



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y
AMBIENTALES

**“Demanda de cuidados de los adultos mayores: Situación actual y
escenarios a futuro”**

Tesis presentada por

EMELY ESTEFANÍA MAX MONROY

Para optar por el grado de

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directora de tesis

BRÍGIDA DEL CARMEN GARCÍA GUZMÁN

MÉXICO, D.F. JULIO DE 2016

Agradecimientos

A El Colegio de México, por ser una institución que brinda a sus alumnos todos los elementos para que podamos responder a sus demandas y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por la beca otorgada para poder obtener este grado.

A mis profesores de la maestría, por la dedicación al impartir sus clases y su disposición para resolver mis dudas, en especial a Alejandro Mina, Beatriz Figueroa, Fátima Juárez, Olga Rojas y Edith Pacheco.

A mi directora de tesis, Dra. Brígida García Guzmán, por todo el trabajo que realizó revisando y guiando este proyecto, su constante e incondicional apoyo, sus pláticas, sus enseñanzas y por ayudarme de sobremanera a ordenar y mejorar mis ideas.

A mi lectora, Dra. Cecilia Rabell, por la constante y minuciosa revisión de mi proyecto de tesis, sus atinadas sugerencias y sus revisiones de estilo, que considero no sólo contribuyeron para el término de este trabajo sino también a mi formación.

A mis profesores de licenciatura, porque muchas de sus enseñanzas me sirvieron de sobre manera durante estos años de mi formación; pero en especial, a mi querida maestra Martha Loaiza Becerra, por mantenerse al pendiente e incentivarme a no postergar demasiado el inicio de esta etapa de mi formación.

A mi compañero y principal soporte en este reto que empecé hace dos años, Sergio Olivera Ríos, por su comprensión, paciencia, cuidado y cariño incondicional.

A mi familia, por revitalizarme y llenarme de amor y dicha en cada visita. Mis abuelos Silvio Monroy y Genoveva Flores, por su completo apoyo y aliento. Mis queridos tíos por siempre encontrarse al pendiente de mí. Mi hermana, Raquel Retamozo Monroy, por comprender mis deseos de seguir estudiando aunque ello haya significado estar distantes.

A mi querida y recordada madre Jenny Monroy Flores, por sus enseñanzas, sus ejemplos de fortaleza, constancia y optimismo.

A mi padre Víctor Max y su esposa Saida Jiménez, por sus llamadas de aliento y sus constantes consejos.

A mis compañeros de la maestría, por el apoyo que siempre manifestaron estar dispuestos a brindar; en especial a Rosy, Mayte, Liz, Alejandra y Adrián, por escuchar mis dudas y aligerar la carga de días difíciles con agradables pláticas y risas.

A mis amigos de vida, que comprendieron mi distanciamiento y falta de tiempo, pero que en vacaciones o momentos libres estaban ahí para seguir compartiendo bellos recuerdos.

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo estimar la demanda de cuidados de la población adulta mayor (60 y más años) actual y futura, a partir de la construcción de una escala con base en los tiempos medios de cuidado que este segmento de la población requiere; destacando sus variaciones por grupos de edad, sexo y estado funcional.

La metodología a seguir para el establecimiento de dicha escala requiere de la disposición de información respecto a cuatro variables: distribución por edad y sexo de la población entrevistada, condición de recepción de cuidados, estado de funcionalidad del adulto mayor y tiempo de cuidado requerido. Motivo por el cual se utiliza como fuente de datos a la Encuesta sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) de 2012.

El primer paso para establecer la escala de unidades de cuidado es distribuir a la población que requiere de cuidados por grupos de edad (60 – 64, 65 – 74, 75 – 84 y 85 + años), sexo (hombre y mujer) y estado de funcionalidad (población en general, con limitaciones para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y con limitaciones para realizar actividades básicas); el segundo es estimar los tiempos medios de cuidado y, el tercero, calcular las unidades de cuidado para cada caso, a partir de la proporción que representan los tiempos medios en cada grupo y escenario con respecto a un grupo de referencia (la población masculina de 60 a 64 años).

