otros parientes. Para las mujeres en cambio, sus hijos o hijas son las principales fuentes proveedoras de cuidados, seguidas de otros parientes y en último lugar por sus parejas. Sin embargo, al analizar

las distribuciones entre estratos sociales se evidencian diferencias significativas. Entre los hombres el orden seguido se invierte, siendo los hijos o hijas quienes se convierten en la principal fuente de cuidados, en contraste con los de estratos bajos y medio/alto, cuyos cuidados provistos por sus parejas siguen siendo los más importantes. Entre las mujeres las diferencias se aprecian en forma menos clara, pues los hijos continúan encabezando la atención de sus madres envejecidas; no obstante, ocurre un cambio en cuanto a la segunda fuente en la provisión de cuidados, notándose que ganan participación los cónyuges de las mujeres mayores, a diferencia de los estratos bajo y muy bajo en que continúa en segundo lugar el cuidado de otros parientes.

*Proximidad entre persona cuidadora y cuidada, duración del compromiso y tamaño de la red de cuidados*

Cuando las personas mayores ya no pueden o se les dificulta manejar el aseo personal o las actividades del hogar por su cuenta, se requiere simultáneamente de un compromiso a largo plazo y una proximidad continua entre persona cuidadora y cuidada (Messerli *et al*, 1993). Aunado a ello surgen las contradicciones entre las necesidades de las personas mayores y la disponibilidad de las personas para cuidar, lo que deriva en que el cuidado sea cada vez más intensivo y recaiga principalmente en una sola persona (Robles, 2007).

Ante tal panorama, en el Cuadro 5.2 se observa que la residencia en el mismo hogar que la persona cuidada es, en efecto, un rasgo característico entre quienes brindan cuidados a hombres y a mujeres mayores, distribución que incluso se mantiene al revisar las diferencias por estratos sociales (77% para el total de hombres y 64% para el total de mujeres).

La intensidad de los cuidados aquí considerada hace referencia a quienes prestan cuidados más de una vez a la semana, por más de cuatro horas diarias, dado que ello superaría media jornada laboral y daría cuenta de cuidados más demandantes. Al observar las distribuciones de la población que brinda los cuidados se identifica que, tanto en los otorgados a hombres como a mujeres mayores (62% y 67%, respectivamente), los cuidados no son intensivos en términos del tiempo y periodicidad con que se brindan.

**Cuadro 5. 2 Distribución porcentual de la población que brinda cuidados por condición de residencia, intensidad y tipo de cuidados y del tamaño de la red con la que cuentan para su atención, según estrato social y sexo de la persona que recibe cuidados.**

	Hombres				Mujeres			
	Estrato			Total	Estrato			Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto		Muy Bajo	Bajo	Medio / Alto	
<b>Condición de residencia</b>								
No correside	25.1	24.2	(13.4)	23.2	37.5	33.1	36.1	36.3
Correside	74.9	75.8	86.57	76.8	62.5	66.9	63.9	63.7
<b>Intensidad de cuidados</b>								
No intensivos	62.2	65.0	55.2	61.9	66.5	69.0	66.0	67.0
Intensivos	37.8	35.0	44.8	38.1	33.5	31.0	34.0	33.0
<b>Tipo de cuidados *^</b>								
AIVD	36.4	37.5	(31.3)	35.9	48.2	51.7	41.0	48.0
ABVD	41.1	41.7	(37.3)	40.7	31.0	28.1	43.8	32.0
Ambos	22.6	20.3	(31.3)	23.4	20.8	20.3	(15.3)	19.9
<b>Número de personas cuidadoras</b>								
1 persona	54.9	54.2	62.69	55.8	51.5	45.9	47.2	49.6
2 persona	26.2	32.5	(19.4)	26.8	30.8	38.4	29.9	32.4
3+ personas	18.9	(13.3)	(17.9)	17.3	17.7	15.7	22.92	18.0
<b>N</b>	275	120	67	462	672	242	144	1058

\* p<0.05 entre total hombres y mujeres  
p<0.05 entre mujeres

( ) Porcentaje representa menos de 30 casos

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

El tipo de actividades para las que se presta atención representa un acercamiento para analizar la duración del compromiso de las tareas de cuidado, dado que el cuidado otorgado para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria implican limitaciones distintas en términos de la autonomía e independencia en la vejez (Huenchuan, 2018); pero a su vez derivan en consecuencias distintas en la vida de la persona que cuida, en el esfuerzo requerido para las actividades a desempeñar e incluso de la continuidad en el tiempo. En el Cuadro 5.2 se exponen las distribuciones de las personas que cuidan por el tipo de actividad en la que contribuyen, evidenciando que el cuidado otorgado a hombres mayores es principalmente en actividades básicas de la vida diaria (41%) y en el caso de las mujeres en actividades instrumentales (48%). Esto en parte permitiría comprender la tendencia de quienes cuidan de mujeres mayores a trabajar, pues el

cuidar ayudando en actividades como la de preparar alimentos, gestionar el dinero, los medicamentos, puede dar cuenta de una frágil autonomía en la persona de edad avanzada, pero para quienes cuidan constituyen tareas más compatibles con el desempeño de otras actividades a la par.

Finalmente, el número de personas reportadas como cuidadoras da un indicio de la forma como se distribuyen las tareas de cuidado y de la red con la que cuenta la persona envejecida. En este caso se aprecia que la mitad de quienes cuidan a hombres y mujeres mayores son las únicas fuentes proveedoras de atención (56% y 50%, respectivamente), distribución que se mantiene incluso al interior de los estratos sociales. Ello concuerda con lo observado en los estudios cualitativos en que se ha identificado que por lo general el cuidado recae en una sola persona (Robles, 2007).

### **Patrones del cuidado brindado a personas mayores con limitaciones funcionales**

En este segundo apartado también se aplica la técnica de análisis de correspondencias múltiples, pero en esta ocasión, con el fin de identificar patrones diferenciados de quienes brindan cuidados, según el estrato social y sexo de la persona mayor que los recibe. Como previamente se expuso, en este análisis se consideran características que dan cuenta de los roles comunes entre cuidadores y cuidados (sexo, edad, estado conyugal, condición de actividad), de sus vínculos de parentesco o el carácter remunerado de la atención, de la proximidad (condición de residencia), duración del compromiso de cuidados (intensidad y tipo de actividad) y de la red con la que cuenta la persona mayor para su atención (número de personas cuidadoras). En el Cuadro 5.3 se presentan las nomenclaturas de las etiquetas para cada una de las variables consideradas en el análisis de correspondencias, las cuales se observan en los mapas de datos en que ilustran los patrones de cuidados.

**Cuadro 5. 3 Descripción de variables para identificar patrones en la población mayor que brinda cuidado**

	Variable	Etiquetas de categorías	Descripción
Persona cuidada	Sexo - Estrato	Hom_Emb	Hombre mayor en el estrato muy bajo
		Hom_Eb	Hombre mayor en el estrato bajo
		Hom_Ema	Hombre mayor en el estrato medio/alto
		Muj_Emb	Mujer mayor en el estrato muy bajo
		Muj_Eb	Mujer mayor en el estrato bajo
		Muj_Ema	Mujer mayor en el estrato medio/alto
Persona cuidadora	Sexo	Hombres Mujeres	Cuidador hombre Cuidadora mujer
	Grupo de edad	-40	Grupo de edad de menores de 40 años
		40-59	Grupo de edad de 40 a 59 años
		60-69	Grupo de edad de 60 a 69 años
		70+	Grupo de edad de 70 y más años
	Estado conyugal	Solt	Persona soltera
		Unid	Persona unida
		Sep/Viud	Persona viuda/separada
	Condición de actividad	NoTrab	No trabaja
		Trab	Trabaja
	Vínculo con persona cuidada	Conyu	Cónyuge
		Hij	Hijo o hija
		Paren	Otros parientes
Condición de residencia	NoRsdt	No residente	
	Rsdt	Residente	
Intensidad del cuidado	NoInts	No intensivos	
	Ints	Intensivos	
Tipo de actividad para la que cuida	ABVD	Para limitaciones en actividades básicas de la vida diaria	
	AIVD	Para limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria	
	Ambas	Para limitaciones en ambos tipos de actividades	
Tamaño de la red de cuidados	1C	Sólo una persona cuida	
	2C	Cuidan dos personas	
	3+	Cuidan tres o más personas	

Fuente: Elaboración propia.

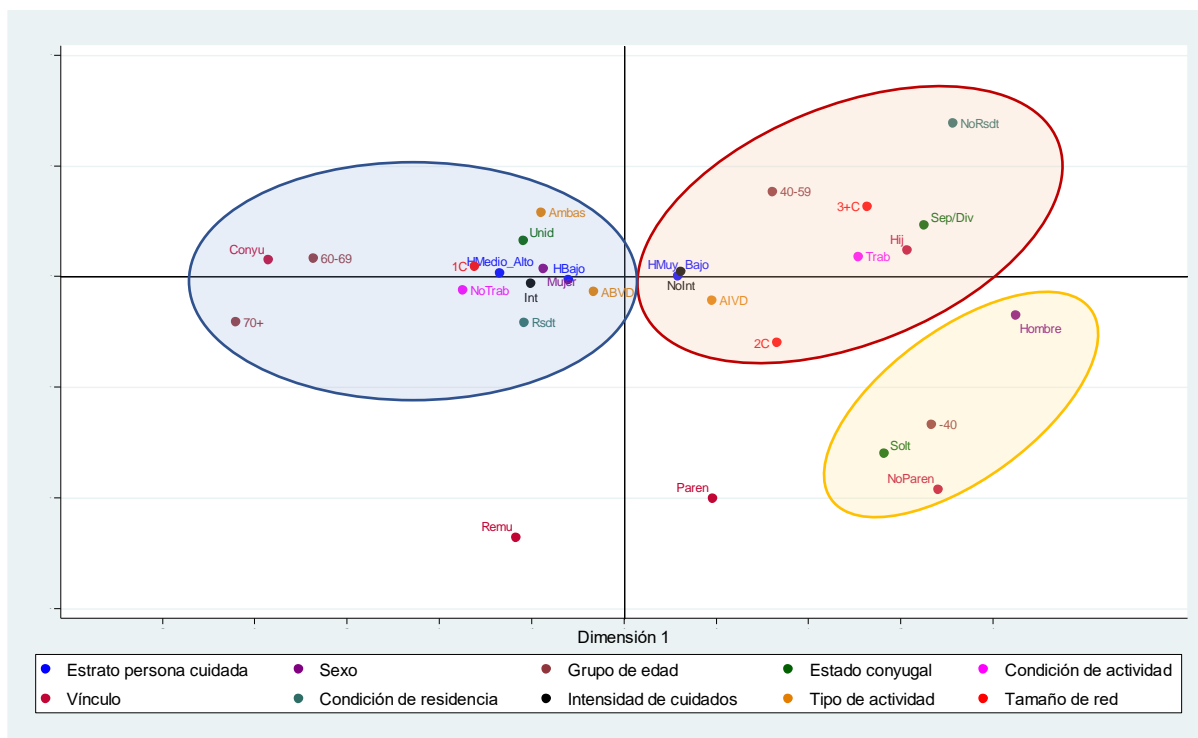
### *Patrones de cuidados brindados a hombres y mujeres mayores con alguna limitación funcional*

En las Gráficas 5.3 y 5.4 se observan mapas representados en el plano cartesiano, que presentan las proyecciones de las categorías de las variables ya citadas, para el caso de quienes cuidan a hombres y a mujeres mayores. A partir de éstos se puede dar un acercamiento para evidenciar si el grado de dependencia de las personas mayores sobre sus redes de apoyo corresponde con un panorama en el que quienes los cuidan cuentan con los elementos para responder a sus necesidades.

Entre quienes cuidan a hombres mayores con limitaciones funcionales (Gráfica 5.3) se puede distinguir una considerable dispersión entre las categorías de las variables analizadas, que decantan en la conformación de tres patrones de brindar cuidado. El primer patrón se encuentra entre los cuadrantes superior e inferior del lado derecho, en éste se puede identificar a quienes brindan cuidados a hombres mayores en el estrato muy bajo, que suelen tener entre 40 a 59 años, ser separadas o viudas, y que adicional al cuidado que ofrecen trabajan; estas personas son hijos o hijas del hombre mayor cuidado, que no residen en el mismo hogar, muy probablemente porque los cuidados que otorgan no son intensivos y son actividades instrumentales de la vida diaria como cocinar, hacer compras, dar los medicamentos; actividades que tienden a compartir con otras personas cuidadoras, pues se identificaron de dos a más personas en la red de cuidados. La intensidad y tipo de los cuidados brindados y el tamaño de la red son características que ayudan a comprender que está detrás de la posibilidad de realizar en forma conjunta actividades de cuidado y trabajos remunerado a la vez, aunque no se tiene la posibilidad de conocer en qué tipo de actividades económicas se insertan estas personas cuidadoras

En el extremo contrario, entre los cuadrantes superior e inferior del lado izquierdo se puede apreciar el segundo patrón de quienes brindan cuidados a hombres mayores de los estratos bajo y medio/alto, en este patrón se concentran las mujeres cuidadoras, de 60 y más años, unidas y que no trabajan en actividades remuneradas; se trata de las cónyuges del adulto mayor, quienes obviamente conviven en el mismo hogar y sobre las que tiende a recaer de forma exclusiva los trabajos de cuidado, brindados de forma intensiva para satisfacer las necesidades de atención de los hombres por la presencia de dificultades tanto para actividades básicas como instrumentales de la vida diaria. Aquí se encontrarían las mujeres que brindan cuidados precarizados, pues sumado a las necesidades propias de su edad, deben de velar de forma solitaria por la procura de cuidados de sus parejas.

**Gráfica 5.3 Patrones de personas que cuidan a hombres mayores con limitaciones**



Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2015.

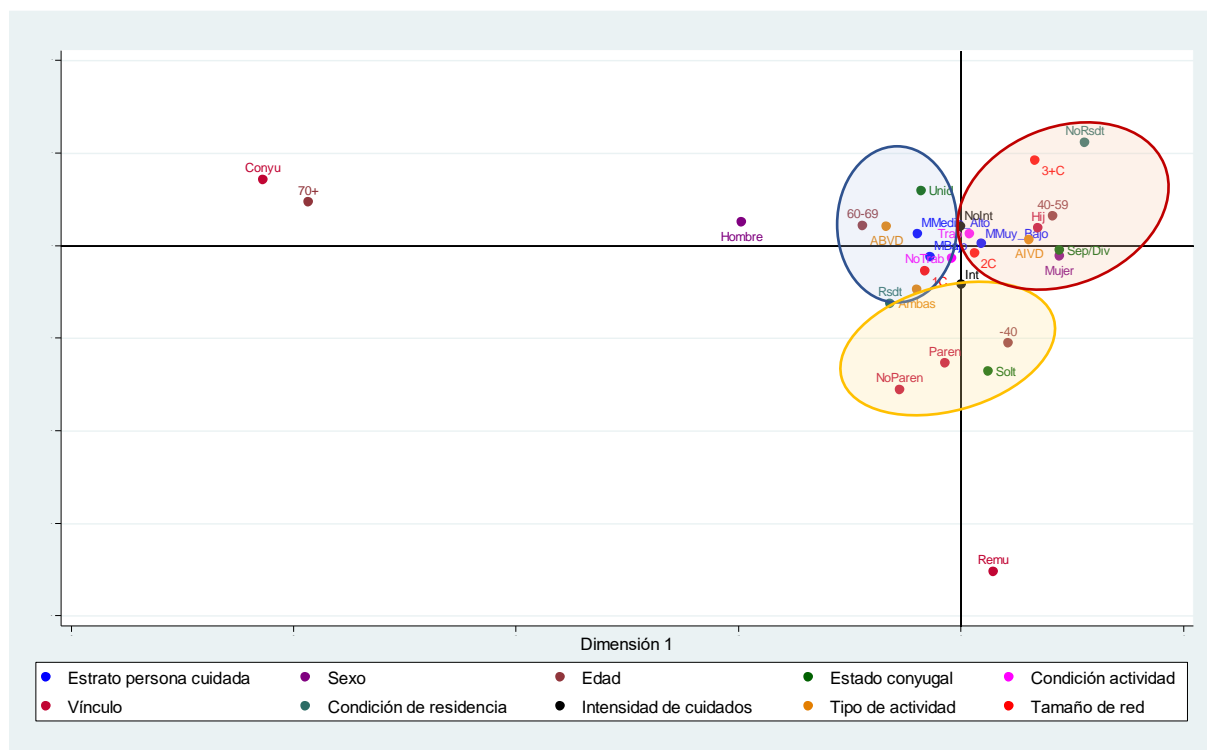
El tercer patrón se ubica en el cuadrante inferior del lado derecho. De este patrón se cuenta con poca información, sólo se puede apreciar que se trata de hombres cuidadores, de menos de 40 años y solteros, por el cuadrante en el que se encuentra se podría inferir que se trata de hombres cuidadores de hombres mayores en el estrato muy bajo, muy probablemente hijos, que al permanecer solteros y quedarse en los hogares de sus padres tienden a procurarles cuidados.

Entre quienes cuidan a mujeres mayores con limitaciones (Gráfica 5.4) se puede distinguir una menor dispersión entre las categorías de las variables analizadas, en comparación a la observada para el caso de los hombres, que sin embargo sugieren la conformación de tres patrones de personas cuidadoras. El primer patrón se ubica en el cuadrante superior derecho, en él se concentran quienes cuidan de mujeres mayores en el estrato muy bajo, que tienen entre 40 y 59 años, separadas o divorciadas; son principalmente hijas de las mujeres mayores, a quienes brindan cuidados en actividades instrumentales de la vida diaria, que no habitan en el mismo hogar que sus madres y comparten sus responsabilidades con al menos otras dos personas cuidadoras. Se trataría de



cuidados brindados a mujeres envejecidas con mayores carencias económicas, que ven compensada su desventaja con una red de cuidados más amplia.

**Gráfica 5.4 Patrones de personas que cuidan a mujeres mayores con limitaciones**



Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2015.

El segundo patrón se distingue en el cuadrante superior del lado izquierdo. En este se observa los rasgos de quienes cuidan a mujeres mayores en los estratos bajo y medio/alto, entre los 60 y 69 años, unidas, que viven en el mismo hogar que la mujer envejecida y que procuran cuidados en actividades básicas de la vida diaria; estas personas no se desempeñan en actividades remuneradas y sobre ellas recaen enteramente las responsabilidades de cuidado o en caso de compartirlas lo hacen con una sola persona. En este patrón se encuentra cercana la categoría hombres y un poco más lejana, pero en el mismo cuadrante, las categorías que hacen referencia a que la persona cuidadora es cónyuge de la cuidada y de 70 o más años, lo que sugiere que estos serían los rasgos que se asemejan a los brindados por los cónyuges de la mujer mayor. Ello permitiría señalar que la participación de los hombres en el cuidado de sus parejas mayores ocurre cuando ésta presenta una alta dependencia y en los contextos con condiciones económicas más favorecidas.

El tercer y último patrón de quienes brindan cuidados a mujeres mayores con limitaciones funcionales se ubica entre los cuadrantes inferiores. En este patrón se concentran los cuidadores que son parientes de la mujer mayor, personas menores de 40 años, solteras, que residen en el hogar que habita la mujer cuidada y que tienden a brindar cuidados para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en forma conjunta. Los parientes son una fuente de cuidados importante para las mujeres mayores, como se observó previamente su participación es mucho menor a la de las hijas, pero más común que la de las parejas. Esto permitió caracterizarlos e identificar sus rasgos principales, a diferencia del caso de los parientes que cuidan de hombres mayores.

## **Conclusiones del capítulo**

Arriagada (2017) refiere que el sistema de género imperante es una de las fuentes de la desigual distribución de poder, recursos, tiempo, trabajo remunerado y trabajo doméstico y de cuidado no remunerado entre hombres y mujeres. En el caso de las personas que cuidan de las personas mayores se apreció que en efecto, al igual que en los cuidados brindados a otras poblaciones, las principales cuidadoras son mujeres, quienes se considera cuentan con las habilidades para poder llevar a cabo las tareas de cuidado y en consecuencia a quienes socialmente se les ha delegado desempeñarlas (Ceballos, 2013).