La construcción de la escala contribuye a sistematizar en forma clara y concreta las particularidades en un grupo poblacional considerado hasta ahora de manera indiferenciada; pero a su vez, al asociar los resultados obtenidos con la población actual de 60 y más años y la proyectada para 2030 y 2050, permite calcular la demanda agregada de cuidados de la población en edad avanzada e identificar los grupos de población en el que se encuentra la mayor concentración de cuidados requeridos en la actualidad y establecer un escenario de su comportamiento futuro, tomando en consideración el proceso de envejecimiento de la población mexicana.

Contenido

Introducción.....	1
i. Planteamiento del Problema.....	1
ii. Objetivos	4
iii. Justificación	5
iv. Formulación de preguntas.....	7
v. Hipótesis de investigación	8
vi. Estructura del Trabajo.....	10
Capítulo I. Marco Referencial.....	11
1.1 Perspectivas teórico analíticas	11
1.2 El concepto de cuidado	16
1.3 El cuidado de adultos mayores: Antecedentes.....	18
1.3.1 El contexto del envejecimiento demográfico y la demanda de cuidados.....	19
<i>Cambios en las familias mexicanas</i>	19
<i>Cobertura médica y servicios para la atención de adultos mayores</i>	21
<i>Seguridad económica</i>	23
1.3.2 Principales efectos del trabajo de cuidado.....	24
<i>En lo familiar</i>	25
<i>En lo personal</i>	26
1.3.3 Demanda de cuidados de la población adulta mayor mexicana: Principales indicadores y resultados	27
<i>La edad</i>	28
<i>El género</i>	29
<i>El estado funcional</i>	30
Capítulo II. Metodología y revisión de fuentes de datos.....	35
2.1 Metodología	36
2.1.1 La construcción de la escala de demanda de cuidados	36
2.1.2 El diagnóstico de la demanda de cuidados.....	39
2.1.3 Diagnóstico de Escenarios a 2030	39
2.1.4 Tratamiento de las variables	40
2.2 Exploración de fuentes de datos	40
2.2.1 Generalidades	41
<i>Encuesta Nacional de Uso del Tiempo</i>	41

<i>Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social</i>	42
<i>Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México</i>	43
2.2.2 Revisión de variables	44
<i>Distribución por sexo y edad</i>	44
<i>Condición de recepción de cuidados</i>	48
<i>Funcionalidad y discapacidad</i>	53
<i>Tiempo de cuidado</i>	55
Capítulo III. Demanda de cuidados de la población adulta mayor: Diagnóstico y escenarios a futuro	57
3.1 Estimación de la escala de Cuidados	57
3.1.1 Tiempos medios	57
3.1.2 Escala de cuidados	58
3.2 Diagnóstico y escenarios a futuro	62
3.2.1 Población en general	63
3.2.2 Población con limitaciones funcionales	65
<i>Población con limitaciones para realizar AIVD</i>	66
<i>Población con limitaciones para realizar ABVD</i>	69
Conclusiones generales	73
Bibliografía	78

Introducción

i. Planteamiento del Problema

¿Quién cuidará de nuestros adultos mayores? Es una incógnita que en años recientes se encuentra con mayor frecuencia en el debate político y académico latinoamericano, dado el inminente proceso de envejecimiento que los países enfrentarán; unos en un futuro muy cercano (como Uruguay y Cuba), otros dentro de pocas décadas (como Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana, entre otros) y algunos otros en un horizonte más lejano pero que finalmente también lo experimentarán (como es el caso de Haití y Bolivia).

Ante el incremento de la demanda de cuidado, el envejecimiento no debe ser visto como un problema; este en realidad es resultado del mejoramiento de las condiciones de vida de la población y del ejercicio de sus derechos (Miller *et al*, 2014). El problema reside en la inexistencia de mecanismos adecuados para enfrentar el fenómeno y sus consecuencias (Huenchuán y Saad, 2010), mecanismos cuya ausencia ha generado una sobrecarga en las familias (en forma particular en las mujeres) y un muy reducido margen de responsabilidad compartida con el Estado, el mercado y la comunidad (Batthyány, 2015).