En este capítulo se exploraron las características de quienes brindan cuidados a hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales y se identificaron patrones de personas cuidadoras, que contribuyen a visibilizar las condiciones en que se cubren las necesidades de cuidado de la población en edad avanzada, así como de la disponibilidad de recursos por parte de la población que los provee.

Para llevar a cabo estas tareas se retomaron los planteamientos de los modelos jerárquico-compensatorio y de tareas específicas, de Cantor (1979) y Litwak (1985), respectivamente. A partir de los postulados de estos marcos analíticos se consideran cinco dimensiones de estudio: la que da cuenta de los roles comunes entre quien brinda y recibe cuidados (en la que se revisan características sociodemográficas como el sexo, edad, estado conyugal y condición de actividad); la que permite identificar vínculos de parentesco o si se trata de un servicio de cuidados remunerados; la que contribuye a identificar la necesidad de proximidad para cubrir los requerimientos de atención (a partir de la condición de residencia); y las que refieren a la duración del compromiso de cuidado (intensidad y tipo de actividades que se cubren) y el tamaño de la red (número de personas reconocidas como cuidadoras) con la que se comparte las responsabilidades del mismo.

A partir de estas dimensiones se pudo notar que para el cuidado de hombres y mujeres mayores con limitaciones funcionales sí se sigue una jerarquía en cuanto a las principales fuentes de cuidado, con una clara diferencia de género, pues para los hombres mayores en general la principal fuente de cuidados son sus parejas, seguido de sus hijos, y sólo ante la ausencia de los dos primeros intervienen otros parientes; en cambio las mujeres mayores en general son en principio cuidadas

por sus hijas, en caso de no contar con alguna por otros parientes y en última instancia por sus parejas.

Este patrón jerárquico coincide con distintas investigaciones interesadas en dar cuenta de las diferencias de género en las fuentes de apoyo en la vejez. No obstante, al mirar al interior de los estratos, dos de los hallazgos más interesantes es la intervención de hijos hombres en la provisión de cuidados de sus padres en el estrato muy bajo; y para el caso de las mujeres envejecidas, la participación de sus parejas, también envejecidos, en la procura de cuidados, incluso en proporciones similares a la intervención de otros parientes.

Adicional a esto, los patrones de cuidados permitieron identificar que quienes cuidan de personas en edad avanzada presentan características con claras diferencias en términos del nivel socioeconómico de la persona cuidada, pero no necesariamente en cuanto al género. En forma específica los mayores contrastes se aprecian entre los cuidados brindados a personas en los estratos muy bajo y los estratos bajo y medio/alto. El cuidado brindado tanto a hombres como a mujeres mayores del estrato muy bajo suele ser otorgado por los hijos, quienes se encuentran en edades en que muy probablemente han concluido las fases de expansión de sus hogares y con menores posibilidades de tener niños pequeños que les demanden atención (de 40 a 59 años), solteros o separados; estas personas a la par de brindar cuidados trabajan y no suelen residir en el hogar de las personas mayores, pues brindan cuidados en actividades instrumentales de la vida diaria, actividades que no demandan la convivencia en el mismo espacio de forma imperativa, se proveen de forma no intensiva y compartidas con una o más personas.

Entre quienes proveen de cuidados a personas mayores de los estratos bajo y medio/alto se observan contrastes únicamente en el vínculo de parentesco que guardan y el sexo de quien cuida, pues los hombres mayores reciben atención principalmente de sus parejas mujeres, mientras las mujeres mayores presentan un panorama menos definido, recibiendo atención principalmente de otras mujeres, pero también de hombres, hijos, parientes e incluso de su cónyuge. Con el resto de características coinciden de forma significativa los patrones de cuidadores de hombres y mujeres mayores, recibiendo atención por parte de personas de 60 y más años, que no trabajan y con las que tienden a residir en el mismo hogar, atenciones prestadas de forma intensiva en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, cuya responsabilidad tiende a no ser compartidas con otras personas.

Estos resultados ponen en evidencia que, aunque las necesidades de las personas mayores pueden diferir por estrato social y género, no ocurre lo mismo entre quienes les proveen los cuidados, quedando la respuesta de estos últimos sujeta a los recursos de los que disponen y de las estrategias que emprenden para satisfacer las necesidades de las personas envejecidas.

Un ejemplo de esto se puede ilustrar al contrastar los resultados obtenidos en este capítulo con los del capítulo cuatro. En el capítulo anterior se observó que hombres y mujeres mayores del estrato muy bajo reciben cuidados ante un mayor número de limitaciones o de dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, por parte de uno o más personas que les brindan cuidados de forma intensiva; en contrapartida, en este capítulo, se observa que los cuidadores a personas mayores del estrato muy bajo suelen trabajar y brindar cuidados en actividades instrumentales de la vida diaria, de forma no intensiva y compartida.

Dichos comportamientos se deben entender a partir de las bondades de la técnica multivariable utilizada, la cual contribuye a agrupar características similares. En este sentido, se puede afirmar que en el estrato muy bajo hay una mayor concentración de personas en edad avanzada con necesidades de cuidados imperiosas, pero que contrariamente es menor la concentración de personas en estos estratos que pueden dar respuesta a tales necesidades, y en lugar de ello destaca el conjunto de personas que brindan atención a actividades menos demandantes que les permiten insertarse en actividades remuneradas.

Ante este escenario surgen dos aspectos a considerar, la importancia de la transición hacia niveles de mayor dependencia y las posibilidades de la población para dar respuesta. Es claro hasta ahora que las necesidades de cuidado en la edad avanzada se buscan atender, aun en los estratos sociales con condiciones materiales más precarias, desarrollando estrategias como la repartición de responsabilidades entre más miembros. No obstante, una interrogante pendiente, es cuál de estas condiciones (los cambios en el nivel de dependencia o las estrategias de organización familiar) surten mayor efecto para el acceso a cuidados en la edad avanzada, cuestionamiento que se tratará de responder en el próximo y último capítulo de este trabajo de investigación.



## **CAPÍTULO VI. FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y DINÁMICOS ASOCIADOS AL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES.**

### **Introducción**

La mayoría de las investigaciones sociodemográficas sobre los cuidados se concentran en identificar los distintos apoyos dirigidos a los mayores según el sexo de quien los brinda (Montes de Oca, 1999; Rabell y D'Aubeterre, 2009), en evidenciar las diferencias en la participación de hombres y mujeres en el cuidado de la población en edad avanzada (Rivero, 2011; Rodríguez & García, 2018) o en visibilizar el efecto que los cuidados por parte de hijas o hijos puede tener sobre las condiciones de salud de las personas mayores (Trujillo *et al*, 2012). Es decir, se han priorizado las reflexiones en torno a las características de quienes prestan los cuidados y en menor medida a los rasgos de quienes lo reciben.

Respecto a las características de las personas cuidadas, en la bibliografía se reconoce un conjunto de factores asociados al cuidado en la edad avanzada, el sexo, la edad, el estado conyugal, la presencia de limitaciones funcionales, la condición de residencia, los arreglos familiares, se encuentran entre los más citados. En este trabajo se añade un factor de particular importancia, el estrato social; pues la condición socioeconómica de la persona mayor y sus efectos sobre distintos eventos que experimenta son cada vez más analizados, pero con respecto al cuidado es muy poca la bibliografía generada y los aportes más representativos corresponden a análisis desde una perspectiva cualitativa.

A partir de la interacción entre el estrato social y sexo, se propone revisar los efectos de la presencia de limitaciones funcionales y de los arreglos familiares desde una perspectiva dinámica, construyendo variables sobre los cambios y permanencias que pueden observarse, entre 2012 y 2015. Así mismo, se inserta una variable que da cuenta de la condición de limitación y cuidados en el 2012, para controlar el efecto que tendría la presencia o no de cuidados previos.

Para ello se propone llevar a cabo un análisis estadístico de una muestra con representatividad nacional, en el que se busca someter a prueba los hallazgos alcanzados hasta ahora, teniendo en

consideración los matices que la desigualdad socioeconómica representa para el cuidado de este segmento de la población.

El capítulo consta de cuatro apartados. En el primero se plantea el marco analítico del que se parte y la lógica de las dimensiones de estudio. En el segundo, se describe las características de la fuente de estudio y la delimitación de la muestra para el análisis de una población seguida entre 2012 y 2015. En el tercero se presenta la metodología seguida para la construcción de las variables dinámicas; y en la cuarta se exponen los resultados de un modelo de regresión logística que permitirá identificar los efectos de los factores asociados al cuidado en la edad avanzada.

### **Dimensiones para el análisis de los factores asociados al cuidado en la edad avanzada.**

En un análisis llevado a cabo por Saad (2003), con base en la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se identificó que la probabilidad de recibir ayuda no difiere de manera importante entre hombres y mujeres mayores que declararon tener alguna dificultad funcional. No obstante, se debe tener en cuenta que la presencia de dificultades para realizar actividades de la vida diaria tiende a aumentar a medida que avanza la edad, pues el cuidado en la edad avanzada se asocia a una condición de dependencia que, por lo general, se presenta en distintos niveles y tiende a ser progresiva.

En un estudio reciente, Díaz-Venegas y Wong (2016) examinaron las trayectorias en las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria de la población mayor entre 2001 y 2012, identificando que la edad y el género son factores clave en el establecimiento de trayectorias de discapacidad; y que la discapacidad física es un proceso dinámico y en ocasiones reversible.

Tomando en cuenta el dinamismo de las trayectorias de las limitaciones en la edad avanzada, Sáenz y Wong (2016) evaluaron la asociación entre la condición socioeconómica y el inicio y progresión de las limitaciones funcionales en la población mayor mexicana, encontrando que quienes tienen un bajo nivel de escolaridad son más propensos a desarrollar limitaciones funcionales y a experimentar un mayor deterioro.

Estas dos investigaciones contribuyeron a identificar que las trayectorias hacia la dependencia en la edad avanzada son mediadas por la edad, género y condición socioeconómica de la persona; y



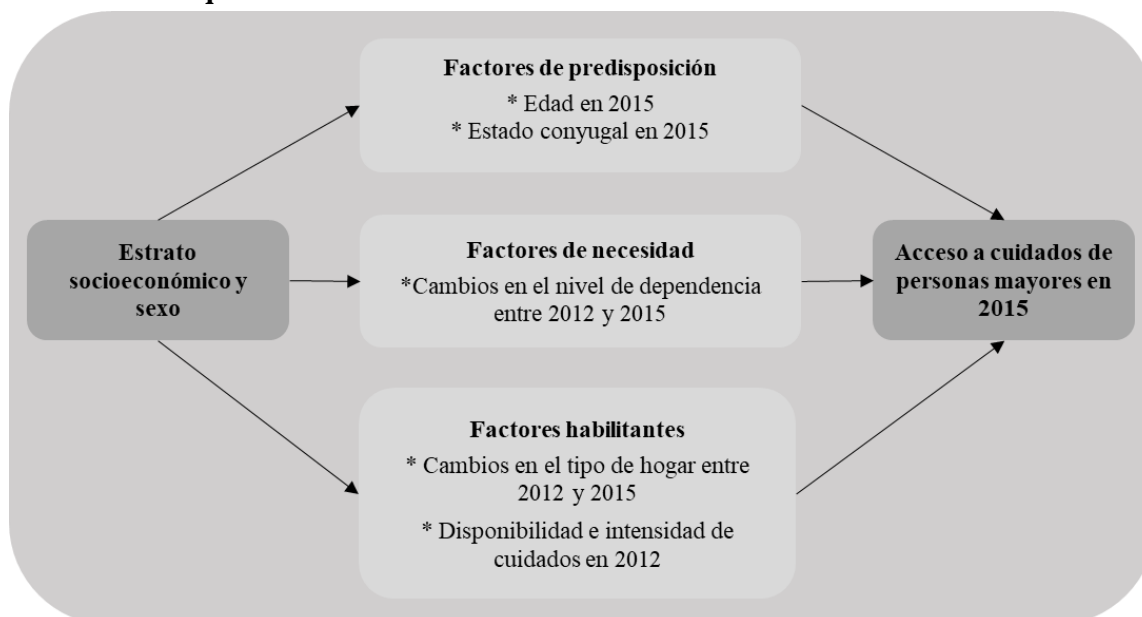
que en la vejez también se pueden dar a lugar situaciones reversibles, hacia menores niveles de dependencia, y situaciones progresivas, hacia condiciones más limitantes. Ello sustenta la relevancia de analizar la asociación entre cuidado y dependencia también desde una mirada dinámica, a fin de identificar el efecto que pueden tener las variaciones en el nivel de dependencia y la intensidad de los cuidados previamente recibidos sobre el acceso a cuidados a edades más avanzadas.

Pero otro factor de particular importancia es la disponibilidad de fuentes de cuidado, pues para cubrir las necesidades de atención en la edad avanzada se requiere que existan las condiciones mínimas para dar respuesta. En el estudio de la relación entre la composición de los hogares y el cuidado, también han surgido importantes consideraciones que permiten ilustrar la asociación entre los cambios en los arreglos residenciales y el acceso a cuidados en la edad avanzada. Robles (2020), en un análisis cualitativo de personas mayores cuidadas, evidenció que la cohabitación con la persona cuidadora es un factor importante para la recepción de atenciones, que por lo general implica la residencia en hogares extensos; adicionalmente, ejemplificó las diferencias en las acciones emprendidas por la familia ante distintos niveles de dependencia de la persona envejecida, argumentando que el cambio en el arreglo residencial se da a lugar cuando la persona mayor presenta un alto nivel de dependencia.

Ante estos planteamientos, y dados los hallazgos anteriores, en este capítulo se revisan nuevamente tres dimensiones asociadas al cuidado, la de factores de predisposición, de necesidad y habilitadores del cuidado; pero esta vez desde una mirada dinámica de los dos últimos, evaluando los efectos de cambios en el nivel de dependencia, cambios en los arreglos residenciales y la intensidad de los cuidados previos.

Con este ejercicio se propone dar respuesta a la interrogante sobre en qué medida los cambios en el nivel de dependencia, en la disponibilidad de miembros para cuidar y la presencia de cuidados previos afectan el acceso a cuidados de hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales; considerando como hipótesis que los factores asociados al cuidado presentarían efectos distintos por estrato social y sexo de la persona mayor, siguiendo lo ilustrado en el Esquema 6.1.

**Esquema 6.1 Factores asociados al acceso a cuidados en la edad avanzada**



Fuente: Elaboración propia a partir de planteamientos de Andersen y Newman (1973); van der Meer (1998) y Groenou *et al*, 2006.

En específico, para hombres y mujeres en el estrato muy bajo, el permanecer o cambiar hacia un nivel de dependencia leve tendería a representar una menor propensión a recibir cuidados en la edad avanzada y, contrariamente, el cambio hacia un nivel de dependencia grave implicaría un incremento significativo en la propensión a recibir cuidados; respecto a los cambios en el hogar de residencia se creería que permanecer o cambiar hacia hogares nucleares en el caso de los hombres y hacia hogares extensos en el caso de las mujeres representaría una mayor propensión a recibir cuidados frente a permanecer en un arreglo viviendo solo o sola; y sobre la recepción e intensidad de cuidados previos, se esperaría en ambos sexos una mayor propensión a recibir cuidados en el caso de aquellos que desde el primer año recibían cuidados más intensivos (diarios). Ello contribuiría a considerar que, a diferencia de otros tipos de apoyos, el cuidado tiende a mantenerse en el tiempo.

En el estrato bajo, el permanecer o cambiar hacia un nivel de dependencia leve también tendería a representar una menor propensión a recibir cuidados y el cambio hacia un nivel de dependencia grave implicaría un incremento significativo en la propensión a recibir cuidados para hombres y mujeres mayores; los cambios en el hogar de residencia podrían no tener efectos sobre la población

femenina, pero sí para la masculina; y sobre la recepción e intensidad de cuidados previos, también se esperaría una mayor propensión a recibir cuidados en el caso de aquellos que desde el primer año recibían cuidados más intensivos.

En los sectores medios altos, las transiciones experimentadas por las personas en edad avanzada quizá no tendrían efecto respecto al acceso a cuidados, pues en estos sectores las personas podrían contar con los medios para pagar por servicios de cuidado en el mercado y porque los fuertes lazos intergeneracionales y contratos sociales aún vigentes asegurarían el acceso al cuidado, aunque los hijos no coresidan, sobre todo porque éstos también habrían tenido acceso a mejores condiciones estructurales y en esa medida contarían con los medios para poder cubrir las necesidades de sus progenitores de forma directa o recurriendo a cuidados remunerados.

### **Fuente de información y delimitación del universo de estudio**

Como se ha señalado previamente la fuente de información para esta investigación es la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Esta es una encuesta que va siguiendo en el tiempo a la población que nació en 1951 o en años anteriores y que actualmente cuenta con cinco ondas o momentos en las que se ha recuperado información de la población objetivo 2001, 2003, 2012, 2015 y 2018.<sup>32</sup>

En el seguimiento se puede ir perdiendo muestra - por la población que decide ya no seguir en el estudio, la que no ha logrado ubicarse y la que fallece - motivo por el que en 2012 se insertó una nueva muestra de población nacida entre 1952 y 1962. La experiencia de la ENASEM ha permitido demostrar la alta factibilidad de seguir a una cohorte de individuos a lo largo del tiempo; no obstante, como ocurre en los estudios de panel, la atrición es una característica de particular interés, dada la posible pérdida no aleatoria de las personas en seguimiento (Orozco-Rocha et al, 2018).

Por tanto, cuando la variable dependiente de una investigación está muy relacionada con la pérdida en el panel, los resultados pueden ser sesgados por la selectividad adyacente a esta; es decir, se

---

<sup>32</sup> A la fecha en que se escribe este trabajo ya se ha recopilado la información de la onda 2018, pero los resultados aún no se encuentran disponibles para el público, motivo por el que la presente investigación sólo considera hasta el periodo 2015.

pueden producir estimaciones de una muestra relativamente privilegiada, que podrían afectar los hallazgos estimados con la variable de estudio (Orozco-Rocha et al, 2018).

En este sentido, para el presente análisis se revisó a la población seleccionada en seguimiento desde 2001 hasta 2015 (Cuadro 6.1). Se observó que poco menos de la mitad de la población (49.6%) contaba con información en las cuatro ondas de la encuesta: 2001; 2003; 2012 y 2015 y entre quienes se perdieron en el tiempo se identificó un importante segmento de población que recibía cuidados o que presentaba alguna limitación funcional desde 2001, siendo el fallecimiento el principal motivo de retiro del estudio<sup>33</sup>.

**Cuadro 6. 1 Condición de persona seleccionada entre 2001 y 2015**

Condición de persona seleccionada en el seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
Con información incompleta en 2001	94	1.0
Se perdieron entre 2001 y 2003	934	9.5
Se perdieron entre 2001 y 2003, se encontraron en 2012, pero se perdieron en 2015	32	0.3
Se perdieron entre 2001 y 2003, pero se les recuperó en 2015	24	0.2
Se perdieron entre 2001 y 2003, pero se les recuperó en 2012 y también en 2015	145	1.5
Se siguieron entre 2001 y 2003, pero se perdieron en 2012 y no se recuperaron en 2015	2563	26.1
Se siguieron entre 2001, 2003 y 2012, pero se perdieron en 2015	867	8.8
Se siguió entre 2001 y 2003, se les perdió en 2012, pero se recuperó en 2015	289	2.9
Se siguió entre 2001 y 2003, 2012 y 2015	4865	49.6
<b>Total</b>	<b>9813</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2001,2003, 2012 y 2015

Este panorama llevó a considerar dentro de la muestra analítica a la población en estudio seguida entre 2012 y 2015 únicamente, pues se cuenta con información desde 2012 del 92% de las 1,275 personas que reportaron recibir cuidados en 2015. Así, la muestra quedó conformada por un total de 6,099 personas, que en 2015 tenían 60 y más años y son seguidas desde 2012, de las cuales 1,175 reciben cuidados (Cuadro 6.2).