En América Latina, cuatro factores acontecen de forma paralela al proceso de envejecimiento y acentúan la necesidad de prestar atención a la creciente demanda de cuidados de los adultos mayores: cambios en el perfil de morbilidad, falta de condiciones de las instituciones públicas para responder al fenómeno, transformaciones demográficas y sociales y una creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo (Huenchuán y Saad, 2010).

El cambio en el perfil de morbilidad, a partir de la denominada transición epidemiológica, se refiere a la sustitución de un patrón en el que predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias por uno en el que aumenta la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, de carácter crónico degenerativo. Este cambio, se observa en gran proporción de los adultos mayores de la región y representa un incremento en enfermedades que constituyen una potencial amenaza a la independencia y a la autonomía del individuo y son motivo de un aumento en la demanda de cuidados (Huenchuán y Saad, 2010).

La falta de condiciones en las instituciones públicas de la región, corresponde con las aun débiles estructuras de los órganos públicos para instrumentar políticas y hacer frente a las crecientes demandas de una población que envejece. Esta situación ha acentuado la dependencia parcial o exclusiva del apoyo informal para una parte significativa de las personas mayores con necesidad de cuidado, prestado principalmente por la familia (Huenchuán y Saad, 2010: 124) y ha ejercido presión en los sistemas de organización familiar, para que éstos creen los espacios necesarios para la convivencia, protección, alimentación y salud de las personas de mayor edad (Hakkert y Guzmán, 2004: 479-480).

Por otra parte, las diversas transformaciones demográficas y sociales que están actualmente en curso en la región, tienden a debilitar la capacidad de la familia para prestar apoyo a sus miembros de mayor edad (Huenchuán y Saad, 2010). Batthyány (2015) por ejemplo, explica que, en forma paralela al proceso de envejecimiento, se han producido transformaciones familiares que llevaron a la reducción de la proporción de hogares biparentales con hijos, en los cuales el varón es el único sostén económico del hogar y la mujer es ama de casa a tiempo completo, hecho que ha reducido la cantidad de personas disponibles para brindar cuidado.

Finalmente, la incorporación de la mujer en el mundo del trabajo, evidencia una readecuación de las funciones de cuidado entre hombres y mujeres; pero aun así, este hecho ha conducido, en algunos casos, a un decremento en la disponibilidad de un recurso de apoyo que por su condición de género, ha tendido a ser responsable de las funciones de cuidado (Huenchuán y Saad, 2010); y en otros casos ha representado una sobrecarga en la carga global de trabajo de las mujeres (Pedrero, 2014).

En México, las proyecciones de población elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) dan muestra fehaciente del proceso de envejecimiento en el país. La población de 60 y más años pasó de representar 8.6% en 1970 a 9.0% en 2010 y se proyecta que para 2030 represente 14.8% y 21.5% en 2050 (CONAPO, 2014); además este segmento de la población es el único de los grandes grupos de edad que tiene una tendencia creciente; con base en la información del Censo de Población y Vivienda 2010 se estimó que la población de adultos mayores creció a una tasa anual de 3.8% entre 2000 y 2010, por lo que se espera que esta población se duplique en 18.4 años (Cárdenas Valera *et al*, 2012).

Este proceso de envejecimiento, acontecería también acompañado por los cuatro factores descritos

anteriormente para la región. En primer lugar, porque se observa un incremento en la esperanza de vida que no se ha traducido en un incremento en la esperanza de vida saludable de la población. En promedio, la esperanza de vida al nacimiento masculina era 70.4 años en 2000 y 71.0 años en 2010 y la femenina 76.1 años y 77.0 años, respectivamente (INEGI, 2014); sin embargo, la esperanza de vida saludable no se ha incrementado en la misma medida en el caso de los hombres. En 2000 ellos en promedio vivían 61.5 años libres de discapacidad y el promedio aumentó sólo a 61.6 años en 2010, y si bien en el caso de las mujeres si lo hace (pues ellas vivían 64.1 años sin discapacidad en el 2000 y 66.5 años en el 2010), la tendencia sigue siendo la de mujeres con una mayor sobrevivencia pero también más tiempo enfermas, ya que en comparación con los hombres vivirán 1.1 años más con discapacidad (los hombres con 9.4 años y las mujeres con 10.5 años con algún tipo de discapacidad) (Rodríguez, 2014).