<sup>33</sup> En la ENASEM se entrevista a la *persona seleccionada*, que debe tener 50 o más años; y a la *pareja de la persona seleccionada* independientemente de la edad que tenga. Para efectos de esta investigación sólo se trabaja con el grupo de personas seleccionadas, y se revisa su permanencia a lo largo del estudio para definir la muestra analítica.

**Cuadro 6. 2 Condición de persona seleccionada entre 2012 y 2015**

Condición de persona seleccionada en el seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
1. Personas seguidas entre 2012 y 2015	8,080	100.0
Personas 60 y más años en 2015, con información completa	6,099	75.5
2. Personas de 60 y más años que en 2015 reportaron recibir cuidado	1,275	100.0
Personas con información desde 2012	1,175	92.2

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM 2012 y 2015

### Construcción de las variables dependiente, de control y de interés

#### *Variable dependiente*

En este estudio la variable dependiente es la condición de acceso a cuidados en 2015, la cual se generó luego de identificar si las personas mayores entrevistadas en 2012 y 2015 refirieron recibir algún tipo ayuda. Como se aprecia en la matriz de cambios en el cuidado (Cuadro 6.3), entre 2012 y 2015, 76.4% de la población en seguimiento no recibió cuidados; 7.9% recibió en los dos puntos en el tiempo; 11.4% no recibía cuidados en 2012, pero transitó a recibirlos en 2015; y 4.3% dejó de recibirlos para 2015.

**Cuadro 6. 3 Matriz de cambios en el acceso a cuidados**

Condición cuidados 2012	Condición de cuidados 2015		
	No Recibe	Recibe	Total
No recibe	76.4	11.4	87.8
Recibe	4.3	7.9	12.2
Total	80.7	19.3	100.0
<b>n</b>			6,099

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Así, se creó una variable dicotómica con valor de “0” en caso de no estar recibiendo cuidados en 2015 y con valor “1” cuando la persona entrevistada manifestó estar recibiendo cuidados en 2015, dado que el objetivo de este capítulo es el de identificar el efecto de los factores asociados al acceso a cuidado en 2015 y se considera a la disponibilidad e intensidad de cuidados previos como un factor habilitante de acceso a cuidados.

### *Variables de control*

Para este trabajo se retoman las variables sociodemográficas de la persona mayor reconocidas en la bibliografía sobre el tema: grupo de edad y estado conyugal. El grupo de edad permitiría reflejar las diferencias en cuanto a la predisposición de la persona mayor a recibir cuidados, por lo que se crea una variable que segmenta a la población en seguimiento en tres grupos de edad, a los que tienen entre de 60 y 69 años cumplidos se les asigna el valor de “1”; a los de 70 a 79 años el valor de “2” y a los de 80 y más años el valor de “3”. A partir de esta variable se controla el efecto de acceder al cuidado producto de una mayor edad.

El estado conyugal, por otra parte, constituiría un acercamiento para explorar el acceso a cuidados en la edad avanzada cuando se cuenta con la pareja. Esta variable se construye considerando tres categorías, la de los unidos con valor de “1”, la de los solteros o separados con valor de “2” y la de los viudos con valor de “3”. Con esto se controla el efecto de la disponibilidad o no de la pareja sobre la recepción de cuidados en la edad avanzada

### *Variables de interés*

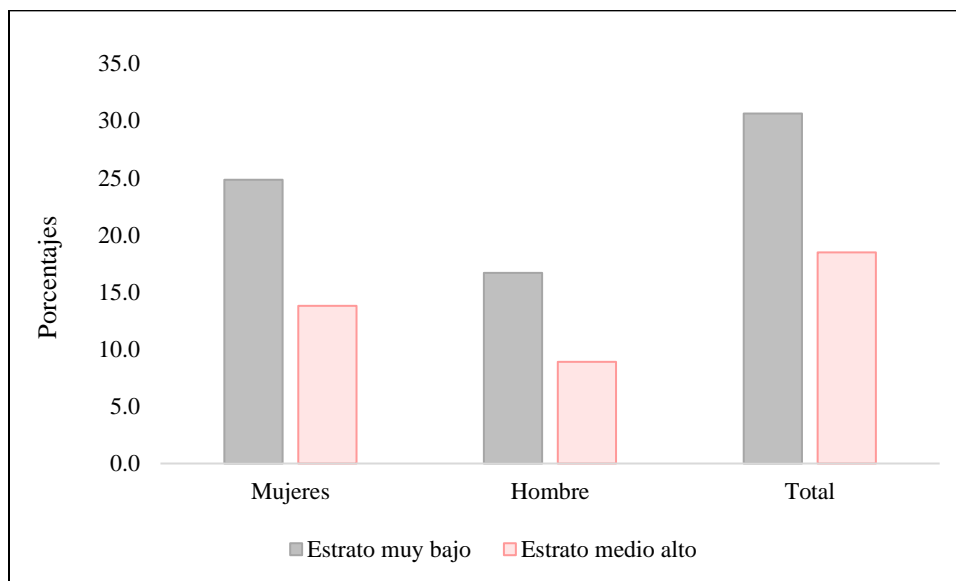
El sexo, como se notó en la revisión de antecedentes, es la variable empírica considerada para dar cuenta de los efectos de las desigualdades de género en el acceso a cuidados, motivo por el que se retoma en este estudio, como variable dicotómica con valor igual a “1” para el caso de las mujeres y valor igual a “0” para el caso de los hombres.

El estrato social es una condición a la fecha poco explorada en los análisis cuantitativos que revisan los factores asociados al cuidado en la edad avanzada. En el capítulo tres se explicó detalladamente el proceso seguido para la construcción de una variable que permitió segmentar a la población en estudio en función a sus características socioeconómicas y el capítulo cinco contribuyó a identificar que los contrastes más representativos entre la población cuidada se observan entre quienes se encuentran en el estrato muy bajo frente a quienes se encuentran en los estratos bajo y medio/alto.

Estos hallazgos se sustentan en la naturaleza de los cuidados captados por la encuesta, que son principalmente familiares. Dado este panorama, para este capítulo se construye una variable dicotómica en la que las personas en el estrato muy bajo toman el valor de “1” y las del estrato bajo

y medio alto se agrupan en una categoría con valor de “0”, categoría que en adelante se denomina “estrato medio alto”.

**Gráfica 6. 1 Distribución de la población mayor cuidada por sexo y estrato social**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2015

En la gráfica 6.1 se observa la distribución porcentual de la población de 60 y más años en seguimiento con acceso a cuidados por sexo y estrato social. Estos primeros datos sugieren que la población en edad avanzada con mayor acceso a cuidados se encuentra en el estrato con las condiciones económicas más precarias y son principalmente mujeres. No obstante, interesa conocer, en esta primera exploración, la distribución de la población mayor en función a los cambios que experimentaron en su nivel de dependencia.

Para medir los niveles de dependencia funcional se crea un índice modificado del Índice de Barthel (IB). Dado que la ENASEM recupera información sobre siete de las 10 actividades consideradas para la elaboración del IB y trata de captar el nivel de dependencia preguntando si se tiene alguna dificultad para llevar a cabo las actividades, considerando entre las respuestas las opciones “no puede” o “no lo hace”, se decidió seguir la metodología de puntuaciones en cada actividad

propuesta para el IB, pero tomando el conjunto de actividades básicas e instrumentales de la encuesta.<sup>34,35</sup>

Para ver los cambios que la persona mayor presenta en los niveles de dependencia funcional, se calcula el índice de dependencia en 2012 y en 2015 de la población en seguimiento de la ENASEM. A partir de estos índices se construye una variable que permite identificar permanencias y cambios en el nivel de dependencia entre un punto del tiempo y otro.

En el cuadro 6.4 se observa la matriz de cambios en los niveles de dependencia de la población mayor. En esta se aprecia que 90% de la población en seguimiento de 2012 a 2015 permaneció en el mismo nivel de dependencia en el que se encontraba al inicio del seguimiento, 87% en el nivel de dependiente leve, 2% en el de moderado y 0.5% en el de grave; en correspondencia, un 10% experimentó un cambio entre los dos puntos en el tiempo, siendo el cambio más significativo la transición del nivel leve de dependencia en 2012 hacia el moderado en 2015, que concentró 6.1% de la población de 60 y más años.

**Cuadro 6. 4 Matriz de cambios en niveles de dependencia de la población de 60 y más años en 2015, seguida desde 2012**

Nivel de dependencia 2012	Nivel de dependencia 2015			
	Leve	Moderada	Grave	Total
Leve	87.0	6.1	1.2	94.2
Moderada	1.7	1.9	1.0	4.6
Grave	0.3	0.3	0.5	1.2
Total	89.0	8.2	2.8	100.0
	n			6,099

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

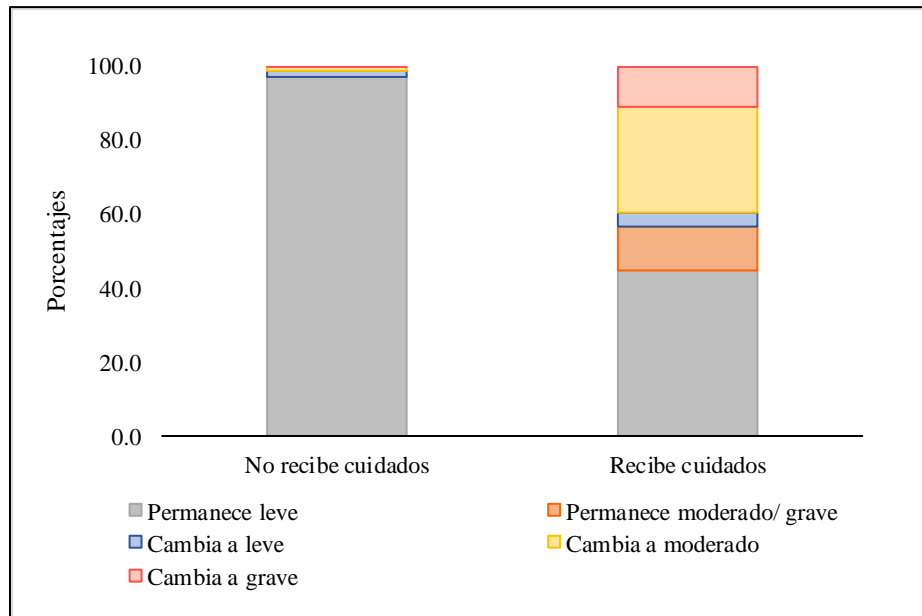
<sup>34</sup> La sección de funcionalidad y ayuda en las distintas rondas de la ENASEM recupera información sobre tres conjuntos de actividades. La primera, se ha denominado dificultad de actividades y en ella se interroga si la persona tiene dificultades, por un periodo de tres meses o más, para: caminar varias cuadras; correr o trotar un kilómetro; caminar una cuadra; estar sentado(a) por dos horas; levantarse de una silla después de haber estado sentado(a) durante un largo tiempo; subir varios pisos de escaleras sin descansar; subir un piso de escaleras sin descansar; inclinar su cuerpo, arrodillarse, agacharse o ponerse de cuclillas; subir o extender los brazos más arriba de los hombros; jalar o empujar objetos grandes como un sillón; levantar o transportar objetos más de 5 kilos; recoger una moneda de la mesa; y vestirse. La segunda, comprende un conjunto de actividades básicas: caminar; bañarse; comer; ir a la cama; y usar el excusado. Y la tercera, en que se agrupan actividades instrumentales de la vida diaria: preparar comida; hacer compras; tomar medicamento; y manejar dinero. Para la primera sección se tiene como opciones de respuesta: “sí”, “no”, “no puede”, “no lo hace”, “no responde”, “no sabe”; y en la segunda y tercera sección, además de estas opciones, se pregunta sobre el uso de equipos de apoyos, que también contribuye a identificar distintos niveles de limitación.

<sup>35</sup> Para revisar las puntuaciones en el índice de dependencia funcional ver Anexo 2.



Del contraste de los niveles de dependencia entre 2012 y 2015, se crea una variable con cinco categorías: *permanece en leve*, *permanece en moderada o grave*, *cambió a leve*, *cambió a moderada* y *cambió a grave*.

**Gráfica 6. 2 Distribución porcentual de la población en seguimiento por condición de dependencia funcional.**



Fuente Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Así, al revisar la distribución de la población total en seguimiento (Gráfica 6.2), se aprecia que quienes accedieron a ser cuidados en 2015 eran, principalmente, quienes se encontraban en un nivel de dependencia leve desde 2012 (45%); a este grupo le siguen quienes transitaron a una dependencia moderada en 2015 (29%); posteriormente quienes desde 2012 presentaban un nivel moderado o grave (11.7%) y aquellas personas que transitaron a un nivel grave en 2015 (11.2%); quedando en el grupo con menos acceso a cuidados la población que transitó a un nivel de dependencia leve en 2015 (3.8%). Este comportamiento sugiere que la continuidad en el requerimiento de cuidados puede tener un efecto significativo en las probabilidades acceder a éste, pues llama la atención que cerca de la mitad de las personas cuidadas presentan un nivel de dependencia leve desde el inicio del seguimiento.

La composición del hogar también se plantea desde una mirada dinámica. Por tanto, para construir una variable que permita identificar permanencias y cambios en los hogares, se crean variables

sobre los hogares en los que habitaba la población mayor en 2012 y 2015 y del contraste entre estos dos se genera una variable categórica sobre los cambios en los hogares.

En el cuadro 6.5 se observa la matriz de cambios en la composición de los hogares habitados por las personas mayores en seguimiento, en ésta se observa que 75% de la población permanece en el mismo tipo de hogar desde 2012, 10% viviendo solos, 14% en un hogar de pareja sola, 21% en uno nuclear con hijos y 30% en un hogar extenso. Del considerable 25% que cambió la composición de su hogar, el tránsito más común fue hacia un hogar extenso en 2015, en particular derivado de un hogar nuclear con hijos en 2012 (6.2%).

**Cuadro 6. 5 Matriz de cambios en la composición de hogares de la población de 60 y más años en 2015, seguida desde 2012**

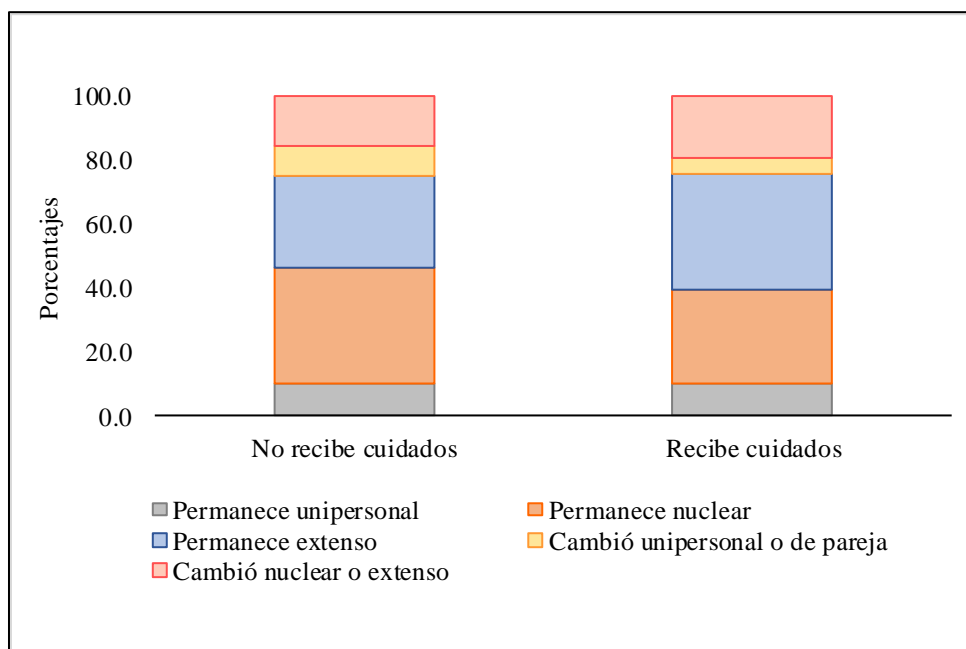
Tipo de hogar 2012	Tipo de hogar 2015				Total
	Unipersonal	Pareja sola	Nuclear con hijos	Extenso	
Unipersonal	10.0	0.4	1.1	2.1	13.7
Pareja sola	1.1	13.5	1.2	2.2	18.0
Nuclear con hijos	1.5	2.4	21.4	6.2	31.5
Extenso	1.5	1.8	3.4	30.1	36.8
Total	14.2	18.0	27.1	40.7	100
n					6,099

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Del contraste de la composición de los hogares entre 2012 y 2015, se creó una variable con cinco categorías: *permanece en hogar unipersonal*, *permanece en hogar nuclear* (de pareja sola o únicamente con hijos), *permanece en hogar extenso*, *cambió hacia un hogar unipersonal o de pareja sola*, *cambió hacia un hogar nuclear o extenso*.

Al revisar la distribución de esta variable (Gráfica 6.3), se observa que, de la población en seguimiento, aquellas personas mayores que accedieron a cuidados en 2015 permanecieron desde 2012 en hogares extensos (36%); luego se encuentra el grupo de los que permanecieron en hogares nucleares (29%); seguidos por los que transitaron hacia un hogar nuclear o extenso (19%); y en mucho menor proporción los grupos de personas mayores que permanecieron o transitaron hacia hogares unipersonales o de pareja (10% y 5%, respectivamente).

**Gráfica 6. 3 Distribución porcentual de la población en seguimiento por condición de hogar habitado**



Fuente Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

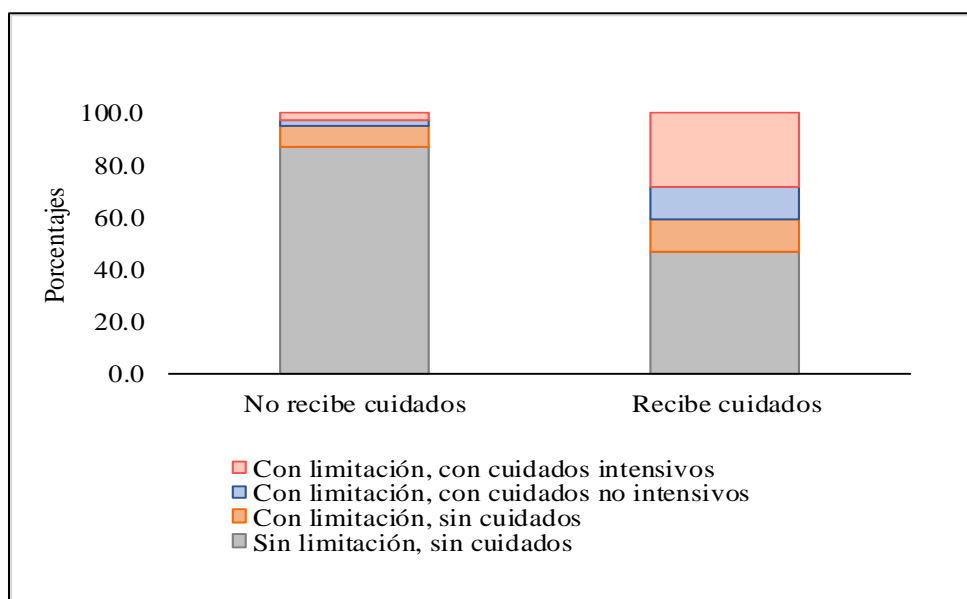
Estas distribuciones manifiestan que la procura del cuidado requiere de la coresidencia de la persona mayor con otros miembros, pues claramente se observa que una mínima proporción de personas cuidadas tiende a habitar en hogares unipersonales o de transitar a esta forma de arreglo.

Finalmente, resulta de particular interés el analizar, desde una perspectiva cuantitativa, la continuidad del cuidado en el tiempo, asociando a ello la presencia de limitaciones funcionales en la edad avanzada. Sin embargo, una limitación de la fuente de información utilizada es que no permite identificar si el cuidado siguió a través de las rondas de estudio, pues sólo se cuestiona al entrevistado sobre si en un periodo mayor a tres meses ha presentado alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria y en función a ello recibe apoyo por parte de alguien.

Dadas estas limitantes, una aproximación es considerar la condición de acceso a cuidados y su interacción con la presencia de limitaciones funcionales en 2012. Es decir, se construye una variable con cuatro categorías: *Sin limitación, sin cuidados*; *con limitación, sin cuidados*; *con limitación, con cuidados no intensivos*; *con limitación, con cuidados intensivos*.

En la gráfica 6.4 se observa la distribución de la población mayor seguida de 2012 a 2015, según su condición funcional y acceso a cuidados en 2012. En ésta gráfica se observa que la población que recibe cuidados en 2015, es principalmente aquella que en 2012 aun no presentaba limitaciones funcionales ni cuidados (47%); y en segundo lugar aquella que desde 2012 ya presentaba limitaciones y recibía cuidados intensivos (29%).

**Gráfica 6. 4 Distribución porcentual de la población en seguimiento por condición de limitación funcional y acceso a cuidados en 2012**



Fuente Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Estas distribuciones permiten considerar que los cuidados en la edad avanzada tienden a recibirse como respuesta a un cambio reciente en el nivel de dependencia o como producto de mayores limitaciones funcionales y la presencia previa de cuidados. Algo similar se encuentra en la investigación cualitativa de Robles (2007), quien señaló que los cuidados a ancianos con diabetes tienden a ser intensivos en un primer momento, cuando surge una crisis que deriva en el diagnóstico de la persona, posteriormente pueden disminuir en intensidad e incluso no ser percibidos, para volver a ser valorados en el momento en que se aprecia una mayor dependencia e intensidad de los cuidados.

## **El acceso a cuidados en la edad avanzada. Diferencias por condición social y género, ante cambios experimentados en la edad avanzada**

Los planteamientos teóricos y los resultados de investigaciones previas sugieren que las características sociodemográficas, el nivel de dependencia y características familiares son factores que influyen de forma importante en el cuidado de las personas mayores. Ahora, con la finalidad de identificar el efecto que tiene el acceso a distintas condiciones materiales de vida, se somete a prueba la interacción entre la variable estrato social y sexo.

Adicionalmente, dado que se cuenta con información de personas en seguimiento, se analiza el efecto del nivel de dependencia y de la composición de los hogares en forma dinámica y la presencia de cuidados previos. Con ello se tendría la oportunidad de observar la influencia de dos transiciones que puede experimentar la población mayor, cambios en sus niveles de dependencia y cambios respecto a la estructura de sus hogares; y un acercamiento para revisar la continuidad o no de los cuidados en la población mayor.

Para controlar el efecto de este conjunto de variables sobre el acceso a cuidados en la edad avanzada se llevaron a cabo cuatro modelos de regresión logística binomial, tratando de obtener el modelo con el mejor ajuste (Cuadro 6.4). Primero se insertaron las variables sexo y estrato social (Modelo 1); luego se anexaron el conjunto de variables sociodemográficas, cuyos efectos sobre los cuidados son más conocidos, edad y estado conyugal (Modelo 2); posteriormente se fueron agregando, en forma separada, las variables dinámicas y relativa a la condición de cuidados en 2012 (Modelos 3 y 4).

Los resultados del Modelo 4 presentan la mejor bondad de ajuste (menor divergencia entre los datos observados y esperados), así como coherencia en sus resultados. En cada una de las categorías de las variables independientes se observan las razones de momios, es decir, la probabilidad de que el evento ocurra (ser cuidado) dividida entre la probabilidad de que no ocurra (no ser cuidado). Una razón de momios menor a la unidad indicaría un efecto negativo (menor propensión) frente a la ocurrencia del evento y una razón mayor a la unidad señalaría un efecto positivo (mayor propensión). Las categorías de referencia son señaladas en el modelo (Cat. Ref.) y con asteriscos se indica la medida en que las diferencias entre ésta y las categorías de cada variable son o no significativas.

En tal sentido, los resultados del Modelo 4 indican que, teniendo en cuenta el efecto de las demás variables explicativas, las mujeres tienen una propensión mayor a la de los hombres a recibir cuidados en la edad avanzada. Los momios de acceso a cuidados para la población femenina serían 1.88 veces mayores a los de la masculina. Ello refuerza la idea de que la mayor proximidad a los hijos por parte de las mujeres, en cierta medida les asegura ser atendidas en periodos que pueden prolongarse en el tiempo.

En cuanto al estrato social, las estimaciones permiten notar una mayor propensión a recibir cuidados entre quienes se encuentran insertos en el estrato muy bajo frente a los del estrato medio/alto. Los momios de acceso a cuidados de personas con mayores ventajas socioeconómicas son 23% menores a las de aquellas con menores ventajas. Estos hallazgos contradicen lo esperado, ya que se creería que ante mejores condiciones económicas, se disponga de una red de apoyo más amplia y en consecuencia una mayor probabilidad a ser cuidado; pero debe tenerse en cuenta que estos resultados corresponden a cuidados principalmente otorgados por parte de algún familiar, pues como se pudo observar en los capítulos anteriores los cuidados captados por la encuesta, en su mayoría, son los brindados por la pareja e hijos entre los hombres y por los hijos y otros parientes entre las mujeres.

Respecto al grupo de edad, los hallazgos permiten identificar que la recepción de cuidado tiende a incrementarse conforme a las personas avanzan en la edad. Los momios de acceder a cuidado entre los 70 y 79 años son 2.2 veces mayores, y a los 80 años y más 3.6 veces mayores, frente a quienes tienen 60 a 69 años. Esto sugiere que a edades más avanzadas no sólo incrementa la presencia de mayores limitaciones, también crece la tendencia de las redes de apoyo a activarse para cubrir las necesidades de los mayores.

Aquellas personas solteras o divorciadas no presentan diferencias significativas frente a las unidas en cuanto a ser cuidadas, pero los momios de las personas viudas sí son significativos y 39% mayores a los de las personas unidas. Tal hallazgo apunta a que la pareja no necesariamente sea la principal fuente de cuidados entre la población mayor mexicana, pero se debe tener en cuenta dos cuestiones. La primera, que la mayor proporción de personas mayores son mujeres y para ellas, en efecto, la pareja no suele ser su principal fuente de cuidados. La segunda, que entre los hombres el cuidado otorgado por parte de sus parejas no logra ser captado correctamente por la encuesta; para

ellos el estar unidos sí constituye una importante fuente de cuidados, pero puede que no consideren como cuidado las acciones dirigidas a ellos cuando no presenten altos niveles de dependencia.

**Cuadro 6. 6 Razones de momios de la regresión logística binomial sobre recibir cuidados en 2015**

Variable	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sexo				
Hombre	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)
Mujer	2.22 *	1.97 *	2.21 *	1.88 *
Estrato				
Muy Bajo	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)
Medio/Alto	0.51 *	0.70 *	0.73 *	0.77 *
Grupo de edad				
60-69		(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)
70-79		2.41 *	2.19 *	2.16 *
80+		7.43 *	3.96 *	3.59 *
Estado conyugal				
Unido(a)		(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)
Soltero(a)/Separado(a)		1.10	1.07	1.21
Viudo(a)		1.29 *	1.27 *	1.39 *
Cambios nivel de dependencia				
Permanece leve			0.01 *	0.05 *
Permanece moderado/grave			(Cat. Ref.)	(Cat. Ref.)
Cambia leve			0.05 *	0.06 *
Cambia moderado			0.56	2.06
Cambia grave			3.45	9.09 *
Cambios en el tipo de hogar				
Permanece unipersonal				(Cat. Ref.)
Permanece nuclear				1.62 *
Permanece extenso				1.71 *
Cambia a unipersonal o pareja				1.13
Cambia a nuclear o extenso				1.66 *
Presencia limitación y cuidados 2012				
Sin limitación, sin cuidados				(Cat. Ref.)
Con limitación, sin cuidados				2.28 *
Con limitación, cuidados no intensivos				5.02 *
Con limitaciones, cuidados intensivos				6.24 *
n	6,099	6,099	6,099	6,099
AIC	5729.0	5179.5	3699.2	3512.8
BIC	5749.1	5226.5	3773.1	3633.7

\*p<0.05

Fuente: Estimaciones propias con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Ahora corresponde analizar qué puede decirse sobre los diferenciales en el acceso a cuidados ante cambios en el nivel de dependencia y la composición de los hogares que habitan las personas mayores, y sobre la continuidad de los cuidados entre dos puntos en el tiempo. Los cambios en el

nivel de dependencia constituyen una forma diferente de evaluar el efecto de la dependencia en la recepción de cuidados, al tener presente su naturaleza dinámica. Al respecto se pudo identificar que permanecer o cambiar hacia un nivel de dependencia leve tiende a representar una menor propensión a recibir cuidados en la edad avanzada frente a quienes permanecen en un nivel de dependencia moderado o grave; los momios de ser cuidados disminuirían en 95% y 94%, respectivamente, frente a la categoría de referencia; y en el cambio hacia un nivel de dependencia grave, los momios de recibir cuidados son 9 veces mayores que los que presentaron un nivel moderado o grave desde 2012. Esto hace evidente que el cambiar hacia un nivel de dependencia más complejo decanta en una mayor propensión a ser cuidado y puede ser un acercamiento para notar que las redes de apoyo reaccionan de forma más intensiva ante cambios relativamente recientes en los niveles de dependencia de la población mayor.

Los cambios en el tipo de hogar que habita la persona en edad avanzada es también una variable dinámica, que permite explorar los efectos en el acceso a cuidado producto del cambio de un tipo de hogar a otro o la permanencia en el arreglo entre 2012 y 2015. Al respecto se evidencia que permanecer en un hogar nuclear o extenso desde momentos previos a la necesidad de cuidado incrementa la propensión a recibirlos en un 62% y 71%, respectivamente, frente a quienes se encontraban viviendo solos y permanecen en este arreglo. De igual forma, aquellos que pasaron a habitar en un hogar nuclear o uno extenso presentaron una propensión 66% mayor a ser cuidados. Estos resultados apoyan la perspectiva de que la coresidencia es un factor importante para el cuidado de la persona mayor.

La condición de limitación y cuidados en 2012 permite un acercamiento a analizar la continuidad de los cuidados en la edad avanzada. Los resultados obtenidos permiten notar que presentar al menos una limitación funcional en 2012 y no haber recibido cuidados en 2012 representa una propensión 2.3 veces mayor a recibir cuidados en 2015, respecto a quienes no presentaron una limitación ni recibieron atención en 2012. Entre quienes recibieron cuidados no intensivos (cuidados no diarios) los momios serían 5 veces mayores y entre los que recibieron cuidados intensivos (cuidados diarios) los momios serían 6.2 veces mayores a los de la categoría de referencia. Ello comprobaría que, a diferencia de los apoyos, los cuidados en la edad avanzada sí son continuos y tienden a incrementarse en intensidad.



Posteriormente, dado el interés por identificar si la pertenencia a un estrato social y sexo en la edad avanzada, derivaría en modificaciones a los efectos de los factores asociados al cuidado, se estimaron interacciones entre los factores y el estrato social y sexo de la persona mayor, pero no se encontraron distribuciones significativamente distintas. No obstante, al evaluar las diferencias con respecto al grupo de edad, sí se notaron probabilidades de acceso a cuidados distintas entre hombres y mujeres, sobre todo entre el grupo de transición a la vejez (60-69 años) y el de edades más avanzadas (80 años y más).

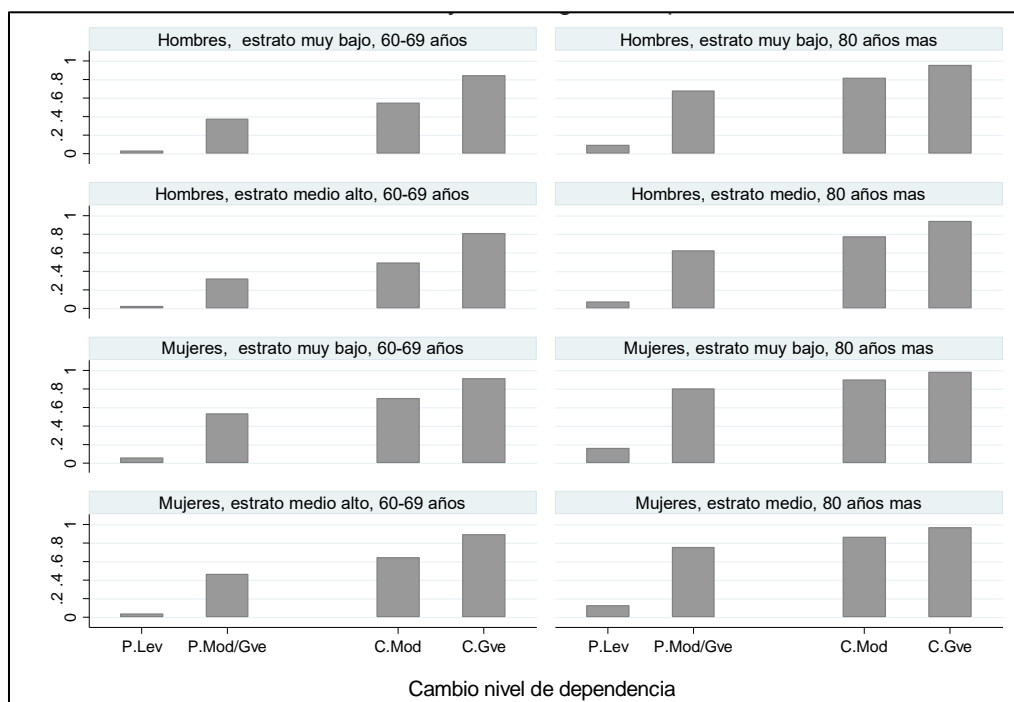
En la gráfica 6.5 se observan las probabilidades de acceso a cuidados de personas mayores que habitan en hogares unipersonales. En esta gráfica se observa que las probabilidades de acceder a cuidados incrementan cuando se experimenta un cambio hacia niveles de dependencia moderados o graves, incluso superiores a las de quienes desde 2012 ya se encontraban en estos niveles de dependencia. Pero adicional a este comportamiento, se puede identificar que para los hombres la permanencia en el tiempo en un nivel moderado o grave incrementa las probabilidades de ser cuidado al llegar a edades más avanzadas, en específico se aprecia que hombres entre 60 y 69 años tienen probabilidades menores al 40% a ser cuidados, mientras aquellos de 80 años y más, independientemente de su estrato social, presentan probabilidades de acceder a cuidados superiores al 60%. Para el caso de las mujeres el comportamiento es similar, pero siempre con probabilidades superiores a las de los hombres, pues ellas contarían con probabilidades superiores al 40% entre los 60 y 69 años y cercanas a un 80% de los 80 años en adelante.

Dado que esta población permaneció viviendo sola en el periodo de seguimiento, los resultados sugieren que el acceso a cuidados responde tanto a la necesidad de atención, como de que existan las condiciones para otorgar los cuidados. Quienes permanecen en un nivel de dependencia moderado o grave desde 2012, pueden tener los mismos requerimientos de atención de quienes transitaron a estos niveles en 2015, sólo que la continuidad en el tiempo de esta condición y la no coresidencia con quien provee los cuidados, pudo dar lugar a un agotamiento de la fuente de atención o al desarrollo de estrategias para que la persona mayor se haga cargo de sí misma, sin que ello necesariamente refleje la satisfacción de sus necesidades.

Así mismo, las diferencias por sexo y edad pueden estar manifestando la presencia de un punto de inflexión, en que el efecto de las demandas de cuidados de hombres y mujeres mayores, superan las limitantes que condicionan su otorgamiento, pues no es lo mismo enfrentar un nivel de

dependencia moderado o grave de los 60 a 69 años que de los 80 años en adelante. En esa medida se puede afirmar que cuando se cuenta con alguna fuente de atención, independientemente de las dificultades que se enfrenten, se incrementan las probabilidades a recibir cuidados para la persona adulta mayor de edades más avanzadas.

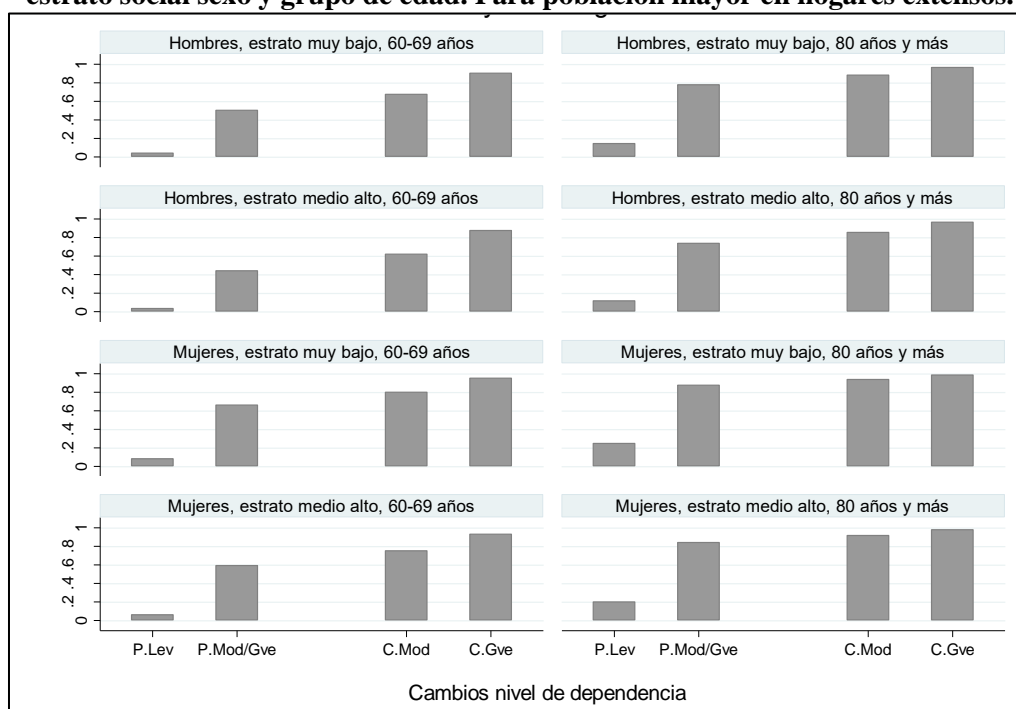
**Gráfica 6. 5 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares unipersonales.**



Fuente: Estimaciones propias con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Un escenario que fortalece lo señalado es el que se aprecia en la gráfica 6.6, en que se presentan las probabilidades de acceso a cuidados para la población que en los dos puntos del tiempo se encontraron viviendo en hogares extensos. En esta gráfica se observa que quienes transitaron hacia un nivel de dependencia moderado o grave en 2015 cuentan con altas probabilidades de recibir cuidados; pero también se nota que, en comparación a quienes viven en un hogar unipersonal, hay un incremento en las probabilidades al permanecer con un nivel de dependencia moderado o grave desde 2012, e incluso mayores probabilidades al presentar un nivel de dependencia leve.

**Gráfica 6. 6 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares extensos.**



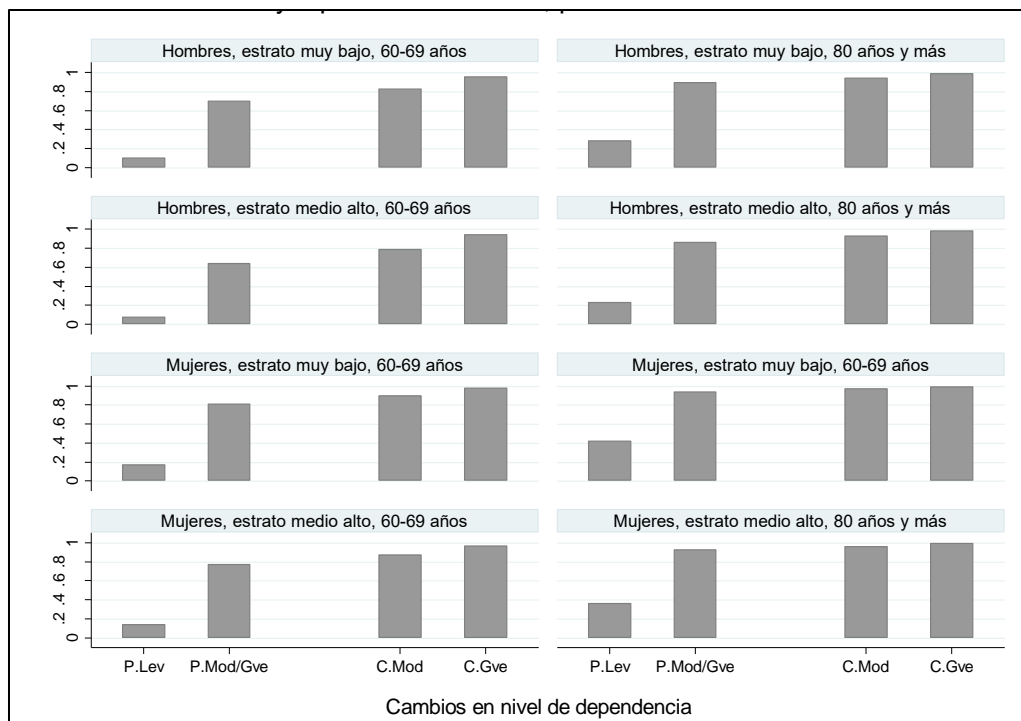
Fuente: Estimaciones propias con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Entre los hombres mayores que permanecieron en un nivel moderado o grave de dependencia, aquellos con 60 a 69 años presentan probabilidades de ser cuidados superiores al 40% y los de 80 y más años de una probabilidad cercana al 80%, y en este último grupo de edad, se cuenta con una probabilidad superior al 10% para aquellos que desde 2012 presentan un nivel de dependencia leve. Entre las mujeres que permanecieron con un nivel moderado o grave, las probabilidades de ser cuidadas de los 60 a 69 años son superiores al 60% y entre aquellas de 80 y más años superiores al 80%, siendo también en este último grupo de edad en el que se aprecia una probabilidad superior al 20% para las mujeres con un nivel de dependencia leve desde 2012.

Ante estos resultados, se puede señalar que la existencia de un factor que habilite la provisión de cuidados, como lo es la convivencia con un conjunto de personas, no solo tiende a facilitar el acceso a éstos, sino también su permanencia en el tiempo e incluso cuando las necesidades de atención son menos apremiantes. De ahí que, contrario a los que viven solos, quienes habitan en hogares extensos presenten probabilidades más altas de recibir cuidados.

Ahora bien, para poner atención sobre otro factor habilitante de los cuidados como es la existencia de un cuidado previo, se revisan las probabilidades de la población mayor que en ambos momentos en el tiempo vivió en hogares extensos y presentó alguna limitación funcional, según el acceso a éstos en 2012. En la gráfica 6.7 se observa a quienes ya presentaban una condición limitante, pero no recibieron cuidados en 2012, notando que tuvieron altas probabilidades de transitar a recibirlos en 2015. Entre los hombres mayores, por ejemplo, los de 60 a 69 años que permanecieron en un nivel moderado o grave de dependencia presentaron probabilidades de ser atendidos superiores al 60% y los de 80 y más años superiores al 80%; y entre las mujeres mayores, aquellas que permanecieron en un nivel moderado de 60 a 69 años presentaron probabilidades a ser cuidadas en 2015 superiores al 80% y de los 80 años en adelante superiores a 90%.

**Gráfica 6. 7 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares extensos que presentó limitaciones funcionales, pero no recibió cuidados en 2012**

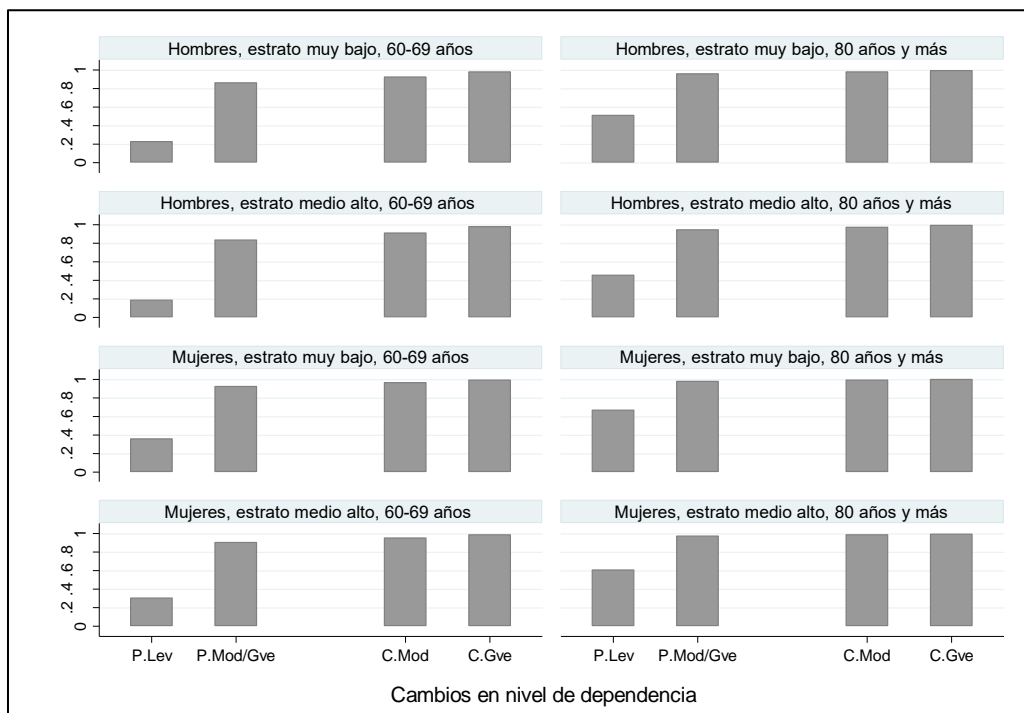


Fuente: Estimaciones propias con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Estas estimaciones permiten identificar en qué medida la disponibilidad de personas corresidentes y la existencia de una necesidad de atención previa, incrementaría las probabilidades de recibir cuidados en el futuro; pero al revisar estos hallazgos en contraste con los de la gráfica 6.8, una de

las diferencias más claras es el incremento en las probabilidades de recibir cuidado sobre todo al permanecer en los niveles de dependencia leve y recibir cuidados desde 2012. Para los hombres mayores de 60 a 69 años, la probabilidad fue cercana al 20% y a partir de los 80 años superiores al 40%. Para las mujeres, en cambio, se estimaron probabilidades de ser cuidadas cercanas al 40% y probabilidades superiores al 60% de los 80 a más años.

**Gráfica 6. 8 Probabilidades de recibir cuidados por condición de dependencia funcional, según estrato social sexo y grupo de edad. Para población mayor en hogares extensos que presentó limitaciones funcionales y recibió cuidados en 2012**



Fuente: Estimaciones propias con base en datos de ENASEM 2012 y 2015

Estos resultados brindan un acercamiento para analizar la continuidad de los cuidados en el tiempo y contribuyen a sustentar que la existencia de una necesidad en conjunto con la disponibilidad de fuentes de atención y de cuidados previos asegurarían en mayor medida el acceso a cuidado en la vejez. Así mismo, las diferencias respecto al sexo y la edad evidencian que existe cierto condicionamiento de género en la respuesta de los familiares a las necesidades crecientes de las personas mayores, condicionales que no necesariamente desaparecen, pero sí disminuyen a edades más avanzadas.

## Conclusiones del capítulo

Este ejercicio provee resultados que contribuyen al estudio de los factores asociados a recibir cuidados en la edad avanzada. A diferencia de trabajos previos, el análisis se concentra en revisar los factores asociados al conjunto de apoyos que la población mayor recibe como producto de la presencia de limitaciones funcionales, que les dificulta o impide realizar actividades básicas (caminar; bañarse; comer; ir a la cama; y usar el excusado) e instrumentales de la vida diaria (preparar comida; hacer compras; tomar medicamento; y manejar dinero).

Los hallazgos obtenidos provienen de una encuesta con representatividad nacional, lo que permitiría constatar los resultados de las investigaciones de corte cualitativo, así como los estudios llevados a cabo en determinadas ciudades del país; y, a partir de ello, poder hacer generalizaciones a nivel nacional. Pero a su vez, plantearía el reto de la cautela con la que deben ser interpretados, ya que como vimos en la revisión bibliográfica, el cuidado tiende a ser reconocido a mayores niveles de dependencia, aun cuando ya ocurra desde etapas previas; y a estar permeado por las desigualdades de género y socioeconómicas persistentes en la sociedad mexicana.

Teniendo ello presente, habría que comenzar por resaltar dos factores clave que en este análisis se observa inciden en el cuidado en la edad avanzada, dado que constituyen los ejes analíticos de esta investigación, el género y la condición socioeconómica. Las diferencias que representa la condición de género respecto al cuidado son aquí exploradas a partir de las diferencias por sexo, ya que el ser mujer u hombre representaría un cúmulo de desigualdades experimentadas a lo largo de la vida, en particular para este segmento de la población.

Las investigaciones previas sugieren que las mujeres se encuentran en una posición de mayor ventaja frente a los hombres para recibir todo tipo de apoyos en la vejez, ya que cuentan con una red de apoyo mejor establecida, producto de las relaciones estrechas que fueron formando con familiares y amistades (Guzmán *et al*, 2003; Montes de Oca, 2004; Fuller-Iglesias y Antonucci, 2016). En este estudio se identificó que las diferencias por género en el acceso cuidado disminuyen, pero no desaparecen, pues las mujeres presentaron una mayor propensión a ser cuidadas que los hombres durante la vejez. Ello lleva a sostener que las diferencias permanecen aun cuando el cuidado, en forma específica, se encuentra asociado a una condición de mayor dependencia y a una atención que puede prolongarse en el tiempo.

El otro eje analítico de esta investigación es la condición socioeconómica de la persona mayor, aquí explorada a partir de las diferencias por estrato social de la persona en edad avanzada. Las investigaciones previas sugieren que ante mayores carencias económicas las probabilidades de recibir apoyos son menores, dado que las redes sociales en estos contextos tienden a ser más pequeñas (Fuller-Iglesias y Antonucci, 2016). No obstante, en este trabajo se identifica que el acceso a cuidados tiende a ser mayor en los contextos más precarios, en comparación a los de más ventajas. En principio, la explicación a ello se asociaría al tipo de cuidados que logra ser captado por la encuesta ENASEM, pues se trata de cuidados principalmente familiares, prestados por la pareja de las personas mayores, por hijas u otros parientes; pero adicionalmente, se debe contemplar la dinámica en que operan las redes sociales en los estratos sociales, toda vez que es conocido que la operación de las redes de apoyo en los estratos sociales más vulnerables tiende a ser solidaria, activándose para el cuidado de ancianos a pesar de las limitadas condiciones materiales en que se vive.

Al analizar la asociación entre los factores dinámicos y el acceso a cuidados, sobre los cambios en el nivel de dependencia se pudo identificar que permanecer o cambiar hacia un nivel de dependencia leve tiende a representar una menor propensión a recibir cuidados en la edad avanzada y, contrariamente, que el cambio hacia un nivel de dependencia grave implicaría un incremento significativo en la propensión a recibir cuidados. Esto contribuye a sugerir que las redes de apoyo reaccionan de forma más intensiva ante cambios relativamente recientes en los niveles de dependencia de la población mayor.

Respecto a los cambios en la composición del hogar se identificó que permanecer o cambiar hacia hogares nucleares o extensos representarían una mayor propensión a recibir cuidados frente a permanecer en un arreglo viviendo solo; a diferencia del cambio hacia un hogar unipersonal o de pareja sola que no presentaron diferencias significativas. Estos hallazgos permiten sostener que la cohabitación con la persona cuidadora es un factor indiscutiblemente importante para la recepción de cuidados.

Y en cuanto la asociación entre la presencia de limitaciones y cuidados en 2012 y la recepción de cuidados en 2015 se pudo apreciar que quienes ya recibían cuidados desde 2012 tenían una mayor propensión a ser cuidados en 2015 y con mayor intensidad en el caso de aquellos que desde el primer año recibían cuidados más intensivos (diarios). Ello contribuye a considerar que, a

diferencia de otros tipos de apoyos, el cuidado tiende a mantenerse en el tiempo, aunque una limitante a este acercamiento es que sólo se cuenta con información en los dos puntos del tiempo y se desconoce lo que haya sucedido entre éstos.

Lo anterior da cuenta del efecto directo de cada uno de los factores estudiados sobre el acceso a cuidados en la edad avanzada, pero un planteamiento presente a lo largo de esta investigación son los cambios que ocurren en estos comportamientos como producto de la interacción entre sexo y estrato social. Al llevar a cabo este ejercicio no se encontraron efectos diferenciados derivados de estas variables sociodemográficas, pero sí de la interacción entre sexo y edad.

Una revisión sobre los efectos de los cambios en los niveles de dependencia de personas viviendo en hogares unipersonales y en hogares extensos permitió identificar que el acceso a cuidados se asocia tanto con la necesidad de atención como con la existencia de condiciones que habiliten los cuidados, relación que se ve permeada por el sexo y edad de la persona mayor que requiere los cuidados, pues a mayores edades las necesidades se vuelven más apremiantes y tienden a superar las limitantes que pueden estar condicionando el otorgamiento de cuidados, sobre todo en hogares en los que se cohabitan con otros miembros.

Así mismo, con base en el análisis sobre los efectos de los cambios en los niveles de dependencia y la presencia o no de cuidados previos, se pudo identificar que las probabilidades de acceso a cuidados incrementan ante la disponibilidad de fuentes de cuidado y la existencia de cuidados previos, sobre todo en las mujeres de edades más avanzadas, aun cuando sus niveles de dependencia no sean tan apremiantes.



## CONCLUSIONES GENERALES

En esta investigación se ha planteado como objetivo principal el analizar los efectos de la desigualdad socioeconómica y de género en el acceso a cuidados en la edad avanzada, y en específico en las condiciones en que se recibe ante la presencia de dificultades o limitaciones para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Para ello se desarrolló un análisis desde una mirada cuantitativa, a partir de la información generada por la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), una encuesta con representatividad nacional que permitió revisar un conjunto de características tanto para la población adulta mayor que recibe los cuidados, como para la que los otorga.

Los resultados empíricos se han presentado de forma separada al final de cada capítulo. Así que en estas reflexiones finales se exponen las interrogantes que fueron surgiendo a lo largo de este análisis. Las tres primeras siguen el orden conforme fueron surgiendo en los tres primeros capítulos, presentando las interrogantes que dan cuenta de los cuestionamientos teórico-conceptuales; de la revisión de antecedentes sobre el estudio de los cuidados; y en torno a la estratificación socioeconómica de la población mayor. Una cuarta se concentra en un cuestionamiento metodológico sobre quienes serían los sujetos de análisis y la quinta en dar respuesta a la interrogante general de este estudio, en función de los resultados presentados en los tres últimos capítulos de este trabajo.

Al emprender esta investigación surgió una primera pregunta *¿qué entender por cuidados en la edad avanzada?* Al llevar a cabo una revisión de los distintos marcos analíticos para el estudio del cuidado, se llegó al marco de la Economía del Cuidado, en que se reconocen dos componentes: el trabajo doméstico y el de cuidado de personas, como un conjunto de actividades que se encuentran en la base del funcionamiento y reproducción de la economía, pero que a la vez implican un costo, el cual es asumido principalmente por las familias y dentro de ellas por las mujeres (Picchio, 2003; Esquivel, 2013). Pero bajo este marco analítico se observó que no existía una definición clara de cuidado, que permitiera delimitar qué actividades comprende, notándose que actividades domésticas tienden a denominarse como cuidados indirectos o precondición del cuidado y aquellas actividades que implican la interacción cara a cara entre quien otorga y quien recibe atención en necesidades básicas, como cuidados directos.

Esta práctica se justifica porque ambas actividades – el trabajo doméstico y de cuidados – estarían finalmente encaminadas a proveer bienestar y a garantizar la subsistencia humana (García, 2019); y su denominación en conjunto las fortalece, pues el trabajo doméstico muchas veces se liga al mundo de lo servil, mientras el cuidado tiene una connotación que puede ser más fácil de reivindicar en términos positivos (Torns, 2008). No obstante, cuando los cuidados son dirigidos a personas mayores evoca circunstancias que no necesariamente se asocian con vivencias positivas, pues al margen de las satisfacciones que puede producir se trata del desempeño de un conjunto de actividades en que existe cierta condición de dependencia en la persona cuidada que, a diferencia de los cuidados otorgados a niños, presenta un carácter progresivo hacia condiciones cada vez más limitantes.

Por ello, más allá de interesar establecer una línea divisoria entre trabajo doméstico y de cuidados, en esta investigación se considera que el cuidado se otorga cuando existe una condición de limitación funcional en la persona adulta mayor. En consecuencia, se entiende por cuidados en la edad avanzada al conjunto de actividades básicas (caminar; bañarse; comer; ir a la cama; y usar el excusado) e instrumentales (preparar comida; hacer compras; tomar medicamento; y manejar dinero) de la vida diaria, en que las personas de 60 y más años reciben ayuda por presentar alguna limitación o dificultad para realizarlas por sí mismas.

Dado que estos cuidados ocurren por la existencia de cierta limitación funcional en la persona adulta mayor y se prevee que su demanda incrementará de forma sostenida en el tiempo, interesó conocer cuáles eran los factores que se asociaban con la posibilidad de acceder a ellos entre grupos sociales con oportunidades y niveles de vida distintos y conocer las condiciones en que se reciben estos cuidados. Así, una vez definido el fenómeno de estudio, surgió una segunda interrogante *¿por qué estudiarlo teniendo como ejes de análisis la desigualdad socioeconómica y de género?* En la sociodemografía mexicana es ampliamente reconocido el tradicional interés por analizar la desigualdad de oportunidades a las que tienen acceso diferentes grupos de la población, en función a los rasgos que los caracterizan y a la manera como satisfacen sus necesidades (García y Oliveira, 1994). Esta tradición se sustenta en la necesidad de dejar de ver a la población como un todo y comprender las múltiples formas por las que el género y la clase se vinculan entre sí, e incluso con otras formas de desigualdad, y de esta manera contribuir a crear una imagen más compleja y

acabada de los procesos de la desigualdad social, así como de sus efectos sobre un fenómeno en estudio (Ariza y Oliveira, 2000).

En las investigaciones sociodemográficas sobre la población adulta mayor mexicana, algunos de los temas en los que se aprecia la articulación de la desigualdad de género y condición socioeconómica son los que dan cuenta de sus condiciones de salud, de su acceso a servicios de atención en salud, la recepción de ingresos y la composición de los hogares que habita este segmento de la población, pero no se cuenta con información que permita dimensionar el efecto conjunto de las desigualdades socioeconómicas y de género en el acceso al cuidado y en las condiciones en que éste se recibe en la edad avanzada.

A la fecha, la información cuantitativa disponible ha permitido identificar que las mujeres mayores crean redes de apoyo sólidas y que gracias a ello reciben cuidados de forma prematura; a diferencia de los hombres cuyas redes de apoyo sólo se accionan a mayores niveles de dependencia (Montes de Oca, 2004) o ante la ocurrencia de eventos fortuitos que generen crisis (Garay *et al*, 2014). Pero se desconoce en qué medida esta tendencia se ve afectada por las condiciones socioeconómicas de hombres y mujeres mayores.

Desde la investigación cualitativa hay evidencias que contrastan, por un lado, se ha expuesto que hombres mayores en contextos menos favorecidos experimentan más problemas que las mujeres para ser cuidados, porque durante su vida activa tuvieron una relación distante con sus descendientes y no fueron vistos como buenos proveedores y en la edad avanzada carecen de activos con los cuales intercambiar por cuidados (Varley y Blasco, 2000); y, por otro lado, se ha identificado que hombres mayores son cuidados por sus parejas, y ante la ausencia de ellas o no disponibilidad son atendidos por sus hijas en su hogar o trasladados al hogar de quien los cuida (Robles, 2007; Robles, 2020). Aunque un aspecto en el que sí coinciden ambos estudios es que el cuidado a hombres y mujeres mayores, ante elevados niveles de dependencia, requiere de la coresidencia con quien los brinda y es más complejo adaptar a los hombres a un nuevo hogar.

Aunado a ello, hace falta conocer cómo las desigualdades de género y condición socioeconómica conllevan a configuraciones distintas de cuidados y generan modificaciones en factores cuya asociación con el acceso a cuidados ya son reconocidos, como la edad, las condiciones de salud y la disponibilidad de personas para cuidarlos. Así, ante este panorama de la evidencia empírica disponible, es que se justifica el por qué estudiar los cuidados teniendo como ejes de análisis la

desigualdad socioeconómica y de género, pues se requiere visibilizar que este fenómeno puede presentar rasgos distintos, que se necesitan considerar para crear estrategias de intervención pública más efectivas.

Ahora bien, una vez definido el fenómeno en estudio y expuestos los motivos que llevan a analizarlo desde la interacción de dos ejes de desigualdad, surge una tercera interrogante *¿cómo segmentar a la población adulta mayor para dar cuenta de sus desigualdades socioeconómicas?* Para dar respuesta a esta pregunta, primero se hizo una revisión de investigaciones interesadas en segmentar a la población en general en función a sus características socioeconómicas, para identificar las dimensiones consideradas y revisar la factibilidad de retomarlas para el segmento de la población en edad avanzada.

Luego se revisaron trabajos que se concentraron en segmentar a la población adulta mayor en específico, notando que esta es una población cuyas características socioeconómicas guardan relación, tanto con lo experimentado en etapas previas de la vida como en el presente. Entre la bibliografía revisada se identificaron tres indicadores para segmentar a la población mayor: ocupación, nivel de escolaridad y disponibilidad de bienes y servicios en el hogar.

Para la ocupación se consideró a la actividad principal realizada a lo largo de la vida o aquella que la persona reportó haber desempeñado por más tiempo, distinguiendo entre la población que se desempeñó en actividades agrícolas, no calificadas, no asalariadas y sin historial laboral, de aquella que trabajó en actividades calificadas, asalariadas y profesionales o técnicas. Con respecto al nivel de escolaridad se tomó en cuenta que la población mayor se enfrentó a otro contexto en cuanto al acceso a la educación y que la población sin escolaridad y primaria incompleta concentra a una gran proporción de personas en edad avanzada, siendo de la primaria completa en adelante cuando las personas pudieron acceder a mejores condiciones de vida. Y en cuanto a los bienes y servicios disponibles en el hogar se diferenció entre personas mayores en cuyos hogares cuentan con bienes durables considerados básicos (radio y televisión) y quienes contarían con otros bienes y servicios adicionales (refrigerador, lavadora, teléfono, agua caliente, internet y computadora), los cuales darían cuenta de la posibilidad de acceder a mayores niveles de consumo.

Con base a los puntos de corte de las tres dimensiones se asignaron valores dicotómicos, para construir un índice aditivo que permitió identificar los niveles de desventaja económica de las personas mayores, cuyos valores oscilaron entre cero y tres. Así, el estrato muy bajo, quedó

constituido por la población que alcanzó entre dos y tres puntos de desventaja; el estrato bajo, por la población con un punto de desventaja; y el estrato medio/alto por la población con ningún punto de desventaja.

Luego de segmentar al total de la población adulta mayor, una cuarta interrogante a resolver fue el cuestionamiento sobre *¿a quiénes se reconoce como sujetos de estudio y qué dimensiones se han de explorar?* En esta investigación se planteó que para dar un panorama completo de los cuidados a personas adultas mayores y del efecto de las desigualdades sociales es necesario explorar tanto las características de quienes reciben los cuidados como de quienes lo otorgan, y reconocer que sus efectos sobre el acceso a cuidados pueden cambiar conforme al tiempo, pues tanto el envejecimiento que experimenta la persona, como sus demandas de cuidados son procesos dinámicos.

En este entendido, en los tres capítulos con resultados empíricos se llevaron a cabo análisis con base a tres distintos sujetos de estudio, cuya característica en común es que fueron identificados a partir de lo reportado por la persona adulta mayor entrevistada en la ENASEM. En el primer universo se analizaron a las personas mayores de 60 y más años, que en 2015 presentaron alguna limitación funcional para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y reportaron ser cuidadas. Sobre esta población se exploraron tres dimensiones, las características que dan cuenta de la predisposición (edad y estado conyugal) y necesidades de cuidados (diagnóstico de enfermedad crónica, multimorbilidad, número y tipo de limitaciones funcionales) y la que permite conocer las condiciones que habilitan la recepción de cuidados (acceso a servicios de salud, a ingresos, tipo de hogar que habita, composición del hogar y de la red de cuidados con que cuenta)

El segundo universo se conformó por el conjunto de personas reconocidas como cuidadoras por la persona mayor que reportó estar siendo cuidada en 2015. Sobre las personas cuidadoras se exploraron cinco dimensiones, en las que se consideran características que dan cuenta de la existencia o no de estilos de vida en común entre quien cuida y recibe los cuidados (sexo, edad, estado conyugal y condición de actividad de cuidadora); del vínculo (parentesco, condición de remuneración) y proximidad residencial (condición de residencia) entre ambas personas; la duración del compromiso que representa el cuidado (intensidad de los cuidados y tipo de actividad); y del tamaño del grupo de apoyo de la que forma parte la persona cuidadora (número de personas que componen la red de cuidados). Ello con el objeto de identificar las condiciones en que se presta

cuidados y de explorar si las redes cuentan con los elementos para responder a las necesidades de atención de las personas adultas mayores.

Y el tercer universo de estudio se conformó por personas de 60 y más años en 2015, de quienes se cuenta con información desde la ronda 2012 de la ENASEM. Sobre este conjunto de personas se revisan nuevamente tres dimensiones asociadas al cuidado, los factores de predisposición, de necesidad y habilitadores del cuidado; pero esta vez desde una mirada dinámica de los dos últimos, evaluando los efectos de cambios en el nivel de dependencia, cambios en los arreglos residenciales y la intensidad de los cuidados previos en caso de ser otorgados. A partir de estas dimensiones se pudo identificar en qué medida los cambios en el nivel de dependencia, en la disponibilidad de miembros para cuidar y la presencia de cuidados previos afectan el acceso a cuidados de hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales.

Tras resolver los cuestionamientos que surgieron a lo largo de este estudio, una quinta y última interrogante corresponde a la pregunta que ha guiado esta investigación *¿en qué medida la interacción de las desigualdades de género y condición socioeconómica afecta el acceso a cuidados en la edad avanzada y la forma como se configuran los hogares para satisfacer las necesidades de atención de sus miembros mayores?* En términos generales, el principal hallazgo de este trabajo de investigación es que la articulación de estas dos formas de desigualdad deriva en patrones diferenciados de cuidados, pero no necesariamente condicionan el efecto de los factores asociados al cuidado, es decir, afectan la forma como se recibe cuidados en la edad avanzada, pero no su acceso a éste. Pero para tener una imagen más clara, a continuación, se presentan los resultados que sustentan tal afirmación

### **Condiciones en que hombres y mujeres de distintos estratos sociales reciben cuidados en la edad avanzada**

A inicios del presente siglo, tanto en América Latina como en México, comenzaron a incrementar investigaciones en torno a las crecientes demandas de las personas mayores. Dentro de los principales requerimientos de este segmento de la población se consideraron las necesidades de apoyo cognitivo, material, emocional e instrumental, estudiándolos en forma conjunta o separada e identificando las formas distintas en que personas adultas mayores recibían estos apoyos. Uno de los primeros hallazgos al respecto fueron las claras diferencias de género en cuanto al número, tipo

y calidad de las redes familiares y no familiares construidas, que sustentaron la mayor propensión de las mujeres, frente a los hombres, a recibir apoyos en la edad avanzada (Varley y Blasco, 2000; Guzmán *et al*, 2003; Montes de Oca, 2004). Pero también se notó que las diferencias de género en el acceso a apoyos se diluían cuando se presentaban limitaciones funcionales o condiciones de salud deficientes en la persona mayor (Saad, 2003; Montes de Oca, 2004).

Estos descubrimientos respaldaron la necesidad de estudiar en forma separada a los cuidados, como una forma de apoyo en particular, asociado a la existencia de una condición de dependencia en la persona de edad avanzada. En torno a este tema las investigaciones en la región coincidieron en señalar que era evidente el incremento de la presencia de limitaciones conforme aumenta la edad, sobre todo a partir de los 80 años (Montes de Oca y Hebrero, 2008; López-Ortega y Jiménez-Bolón, 2014) y que la necesidad de apoyos y cuidados se encontraban entre las principales razones para un cambio en el arreglo residencial o la permanencia de los hijos en el hogar familiar (Pérez y Brenes, 2006; Redondo, Garay y Montes de Oca, 2015). No obstante, estos resultados generales presentaron matices al considerar la condición socioeconómica de las personas mayores, pues se identificó que quienes no tenían limitaciones o presentaban como máximo dos limitaciones funcionales, se encontraban en hogares con menor número de personas, principalmente de estructuras nucleares y en viviendas con características más favorables en los materiales y servicios disponibles; mientras que quienes presentaron tres o más limitaciones habitaban en hogares más numerosos, de carácter extenso y en viviendas con condiciones menos favorables (Redondo *et al*, 2016); sugiriendo que el cuidado se recibiría en condiciones distintas ante el acceso a diferentes niveles de vida.

En este sentido, los hallazgos de esta investigación contribuyen a comprobar tal hipótesis, pues se observó que *hombres y mujeres mayores del estrato muy bajo reciben cuidados a edades más avanzadas, ante mayores necesidades de atención y con total dependencia de sus redes familiares*. En este estrato social reciben cuidados personas de 80 y más años, sin pareja, con tres o más limitaciones o con limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria, habitando en hogares extensos, pero recibiendo cuidados intensivos por parte de una sola persona cuidadora, con la que se guarda una relación de parentesco y recibiendo ingresos, principalmente por transferencias similares.

En contrapartida, *hombres y mujeres mayores del estrato medio/alto reciben cuidados a edades menos avanzadas, con necesidades de atención no tan apremiantes y con una menor dependencia de sus redes familiares*. En este estrato social los hombres reciben cuidados entre los 70 y 79 años con una o dos limitaciones funcionales, y las mujeres ante la presencia de alguna limitación para realizar actividades instrumentales de la vida diaria; ambos habitando en estructuras nucleares, recibiendo un ingreso por pensión y siendo cuidados de forma no intensiva, los hombres por parte de sus parejas y las mujeres por algún hijo o hija.

### **Condiciones en que se otorgan cuidados a hombres y mujeres mayores de distintos estratos sociales**

En los primeros análisis sobre el cuidado a personas en edad avanzada se identificó, tanto en análisis cuantitativos como cualitativos, que se trataba de una actividad feminizada, desempeñada por las esposas para el caso de los hombres mayores y por las hijas para el caso de las mujeres mayores (Montes de Oca, 1998 y 1999; Robles 2001 y 2007). Pero en estudios más recientes se ha notado una mayor participación de hombres, siendo el tiempo dedicado a cuidar en el que permanecerían las inequidades de género, pues los hombres dedican a esta actividad menos de la mitad del tiempo que dedican las mujeres (Rodríguez y García, 2014 y 2017).

Respecto a las condiciones en que se brindan los cuidados, se ha señalado que quienes cuidan tienden a ser personas entre los 35 y 59 años, unidas, que ya han concluido la fase de expansión familiar y que tienden a habitar en el mismo hogar o a una distancia caminable de la persona mayor a la que brindan atenciones (Montes de Oca, 1998 y 1999; Robles 2001; López-Ortega, 2009; Herrera y Fernandez, 2013). Pero a partir de análisis cualitativos se ha evidenciado que el cuidado puede llegar a requerir de una dedicación casi permanente, que obliga a las familias a reestructurar completamente sus actividades cotidianas (Nigenda *et al* 2007). En este entendido, se ha sustentado que hay una diferencia en el cuidado brindado según la duración del mismo y el estado de salud de la persona receptora, pues a menores niveles de dependencia el cuidado se prestaría en términos de una acción momentánea o específica y a mayor dependencia, como un proceso más duradero, que requeriría de la convivencia cotidiana (Pelcastre-Villafuerte *et al* 2011).

Ante esta evidencia disponible, los resultados de la presente investigación contribuyen a identificar los rasgos principales de quienes cuidan, pero teniendo en cuenta la condición de género y



socioeconómica de la persona a la que se otorga los cuidados. Así, se encontró que *quienes cuidan de hombres y mujeres mayores del estrato muy bajo tienden a ser hijas que ya han concluido la fase de expansión de sus hogares, pero que además del trabajo de cuidado realizan trabajos remunerados*. Estas mujeres cuidadoras tienen entre 40 y 59 años, son hijas separadas o divorciadas, que no suelen residir en el mismo hogar que la persona mayor y cuyos cuidados se comparten con otras personas y se otorgan de forma no intensiva para cubrir actividades instrumentales de la vida diaria. Adicionalmente, se aprecia una participación de hijos que cuidan de sus padres en este estrato social, pero sobre ellos sólo se identifica que son hombres menores de 40 años y solteros.

Estos hallazgos evidencian que las personas mayores del sector social menos favorecido cuentan con una red de cuidados más amplia, al disponer de un mayor número de cuidadores; pero a la vez, con una red que se encontraría limitada para cubrir necesidades derivadas de un mayor nivel de dependencia, pues quienes cuidan también trabajan y esta sobrecarga de trabajo le dificultaría brindar cuidados más intensivos.

Entre *quienes cuidan de hombres y mujeres mayores de los estratos bajo y medio/alto destacan las personas de 60 y más años, que no trabajan, pero cuyas responsabilidades de cuidar tienden a no ser compartidas*. Estas personas viven en el mismo hogar que la persona mayor, brindando cuidados de forma intensiva y ayudando en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Para el caso de los hombres mayores las personas cuidadoras suelen ser sus parejas; mientras que para las mujeres mayores tienden a ser sus hijos o parientes e incluso se aprecia la participación de sus cónyuges. Estos resultados reflejan la reducida red de cuidados con que cuentan hombres y mujeres mayores en los sectores bajo y medio/alto; pero también que tienen la ventaja de contar con cuidadores que no trabajan y pueden procurar cuidados más intensivos, en la medida en que sus posibilidades lo permitan dada la etapa de vida en que se encuentran.

### **Factores asociados al acceso a cuidados en la edad avanzada**

En esta investigación se identificaron efectos directos del sexo y estrato social de la persona mayor sobre su acceso a cuidados. A diferencia de lo encontrado en estudios previos (Saad, 2003; Montes de Oca, 2004) las mujeres sí tienen una mayor propensión a ser cuidadas que los hombres; y en afinidad con investigaciones europeas (Groenou *et al*, 2006; Saraceno, 2010; Bertogg y Strauss,

2020), al ser los cuidados provistos por las familias, el sector social menos favorecido presenta una mayor propensión a recibir cuidados que los sectores sociales con condiciones más favorables.

Pero adicional a estos hallazgos se planteó revisar los efectos de la existencia de una necesidad y de condiciones habilitantes para recibir cuidados desde una mirada dinámica, que permita identificar el acceso a cuidados ante cambios en el nivel de dependencia, cambios en el tipo de hogar que habita la persona mayor y la recepción de cuidados previos. Así, al llevar a cabo esto, se observó que el cambio hacia un nivel de dependencia grave, la permanencia o cambio hacia un hogar nuclear o extenso, y el haber presentado limitaciones en un periodo previo, independientemente de si se recibió o no cuidados, son factores asociados positivamente con el acceso a cuidados en la edad avanzada.

Por último, se identificó que la interacción de las desigualdades socioeconómicas y de género no modifican el efecto de los factores ya reconocidos; pero al evaluar las diferencias con respecto al grupo de edad, sí se notaron probabilidades de acceso a cuidados distintas, en específico entre el grupo de transición a la vejez (60-69 años) y el de edades más avanzadas (80 años y más). A partir ello se observó que el acceso a cuidados se asocia tanto con la necesidad de atención como con la existencia de condiciones que habiliten los cuidados; que las probabilidades de acceso a cuidados incrementan ante la disponibilidad de fuentes de cuidado y la existencia de cuidados previos, aun cuando los niveles de dependencia no sean tan apremiantes; y que estas asociaciones se ven permeadas por el sexo y edad de la persona mayor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, E., Picasso, F., y Perrotta, V. (2018). Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay.
- Aguila, E., Díaz, C., Manqing Fu, M., Kapteyn, A., y Pierson, A. (2011). Envejecer en México: Condiciones de vida y Salud. México: AARP / Centro Fox / Rand Corporation.
- Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., y Pratts, O.(2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 307–322.
- Albertini, M., y Pavolini, E. (2017). Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older Europeans. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(3), 510-521.
- Allan, G. (2001). Personal relationships in late modernity. *Personal Relationships*, 8(3), 325–339.
- Álvarez Mendiola, G. (1994). *Evolución del Sistema Educativo Mexicano*. México: Secretaría de Educación Pública y Organización de Estados Iberoamericanos.
- Andersen, R., y Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4).
- Aparicio, R. (2009). Generación de un índice socioeconómico de los hogares. En C. Rabell, *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*. (págs. 481-494). México: UNAM - Instituto de Investigaciones Sociales - El Colegio de México.
- Aranco, N., & Ibararán, P. (2020). Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: Antecedentes, características y resultados . Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Aranco, N., & Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe . Banco Interamericano de Desarrollo .
- Ariza, M., & Oliveira, O. (2009). Desigualdades sociales y relaciones intrafamiliares en el México del siglo XXI. En C. Rabell, *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica* (págs. 257-291). México: UNAM - Instituto de Investigaciones Sociales - El Colegio de México.
- Ariza, M., & Oliveira, O. d. (2000). Género, trabajo y familia: consideraciones teórico-metodológicas. En CONAPO, *La población de México: situación actual y desafíos a futuro* (págs. 202-227). México: CONAPO.
- Ariza, M., & Oliveira, O. (1999). Inequidades de género y clase. Algunas consideraciones analíticas. *Nueva Sociedad*(164), 70-81.

- Arriagada, I. (2017). Familias y hogares en América Latina. En J. Nájera, B. García, & E. Pacheco, Hogares y trabajadores en México en el Siglo XXI (págs. 25-70). Ciudad de México: El Colegio de México.
- Arriagada, I., & Todaro, R. (2012). Arriagada, Irma y Todaro, Rosalba. 2012. Cadenas globales de Cuidados. El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile. República Dominicana: ONU Mujeres.
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina Una mirada a las experiencias regionales . Serie Asuntos de género, N°124 / CEPAL.
- Batthyány, K. (2004). Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Montevideo: Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)/Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- Benería, L. (1979). Reproduction, production and the sexual division of labour. *Cambridge Journal of Economics*, 3(3), 203-225.
- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 856-870.
- Blomqvist, P. (2004). The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s. *Social Policy & Administration*, 38(2), 139-155.
- Boltvinik, J. (2004). Métodos de medición de la pobreza. Una tipología. Limitaciones de los métodos tradicionales y problemas de los combinados. En J. Boltvinik, & A. Damián , La pobreza en México y el Mundo. Realidades y desafíos (págs. 437-474). México: Siglo XXI.
- Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585–601.
- Bronfman, M., & Tuirán, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Memorias del Congreso latinoamericano de Población y Desarrollo*. México: UNAM - El Colegio de México - Programa de Investigación Social sobre Población en América Latina.
- Bronfman, M., López, E., & Tuirán, R. (1986). Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: La experiencia reciente. *Estudios demográficos y urbanos*, 1(2), 165-203.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M. L., Medellín, N., & Stampini, M. (2019). Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. . Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System. *Research on Aging*, 1, 434-63.
- Carrasquer, P., Torns, T., Gil, E. T., & Díaz, A. R. (1998). El trabajo reproductivo. *Revista de sociología*(55), 95-114.
- Casado, D., & López, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación La Caixa.

- CEPAL. (2014). *Panorama Social de América Latina 2014*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cerrutti, M., & Binstock, G. (2011). Cambios en las familias latinoamericanas y demandas para la acción pública. En M. N. Rico, & C. Maldonado, *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas* (págs. 43-52). Santiago de Chile: Serie Seminarios y Conferencias 61 Naciones Unidas.
- Cheix Diéguez, M. C., Herrera Ponce, M. S., Fernández Lorca, M. B., & Barros Lezaeta, C. (2015). Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. *América Latina Hoy*, 17-36.
- Comas d'Armegir, D. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas / CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2000). *Panorama Social de América Latina 1999-2000*, . Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CONAPO, & AMAFORE. (2016). *Vejez y pensiones en México*.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza*. Ciudad de México: Coneval.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?* Ciudad de México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2018). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2017). *Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en México*. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C.
- Crivisqui, E., & Fine, J. (1994). *Introducción al análisis de datos multidimensionales*. PRESTA-94.
- Crompton, R. (1998). *Class and Stratification. An introduction to current debates*. Reino Unido: Polity Press.
- Daatland, S. O., & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2(3), 174-182.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Damián, A. (2014). *El tiempo, la dimensión olvidada en los estudios de pobreza y bienestar*. . Ciudad de México: El Colegio de México, A.C.
- De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. *Debates en Sociología*(18), 145-169.

- De Vos, S., Solís, P., & Montes De Oca, V. (2004). Receipt of Assistance and Extended Family Residence among Elderly Men in Mexico. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(1), 1-27.
- Díaz-Venegas, C., & Wong, R. (2016). Trajectories of limitations in activities of daily living among older adults in Mexico, 2001–2012. *Disability and Health Journal*, 524-532.
- Dirección Sociocultural. (2017). *Dependencia y Apoyo a los Cuidados, un asunto de Derechos Humanos*. Santiago de Chile.
- Durán, M. Á. (2018a). Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En O. Mujeres, *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (págs. 24-42). Ciudad de México: ONU Mujeres.
- Durán, M. Á. (2018b). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de València.
- Echarri, C. (2008). Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas. En S. Lerner, & I. Szasz, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo I* (págs. 59-113). México: El Colegio de México.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- Esquivel, V. (2013). *El cuidado en los hogares y las comunidades*. Documento conceptual. Informes de investigación de OXFAM.
- Esquivel, V. (2012). Cuidado, economía y agendas políticas: Una mirada conceptual sobre la “organización social del cuidado” en América Latina. En O. Mujeres, *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región* (págs. 141-189). Santo Domingo: ONU Mujeres.
- Esquivel, V. (2011a). *La Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. PNUD, Serie Atando Cabos; deshaciendo nudos.
- Esquivel, V. (2011b). *La Economía del cuidado: un recorrido conceptual*. En N. Sanchís, *Aportes al debate del desarrollo en América Latina desde una perspectiva feminista* (págs. 20-30). Buenos Aires: Red de Género y Comercio.
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin, E. (2012). *Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado*. En V. Esquivel, E. Faur, & E. Jelin, *La Lógica del Cuidado Infantil. Entre las Familias, el Estado y el Mercado* (págs. 11-44). Buenos Aires: IDES.
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) . (2019). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM)* . Obtenido de [http://www.enasem.org/index\\_Esp.aspx](http://www.enasem.org/index_Esp.aspx)
- Faur, E. (2009). *Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires. El rol de las instituciones públicas y privadas. 2005-2008*. Tesis de Doctorado, FLACSO-Argentina.
- Feres, J. C., & Mancero, X. (2001). *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: División de Estadística y Proyecciones Económicas.

- Filgueira, F., & Espejo, A. (2011). Familia y protección social. En M. N. Rico, & C. (. Maldonado Valera, Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas (págs. 97-106). Serie Seminarios y Conferencias 61. Naciones Unidas.
- Flórez, C. E., Martínez, L., & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia . Banco Interamericano de Desarrollo .
- Folbre, N. (2014). Who cares? A feminist critique of the care economy. Nueva York: Rosa Luxemburg Stiftung.
- Folbre, N. (1995). Holding Hands at Midnight: The Paradox of Caring Labor. *Feminist Economics*, 1(1), 73-92.
- Fragoso, L. P. (2017). ¿Quién cuida en la Ciudad de México?, México. En M. N. Rico, & O. Segovia (Edits.), ¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para las políticas urbanas de igualdad (págs. 151 - 190). Santiago de Chile.
- Frossard, M., & Guillemard, A.-M. (1994). French Old-Age Policies and the Frail Elderly. En L. Olson, *The Graying of the World. Who will Care for the Frail Elderly?* (págs. 189-210). New York: The Haworth Press.
- Fuller-Iglesias, H. R., & Antonucci, T. (2016). Convoys of social support in Mexico: Examining socio-demographic variation. *International Journal of Behavioral Development*, 40(4), 324-333.
- Galindo, L. M., García, G., & Rivera, P. (2015). El trabajo de cuidado en los hogares: ¿un trabajo sólo de mujeres? (Cuadernos de Trabajo, 59). Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/47856/ct59.pdf>
- Garay Villegas, S., & Montes de Oca Zavala, V. (2011). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas sociales*, 143-165.
- Garay Villegas, S., Montes de Oca, V., & Concepción Arroyo, M. (2020). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *RELAP - Revista Latinoamericana de Población*, 14(26), 77-88.
- Garay, S., Montes de Oca, V., & Guillén, J. (2014). Social Support and Social Networks Among the Elderly in Mexico. *Population Ageing* , 143-159.
- Garay Villegas, S., Montes de Oca, V., & Mancinas Espinoza, S. (2015). ¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor. En L. Gutierrez Robledo, & D. Kershenovich Stalnikowitz, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (págs. 153-162). México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica : Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial ; Academia Nacional de Medicina de México : Academia Mexicana de Cirugía : Instituto Nacional de Geriátría.
- García, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(2), 237-267.

- García, B., & Oliveira, O. d. (2006). Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas. México, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales.
- García, B., & Oliveira, O. (1994). Trabajo femenino y vida familiar en México. México DF: El Colegio de México.
- García, B., & Oliveira, O. (1990). V. Maternity and Work in Mexico in the Late Eighties. En M. Brofman, B. García, F. Juárez, O. Oliveira, & J. Quilodrán, Social Sectors and reproduction in Mexico (págs. 22-25). México: The Population Council, DHS.
- García, B., & Rojas, O. (2004). Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género. *Notas de Población*, 31(78), 65-96.
- García, B., Camarena, R. M., & Salas, G. (2000). Mujeres y relaciones de género en los estudios de población. En B. García, *Mujer, género y población en México* (Segunda ed., págs. 19-60). México: El Colegio de México / Sociedad Mexicana de Demografía.
- Gardiner, J. (1997). *Gender, Care and Economics*. Londres: Macmillan.
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Santiago de Chile: CEPAL / EUROSOCIAL.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., & M. Becerril, V. (2011). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*, S220-S232.
- González de la Rocha, M. (1999). La reciprocidad amenazada: un costo más de la pobreza urbana. En R. Enríquez, *Hogar, pobreza y bienestar en México* (págs. 13-36). Guadalajara: El Colegio de Jalisco - CIESAS.
- Greenacre, M. (2008). *La práctica del análisis de correspondencias*. Fundacion BBVA.
- Groenou, M. B., Glaser, K., Tomassini, C., & Jacobs, T. (2006). Socio-Economic Status Differences in Older People's Use of Informal and Formal Help: A Comparison of Four Countries. *Ageing & Society*, 26(5), 745-766.
- Guralnik, J. M., & Simonsick, E. M. (1993). Physical disability in older americans. *Journal of Gerontology*, 48, 3-10.
- Guzmán, J. M. (2003). *Seguridad económica en la vejez: una aproximación inicial*. Ponencia preparada para Reunión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor. Panamá.
- Guzman, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo de las personas mayores: un marco conceptual. *Notas de población*(77), 35-70.
- Ham, C. (2010). Envejecimiento Demográfico. En B. García, & M. Ordorica, *Los Grandes Problemas de México*. *Población* (págs. 53-78). México, DF: El Colegio de México.
- Ham, R., Ybáñez, E., & Torres, A. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edad avanzada en la Ciudad de México. *Notas de población*, 71-101.
- Heikkinen, R.-L. (1994). New Challenges for Elder Care in Finland. En L. Olson, *The Graying of the World. Who will Care for the Frail Elderly?* (págs. 87-102). New York: The Haworth Press.



- Heinemann-Knoch, M. (1994). Care of Frail Elderly in German. En L. Olson, *The Graying of the World. Who will Care of the Frail Elderly?* (págs. 211-232). New York: The Haworth Press.
- Hernández, A. (2013). ¿Cuidar y trabajar para el mercado? Expectativas laborales de las mujeres cuidadoras no económicamente activas en México, 2012. En E. Pacheco, *Los cuidados y el trabajo en México. Un análisis a partir de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012* (Cuadernos de Trabajo, 40) (págs. 224- 248 ). Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Obtenido de [http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios\\_opiniones/cuadernos/ct40.pdf](http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios_opiniones/cuadernos/ct40.pdf)
- Herrera, S., & Fernández, B. (2013). ¿Está disminuyendo la solidaridad intergeneracional en América Latina? Un estudio de las relaciones intergeneracionales de los hijos con los adultos mayores. En V. (. Montes de Oca, *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación y Envejecimiento (LARNA)* (págs. 271-300). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Himmelweit, S. (2011). El descubrimiento del ‘trabajo no remunerado’: consecuencias sociales de la expansión del término ‘trabajo’. En C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns, *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas* (págs. 199-224). Madrid: Catarata.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2014). ¿Qué más puedo esperar a mi edad? Cuidado y Derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En S. Huenchuan, & R. I. Rodríguez, *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (págs. 153-168). Ciudad de México: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En C. E. (CEPAL), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿Oportunidad o crisis?* (págs. 11-28). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. (2004). Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Brasil.
- Huenchuan, S., & Guzmán, J. (2007). Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En I. Arriagada, *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros* (págs. 273-296). Santiago de Chile: CEPAL - UNFPA.
- Huenchuan, S., & Guzmán, J. M. (2006). *Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas*. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe . Santiago, Chile: CEPAL; FNU.
- Huenchuan, S., & Saad, P. (2010). Envejecimiento y familia en América Latina: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En S. Lerner, & L. Melgar, *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y política públicas* (págs. 115-135). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México / El Colegio de México.
- INMUJERES - ONU Mujeres. (2018). *Bases para una Estrategia Nacional de Cuidados*. México.

- INMUJERES. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. México: INMUJERES. Dirección de Estadística.
- INMUJERES (2005). Pobreza, género y uso del tiempo. Ciudad de México. México: Instituto Nacional de las Mujeres (trabajo elaborado por Silvia Luna). Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100719.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100719.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017. Principales resultados.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Documento Metodológico. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Obtenido de [http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2015/Documento\\_Metodologico\\_2015.pdf](http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2015/Documento_Metodologico_2015.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015. Población.
- Jara Maleš, P., Matus-López, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2020). Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jensen, C. (2008). Worlds of Welfare Services and Transfers. *Journal of European Social Policy*, 18(2), 151–162.
- Jong, J. d., Blommesteijn, M., & Valk, H. d. (2003). Social distinctions between older persons, the effects of gender and the gender system. *Genus*, 59(1), 105-136.
- Keck, W., & Saraceno, C. (2009). Balancing elderly care and employment in Germany. WZB: Discussion Paper, No. SP I 2009-401.
- Kehoe, J., & Meza, F. (2013). Crecimiento rápido seguido de estancamiento: México (1950-2010). *El Trimestre Económico*, 237-280.
- Kohli, M. (1999). Private and public transfers between generations: Linking the family and the state. *European societies*, 1(1), 81-104.
- Künemund, H., & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing & Society*, 19(1), 93-121.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría "género". En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 97-125). México: Porrúa.
- Lister, R. (1994). She has other duties: Women, Citizenship and Social Security. En S. Baldwin, & J. Falkingham, *Social Security and Social Change: New Challenges to the Beveridge Model* (págs. 31-44). London: Harvester Wheatsheaf.
- Litwak, E. (1985). *Helping the Elderly*. New York: The Guildford Press.
- López - Ortega, M., & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Nota Técnica 1614. BID.

- López Ortega, M., & Jiménez Bolón, J. E. (2014). Dependencia y cuidados de largo plazo. En L. M. Gutiérrez Robledo, M. d. García Peña, & J. E. Jiménez Bolón (Edits.), *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura* (págs. 29-62). México: Academia Nacional de Medicina (ANM)/.
- Lopez-Ortega, M. (2009). *Ageing in Mexico: modelling health and frailty and its relationship to the use of health services and the supply of informal care*. Doctoral dissertation, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- López, E., & otros, y. (2009). Aportes de las teorías sobre desigualdades en salud, familia, redes sociales, prevención en salud y discapacidad. En E. López, & L. Findling, *Salud, familias y vínculos: El mundo de los dultos mayores* (págs. 17-34). Buenos Aires: Eudeba.
- Maldonado, M., & Ornelas, P. (2006). religiosidad, fuerza personal y sintomatología depresiva en ancianos que viven en condiciones de pobreza extrema. En N. Salgado de Snyder, & R. Wong, *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Martin, C., & Le Bihan, B. (2007). Cash for Care in the French Welfare State: A Skilful Compromise? En C. Urgenson, & S. Yeandle, *Cash for Care in Developed Welfare States* (págs. 32-59). Houndmills: Plgrave MacMillan.
- Medellín, N., Jara Maleš, P., & Matus-López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Mejía-Arango, S., & Gutiérrez, L. M. (2011). Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 23(7), 1050-1074.
- Messeri, P., Silverstein, M., & Litwak, E. (1993). Choosing optimal support groups: a review and reformulation. *Journal of health and social behavior*, 34(2), 122-137.
- Mier y Terán, M., & Rabell, C. (1984). Fecundidad y grupos sociales en México. En R. Jiménez, & A. Minujin, *Los factores del cambio demográfico en México*. México: IIS UNAM - Siglo XXI Editores.
- Mier y Terán, M., & Rabell, C. (2004). Familia y quehaceres entre los jóvenes. En M. Ariza, & O. d. Oliveira, *Imágenes de la familia en el cambio de siglo* (págs. 135-179). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miller, T., Saad, P., Martínez, C., & Calvo, J. J. (2014). La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional. Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Santiago, 12 a 14 de Noviembre.
- Monteiro, L., Carbajal, M., Garay, S., Oca, M. d., Verónica, & Arroyo, M. C. (2018). Arreglos familiares de las personas mayores en México y Uruguay: una mirada a los hogares unipersonales. VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Puebla, México.
- Montero, M. (2014). Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España. Fundación Caser para La Dependencia.

- Montes de Oca, V. (2004). Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En M. Ariza, & O. Oliveira (Edits.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo* (págs. 519–563). México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montes de Oca b, V. (2001). Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 583-614.
- Montes de Oca, V. (2001). *EL envejecimiento en México: Un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores*. Tesis para optar al grado de Doctor en Ciencias Sociales con Especialidad en Estudios de Población. México: El Colegio de México.
- Montes de Oca, V. (1999). Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. *Papeles de Población*(19), 149-172.
- Montes de Oca, V., & Garay, S. (2009). Familias, hogares y vejez. Cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México. , 1992 - 2006. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Montes de Oca, V., & Hebrero , M. (2008). Dinámica Familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México. *Kairós*, 143-166.
- Montes de Oca, V., Garay, S., Rico, B., & García, S. (2014). Living Arrangements and aging in Mexico: Changes in households, poverty and regions, 1992-2009. *International Journal of Social Science Studies*, 2(4), 61-74.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Römer, C., & Kondratowitz, H.-J. v. (2005). Welfare States Do Not Crowd Out the Family: Evidence for Mixed Responsibility from Comparative Analyses. *Ageing and Society*, 25, 863–882.
- Nava, I., Ham, R., & Ramírez, B. (2016). Seguridad económica y vejez en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(19), 169-190.
- Nigenda, G., López-Ortega, M., Matarazzo, C., & Juárez-Ramírez, C. (2007). La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar: Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 49, 286-294.
- Olavarría, J. (2005). ¿Dónde está el nuevo padre? Trabajo doméstico: de la retórica a la práctica. En X. Valdés, & T. Valdés, *Familia y vida privada ¿Transformaciones, tensiones, resistencias y nuevos sentidos?* (págs. 215-250). Santiago: FLACSO / CEDEM / UNFPA.
- Oliveira, O. (2007). Reflexiones acerca de las desigualdades sociales y el género. *Estudios Sociológicos*, 25(75), 805-812.
- Oliveira, O., Eternod, M., & López, M. d. (2000). Familia y Género en el análisis sociodemográfico. En B. García, *Mujer, género y población en México* (Segunda ed., págs. 211-271). México: El Colegio de México / Sociedad Mexicana de Demografía.
- Olson, L. (1994). Introduction. En L. Olson, *The Graying of the World. Who will Care for the Frail Elderly?* (págs. 1-24). New York: The Haworth Press.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. Suiza: OMS.
- Orozco, M. (2018). El trabajo, los cuidados y la pobreza. En O. Mujeres, El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas (págs. 83-94). México: ONU Mujeres.
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., & Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470.
- Pérez Amador, J., Sanchez, L., Pacheco, M., Giorguli, S., & Angoaa, A. (2019). Familias en un mundo cambiante. El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020. Ficha México. Ciudad de México: Onu Mujeres - El Colegio de México.
- Pérez, J., & Brenes, G. (2006). Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 625-661.
- Pérez-Orozco, A. (2014). Por qué nos preocupamos de los cuidados. ONU Mujeres.
- Pérez-Orozco, A. (2006). Perspectivas feministas en torno a la economía: El caso de los cuidados. Madrid: Consejo Económico y Social (CES) / Colección Estudios.
- Peterson, E. (2017). Eldercare in Sweden: an overview. *Revista Derecho social y empresa*, 8, 90-108.
- Rabell, C., & D'Aubeterre, M. E. (2009). ¿Aislados o solidarios? Ayudas y redes familiares en el México contemporáneo. En C. Rabell, *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica* (págs. 41-96). Universidad Nacional Autónoma de México. El Colegio de México.
- Rabell, C., & Murillo, S. (2013). Apoyos recibidos por personas de la tercera edad en México. En V. M. Oca, *Envejecimiento en América Latina y el Caribe* (págs. 301-332). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos, L. (1994). Family support for the elderly in Latin America: the role of the multigenerational household. En U. Nations, *Ageing and Family* (págs. 66-72). New York: United Nations.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Suiza: United Nations Research Institute for Social Development / Gender and Development Programme .
- Redondo, N. (2012). Inequidades de género en los costos de la dependencia hacia el final de la vida. *Revista Latinoamericana de Población*, 6(10), 57-76.
- Redondo, N., Díaz, M., Llorente, M. d., Garay, S., Guidotti, C., & Mendoza, L. (2015). El espacio residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España. *Notas de Población*(100), 223-258.
- Redondo, N., Garay, S., & Montes de Oca, V. (2015). Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina y mexicana: determinantes socioeconómicos y diferencias regionales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 30(90), 597-649.

- Redondo, N., Garay, S., Guidotti, C., Rojo, F., Rodríguez, V., Díaz, M., & Llorente, M. (2016). ¿Cómo afecta la discapacidad al entorno residencial de las personas mayores? Un estudio comparado en países iberoamericanos. Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, realizado en Foz do Iguacu/PR – Brasil, de 17 al 22 de octubre de 2016.
- Redondo, N., Garay, S., Rojo-Pérez, F., Rodríguez, V., Guidotti, C., & Montes de Oca, V. (2018). Servicios formales para la dependencia y arreglos residenciales de la población mayor. Un estudio comparado en países iberoamericanos. VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población .
- Reher, D. (1998). Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts. *Population and Development Review*, 24(2), 203-234.
- Rico, M. N. (2011). Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora . En M. N. Rico, & C. (. Maldonado, *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas* (págs. 107-122). Santiago de Chile: Serie Seminarios y Conferencias 61 Naciones Unidas.
- Rivero, E. (2011). Gender and Intra-household Organization for the Care of People with Disabilities in Mexico. *International Journal of Sociology*, 48-66.
- Robicheaux, D. (2007). Diversidad familiar en América Latina: perspectivas multidisciplinares. En D. Robicheaux, *Familia y diversidad en América Latina: estudios de casos* (págs. 11-22). Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Robles, L. (2020). Trayectorias de movilidad residencial y cuidado en casa de ancianos pobres urbanos. *Estudios demográficos y urbanos*, 35(2), 449-478.
- Robles, L. (2007). La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Robles, L. (2006). La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 140-175.
- Robles, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 561-584.
- Rodríguez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista CEPAL*, 106, 23-36.
- Rodríguez, C. (2007). La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay. *Serie Mujer y Desarrollo*, 90.
- Rodríguez, C. (2005). Economía del cuidado y política económica: Una aproximación a sus interrelaciones. Argentina: CEPAL.
- Rodríguez, G. (2015). Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia de la UE. *Documentación Social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, 177, 19-40.
- Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42.

- Rodríguez, M., & García, B. (2017). Trabajo no remunerado en México: un análisis de las diferencias de género en los estados y municipios del país. Ciudad de México: El Colegio de México, A.C., Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Rodríguez, M., & García, B. (2014). Trabajo doméstico y de cuidado masculino. En B. García, & E. Pacheco, *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México* (págs. 381-432). Ciudad de México: El Colegio de México/ ONU Mujeres/ Instituto Nacional de las Mujeres.
- Rojas, O. (2016). Mujeres, hombres y vida familiar en México. Persistencia de la inequidad de género anclada en la desigualdad social. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 73-101.
- Rojas, O. L. (2014). *Estudios sobre la reproducción masculina*. México, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Rojas, O. (2010). Género, organización familiar y trabajo extradoméstico femenino asalariado y por cuenta propia. *Revista Latinoamericana de estudios de familia*, 2, 31-50.
- Rojas, O. (2008). *Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México. Un estudio del desempeño masculino en los procesos reproductivos y en la vida doméstica*. México DF: El Colegio de México.
- Rojas, O., & Castrejón, J. L. (2011). Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26(1), 75-111.
- Rojas, O., & Martínez, M. (2014). Uso del tiempo en el ámbito doméstico entre los padres mexicanos. En B. García, & E. Pacheco, *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México* (págs. 433-470). México: El Colegio de México.
- Rossel, C. (2016). *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. Serie Asuntos de Género / CEPAL.
- Rossel, C., & Filgueira, F. (2015). Vejez. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, *Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (págs. 225-262). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En M. Lamas, *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 35-96). México: Porrúa.
- Ruiz-Arregui y colaboradores. (2007). Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults. *Salud Publica México*, 49(4), S482-S487.
- Saad, P. (2005). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales, núm 80 (LC/G.2276-P). *Revista Notas de Población*(80), 127-154.
- Saad, P. (2003). Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Estudio comparativo de encuestas SABE. *Notas de Población*, 175-218.
- Sáenz, J., & Wong, R. (2016). Facets of Socioeconomic Position and the Onset and Progression of Functional Limitation in Mexico. *Population Association of America. Annual Meeting*. Washington, D.C.

- Sainsbury, D. (1996). *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge University Press.
- Salinas, J., & Peek, K. (2008). Work experience and gender differences in chronic disease risk in older Mexicans. *Annals of Epidemiology*, 18(8), 628-630.
- Salinas-Escudero, G., Carrillo-Vega, M. F., Pérez-Zepeda, M. U., & García-Peña, C. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. *Salud Pública*, 61, 504-513.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44.
- Sarasa, S., & Billingsley, S. (2008). Personal and household care giving from adult children to parents and social stratification . *DemoSoc Working Paper*.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 265-326). México: Porrúa.
- Smith, K., & Goldman, N. (2007). Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Social Science & Medicine*(65), 1372-1385.
- Solís, P., & Puga, I. (2009). Los nuevos senderos de la nupcialidad: cambios en los patrones de formación y disolución de las primeras uniones en México. En C. Rabell, *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica* (págs. 179-198). México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales; El Colegio de México.
- Speare, A. J., Avery, R., & Lawton, L. (1991). Disability, Residential Mobility, and Changes in Living Arrangements. *Journal of Gerontology*, 46(3), 133-142.
- Stuifbergen, M. C., Delden, J. J., & Dykstra, P. A. (2008). The implications of today's family structures for support giving to older parents. *Ageing & Society*, 28(3), 413-434.
- Sundström, G., & Thorslund, M. (1994). Caring for the Frail Elderly in Sweden. En L. Olson, *The Graying of the World. Who will Care for the Frail Elderly* (págs. 59-86). New York: The Haworth Press.
- Sunkel, G. (2006). *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. División de Desarrollo Social.
- Szasz, I. (2008). Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En S. Lerner, & I. Szasz, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (págs. 429-475). México: El Colegio de México.
- Szasz, I., & Lerner, S. (2003). Aspectos teóricos y desafíos metodológicos de la perspectiva de género para el análisis de los fenómenos demográficos. En A. Canales, & S. Lerner, *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio* (págs. 177-209). México: El Colegio de México - Universidad de Guadalajara - Sociedad Mexicana de Demografía.
- Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns, *El trabajo de cuidados. Historia, teorías y políticas* (págs. 145-175). Madrid: Catarata.



- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73.
- Torres, J., Rizzo, S., & Wong, R. (2018). Lifetime Socioeconomic Status and Late-life Health Trajectories: Longitudinal Results From the Mexican Health and Aging Study. *The Journals of Gerontology*, 73(2), 349-360.
- Torres, J., & Wong, R. (2013). Cumulative Socio-economic Status and Depressive Symptoms among Older Adults in Mexico. *Population Association of America's Annual Meeting 2013*.
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., & Mejjide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*, 72(1), 11-16.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Trujillo, A., Mroz, T., Piras, C., Angeles, G., & Tran, N. (2012). Caregiving and elderly health in Mexico. *International Journal of Health Services*, 42(4), 667-694.
- van der Meer, J. (1998). Equal care, equal cure? Socioeconomic differences in the use of health services and the course of health problems.
- van Gameren, E., & Velandia, D. (2015). Working and Caring: The Simultaneous Decision of Labor Force Participation and Informal Elderly and Child Support Activities in Mexico. *Journal of Economics*, 52(2), 117-148.
- Varley, A., & Blasco, M. (2000). Intact or in tatters? Family care of older women and men in urban Mexico. *Gender & Development*, 47-55.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family relations*, 402-411.
- Walker, A., & Warren, L. (1994). The Care of Frail Older People in Britain: Current Policies and Future Prospects. En L. Olson, *The Graying of the World. Who will Care for the Frail Elderly?* (págs. 129-162). New York: The Haworth Press.
- Wong, R. (2003). La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: Diferencias por género. En N. Salgado, & R. Wong, *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida* (págs. 97-122). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Wong, R., & Díaz, J. J. (2007). Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Pública de México*, 49(4), S505-S514.
- Wong, R., & Espinoza, M. (2003). Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papeles de población*(37), 129-166.



## ANEXOS

### Anexo 1. Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO) según grupo de ocupación para el estudio.

Grupo de ocupación	Ocupaciones	Código CMO
<b>Trabajadores en actividades agrícolas</b>	Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, silvícolas y de caza y pesca:	410
	• Trabajadores en actividades agrícolas;	411
	• Trabajadores en actividades ganaderas y en la cría de otros animales;	412
	• Trabajadores que combinan actividades agrícolas con ganaderas;	413
	• Trabajadores en actividades silvícolas y forestales;	414
	• Trabajadores en actividades de caza, trampería y similares;	415
	• Trabajadores en actividades pesqueras y de acuicultura;	416
	• Trabajadores en actividades de beneficio de productos agropecuarios y pesqueros;	417
	• Capataces, caporales, mayores y otros trabajadores de control de las actividades agropecuarias, silvícolas y pesqueras;	419
	• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo	
<b>Trabajadores no calificados en fábricas/industrias</b>	Artesanos y trabajadores fabriles en la industria de la transformación y trabajadores en actividades de reparación y mantenimiento:	
	• Trabajadores en la elaboración de alimentos, bebidas y productos de tabaco;	520
	• Trabajadores en minas y canteras;	521
	• Artesanos y trabajadores fabriles en la elaboración de productos textiles, cuero, piel y similares;	522
	• Artesanos y trabajadores fabriles en la elaboración de productos de madera y similares, papel y trabajos de impresión;	523
	• Artesanos y trabajadores fabriles en el tratamiento de metales y en la reparación y mantenimiento de vehículos, maquinaria, equipos, instrumentos y similares;	524
	• Artesanos y trabajadores fabriles en la elaboración de productos de cerámica, azulejo, vidrio y otros minerales no metálicos;	525
	• Trabajadores en la construcción, instalación, acabados y mantenimiento de edificios y otras construcciones;	526
	• Trabajadores en la instalación y reparación de equipos eléctricos, electrónicos y de telecomunicaciones;	527
	• Trabajadores en la elaboración y reparación de productos de hule, caucho, plástico y la preparación de sustancias químicas;	528
	• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo	529
		540
	Ayudantes, peones y similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento	541
	• Ayudantes, peones y similares en la fabricación de alimentos, bebidas y productos de tabaco;	542
	• Ayudantes, peones y similares en la extracción en minas, canteras y pozos;	543

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudantes, peones y similares en la fabricación de textiles y productos de cuero, piel y similares;</li> <li>• Ayudantes, peones y similares en la fabricación de productos de madera y papel y trabajos de impresión;</li> <li>• Ayudantes, peones y similares en la fabricación metalúrgica y en la fabricación de maquinaria y productos metálicos, eléctricos y electrónicos;</li> <li>• Ayudantes, peones y similares en la fabricación de productos de cerámica, vidrio y otros minerales no metálicos;</li> <li>• Ayudantes, peones y similares en la construcción</li> <li>• Ayudantes, peones y similares en la generación de energía, la electrónica y las telecomunicaciones</li> <li>• Ayudantes, peones y similares en la fabricación de químicos, petroquímica, hule, caucho y plástico</li> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo</li> </ul>	544 545 546 547 548 549
<b>Trabajadores calificados en fábricas/industrias</b>	<p>Jefes, supervisores y otros trabajadores de control en la fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes, supervisores y similares en la fabricación de alimentos, bebidas y productos de tabaco;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la extracción en minas, canteras y pozos;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la fabricación de textiles y productos de cuero, piel y similares;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la fabricación de productos de madera y papel, y en trabajos de impresión;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la fabricación metalúrgica y en la fabricación, de productos eléctricos y electrónicos, la reparación y mantenimiento de maquinaria y productos metálicos y de precisión;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la fabricación de productos de cerámica, vidrio y otros minerales no metálicos;</li> <li>• Jefes, supervisores, contratistas y similares en la construcción, instalación, mantenimiento y acabados;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la generación de energía, la instalación, reparación y mantenimiento de equipo eléctrico y de telecomunicaciones;</li> <li>• Jefes, supervisores y similares en la fabricación de químicos, petroquímica, hule, caucho y plástico;</li> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.</li> </ul> <p>Operadores de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en el proceso de fabricación industrial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operadores de máquinas y equipos en la fabricación de alimentos, bebidas y productos de tabaco</li> <li>• Operadores de máquinas y equipos para la extracción en minas, canteras y pozos</li> <li>• Operadores de máquinas y equipos en la fabricación de textiles y productos de cuero, piel y similares</li> <li>• Operadores de máquinas en la fabricación de productos de madera y similares, papel y trabajos de impresión</li> <li>• Operadores de máquinas y equipos en la fabricación metalúrgica, fabricación de maquinaria, productos metálicos, eléctricos y electrónicos e industria automotriz</li> </ul>	510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 530 531 532 533 534 535 536 537 538

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operadores de máquinas y equipos en la fabricación de productos de cerámica, vidrio y similares</li> <li>Operadores de equipo portátil especializado para la construcción</li> <li>Operadores de máquinas e instalaciones para la generación de energía y equipos de bombeo y refrigeración</li> <li>Operadores de máquinas y equipos en la fabricación de químicos, tratamiento de agua, petroquímica, hule y plástico</li> <li>Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo</li> </ul>	539 550 551
	<p>Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conductores de maquinaria móvil;</li> <li>Conductores y ayudantes de conductores de transporte en vías férreas</li> </ul>	
<b>Trabajadores no asalariados del sector servicios</b>	Trabajadores del arte, espectáculos y deportes:	146
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Animadores, magos, ilusionistas, payasos, cirqueros y similares en establecimientos;</li> <li>Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo</li> </ul>	149
		552
	Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte	555
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conductores y ayudantes de conductores de transporte terrestre con motor</li> <li>Conductores de vehículos de transporte de tracción humana y animal</li> <li>Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo</li> </ul>	559 720 721 729
	Vendedores ambulantes y trabajadores ambulantes en servicios:	810
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vendedores ambulantes</li> <li>Trabajadores ambulantes en servicios</li> <li>Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo</li> </ul>	811 812 813 814
	Trabajadores en servicios personales en establecimientos:	815
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonderos, cantineros, meseros y azafatas;</li> <li>Lavanderos, planchadores y otros trabajadores en la limpieza de ropa;</li> <li>Porteros, conserjes, ascensoristas, mozos de hotel, trabajadores de limpieza, jardineros y cargadores;</li> <li>Peluqueros, embellecedores y similares;</li> <li>Trabajadores en servicios de alquiler de bienes muebles;</li> <li>Trabajadores de apoyo para la realización de espectáculos, turismo, deportes y en cuidados personales;</li> <li>Trabajadores en servicios funerarios y en panteones;</li> <li>Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.</li> </ul>	816 819 820 999
	Trabajadores en servicios domésticos:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajadores en servicios domésticos</li> </ul>	
	Otros trabajadores con ocupaciones insuficientemente especificadas:	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros trabajadores con ocupaciones insuficientemente especificadas</li> </ul>	
<b>Trabajadores asalariados del sector servicios/Personal administrativo</b>	Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte	553
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductores de transporte aéreo</li> <li>• Conductores y ayudantes de conductores de transporte marítimo</li> </ul>	554
	Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios:	610
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en servicios de salud, asistencia social, educación y justicia;</li> </ul>	611
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en contabilidad, finanzas, recursos humanos, archivo y similares;</li> </ul>	612
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en comunicaciones y transportes;</li> </ul>	613
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en servicios estadísticos, informáticos, de ingeniería, investigaciones sociales, publicidad y otros servicios especializados;</li> </ul>	614
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en servicios de infraestructura (agua, luz, caminos, etcétera);</li> </ul>	615
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en servicios culturales y de esparcimiento;</li> </ul>	616
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en servicios de restaurante, hospedaje y comercio;</li> </ul>	617
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en servicios agropecuarios, pesqueros y forestales;</li> </ul>	618
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades no clasificadas anteriormente;</li> </ul>	619
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.</li> </ul>	620
		621
		622
		623
	Trabajadores de apoyo en actividades administrativas:	624
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías, taquígrafos, capturistas y similares;</li> </ul>	625
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cajeros, cobradores, taquilleros y similares;</li> </ul>	626
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores en archivo, correspondencia y control de almacenes y bodegas;</li> </ul>	627
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepcionistas, trabajadores de agencias de viajes, encuestadores y similares;</li> </ul>	629
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonistas y telegrafistas;</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores en servicios de correos y mensajería en general;</li> </ul>	710
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despachadores, checadores y similares en la operación del transporte;</li> </ul>	711
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros trabajadores en servicios administrativos no clasificados anteriormente;</li> </ul>	712
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.</li> </ul>	713
		719
	830	
Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas:	831	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comerciantes en establecimientos;</li> </ul>	839	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleados de comercio en establecimientos;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demostradores y repartidores en establecimientos;</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes y representantes de ventas, corredores de valores, seguros, bienes raíces, subastadores y rematadores;</li> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.</li> </ul> <p>Trabajadores en servicios de protección y vigilancia y fuerzas armadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores en servicios de protección y vigilancia y fuerzas armadas;</li> <li>• Trabajadores de las fuerzas armadas;</li> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.</li> </ul>	
<b>Profesionales/Técnicos</b>	<p>Profesionistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arquitectos, ingenieros civiles, ingenieros químicos, industriales y similares; 110</li> <li>• Físicos, astrónomos, matemáticos, estadísticos y actuarios; 111</li> <li>• Químicos y farmacólogos; 112</li> <li>• Médicos, odontólogos, optometristas, nutriólogos y similares; 113</li> <li>• Biólogos, ecólogos, profesionistas en ciencias del mar y similares; 114</li> <li>• Agrónomos, veterinarios y profesionistas en forestación y pesca; 115</li> <li>• Profesionistas en ciencias sociales; 116</li> <li>• Economistas, administradores de empresas, contadores públicos y similares; 117</li> <li>• Religiosos profesionistas 118</li> <li>• Otros profesionistas que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo 119</li> </ul> <p>Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicos en dibujo, ingeniería y operación de equipos de grabación de imagen y sonido; 120</li> <li>• Técnicos en física, matemáticas y actuaria; 121</li> <li>• Técnicos en medicina humana; 122</li> <li>• Técnicos laboratoristas químicos, biólogos, farmacéuticos y ecólogos; 123</li> <li>• Técnicos en agronomía, veterinaria, forestación, pesca y similares; 124</li> <li>• Técnicos en ciencias sociales, contables y administrativas 125</li> <li>• Técnicos en actividades religiosas; 126</li> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo 129</li> </ul> <p>Trabajadores de la educación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesores universitarios y de otros establecimientos de enseñanza superior; 130</li> <li>• Profesores de preparatorias y equivalentes; 141</li> <li>• Profesores de enseñanza secundaria; 142</li> <li>• Profesores de enseñanza primaria y alfabetización; 143</li> <li>• Profesores de enseñanza preescolar; 144</li> <li>• Profesores de enseñanza especial; 145</li> <li>• Profesores e instructores de educación artística, administrativa, técnica y deportiva;</li> <li>• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo</li> </ul>	

	Trabajadores del arte, espectáculos y deportes:	210
	• Escritores, críticos, periodistas y redactores;	211
	• Compositores, cantantes, músicos, actores y bailarines;	212
	• Pintores, escultores, dibujantes, diseñadores, coreógrafos y similares;	213
	• Directores, productores, locutores y conductores de espectáculos y programas artísticos, culturales y deportivos;	219
	• Deportistas;	
	• Árbitros, jueces y entrenadores deportivos;	
	Funcionarios y directivos de los sectores público, privado y social:	
	• Funcionarios gubernamentales superiores y legisladores;	
	• Presidentes, directores y gerentes generales en instituciones y empresas públicas y privadas;	
	• Directores, gerentes y administradores de área o establecimientos, empresas, instituciones y negocios públicos y privados;	
	• Directivos de organizaciones políticas, sindicales y de asociaciones civiles y ejidales;	
	• Otros trabajadores que desempeñan una ocupación afín a las comprendidas en este grupo.	



**Anexo 2. Puntuaciones para generar un índice de dependencia funcional con base en información de la Encuesta Nacional de Salud y envejecimiento (ENASEM)**

<b>Actividades básicas de la vida diaria</b>	<b>Actividades instrumentales de la vida diaria</b>
<p><b>Caminar de un lado a otro del cuarto</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace                      5 = Tiene dificultad, usa silla de ruedas o andadera                      10 = Tiene dificultad, pero puede desplazarse con ayuda de algún equipo                      15 = No tiene dificultad</p>	<p><b>Preparar una comida caliente</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace por problema de salud                      5 = Tiene dificultad/No lo hace                      10 = No tiene dificultad</p>
<p><b>Bañarse</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace                      5 = Tiene dificultad                      10 = No tiene dificultad</p>	<p><b>Hacer compras</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace por problema de salud                      5 = Tiene dificultad/No lo hace                      10 = No tiene dificultad</p>
<p><b>Comer</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace                      5 = Tiene dificultad                      10 = No tiene dificultad</p>	<p><b>Tomar medicamentos</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace por problema de salud                      5 = Tiene dificultad                      10 = No tiene dificultad/No lo hace</p>
<p><b>Ir a la cama</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace                      5 = Tiene dificultad, utiliza algún equipo                      10 = Tiene dificultad, pero no utiliza equipo                      15 = No tiene dificultad</p>	<p><b>Manejar el dinero</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace por problema de salud                      5 = Tiene dificultad                      10 = No tiene dificultad/No lo hace</p>
<p><b>Usar el excusado</b></p> <p>0 = No puede/No lo hace                      5 = Tiene dificultad                      10 = No tiene dificultad</p>	

Fuente: Elaboración propia