En segundo lugar, porque en México, al igual que otros países de la región, las medidas instrumentadas ante el envejecimiento de la población estuvieron dirigidas principalmente a ampliar la cobertura médica y a asegurar un ingreso mínimo para cubrir las necesidades básicas de este segmento de la población y, recientemente, al cuidado que requieren. Estas medidas se enfrentan a los siguientes problemas: 27.4% de la población de 60 y más años aún es no derechohabiente; 34.3% de la población de 60 años y más participa en la actividad económica y de esta 37.4% lo hace en el sector informal, sin la posibilidad de un ingreso para el retiro (Cárdenas Valera *et al*, 2012). Además, se cuenta con escasas instituciones que provean de cuidados de largo plazo, las cuales carecen de interés o de la capacidad técnica y financiera para atender a la población en edad avanzada (López Ortega y Jiménez Bolón, 2012).

En tercer lugar, porque a la par de un incremento en los hogares con al menos un adulto mayor a 65 años (de 3.1% a 5.6% entre 1990 y 2010), ocurre un descenso en el número de miembros en el hogar (de 4.9 integrantes en promedio en 1990 a 3.9 en 2010); es decir que, en el mismo periodo, se presenta un descenso en el número de individuos entre los que se puede dividir el trabajo de cuidado y un aumento en el porcentaje de hogares con personas en edad avanzada que lo requieren (CONAPO, 2013).

Finalmente, porque el incremento de la población de 60 y más coincide con una tendencia creciente de las tasas de participación laboral femenina de 39.1% en 2005 a 42.2% en 2014, cifras que si bien representan aun un porcentaje menor en comparación a otros países latinoamericanos,

implican una mayor carga global de trabajo para el género femenino. Pedrero (2014), por ejemplo, estima que en 2009 en México la carga global de trabajo de las mujeres asciende a 71:27 horas a la semana y la de los hombres a 54:34 horas; entre ellas 38:56 horas corresponden al trabajo doméstico y entre ellos 10:36 horas; el cuidado de discapacitados en la semana alcanzaría en promedio 21:27 horas para las mujeres y 13:32 para los hombres. Este comportamiento podría acentuarse si se considera un aumento de la proporción de población en edad avanzada propensa a experimentar problemas de salud, como se ha descrito anteriormente.

Por tanto, dado el incremento que se comienza a presentar de la población en edad avanzada que requiere cuidados y el contexto en que esto ocurre, en los años recientes ha cobrado relevancia el tema del cuidado de este segmento de la población en México, tema que puede dividirse en dos perspectivas analíticas: el de la oferta y el de la demanda de cuidados. Por el lado de la oferta, a nivel individual, se ha caracterizado el perfil del cuidador(a) de adultos mayores (sexo, edad, actividad económica, entre otros aspectos) y por la oferta agregada, es decir del conjunto de personas que cuidan o pueden cuidar, se ha estimado la disponibilidad de personas en edad para llevar a cabo tareas de cuidados con indicadores como la tasa de potenciales cuidadores, se ha estudiado el comportamiento de las familias y se han evaluado los efectos que el desarrollo de este tipo de actividad tiene principalmente en las mujeres.

En cuanto a la demanda individual de cuidados del adulto mayor, es decir, la cantidad de cuidado que en promedio requiere una persona de 60 y más años, las encuestas han permitido caracterizar las necesidades en función a la edad, el sexo, el estado civil, la funcionalidad y otras características del individuo; sin embargo, no se han hecho aún suficientes estudios dirigidos a cuantificar la demanda agregada de cuidados de los adultos mayores, es decir la cantidad total de cuidado requerido por el conjunto de esta población. El índice de dependencia y la suma de personas con algún grado de limitación funcional respecto a la población total son algunos avances pero lo que en este proyecto se desea es medir la demanda agregada en función al tiempo.

ii. Objetivos

El presente proyecto tiene por objetivo general, desarrollar una escala que, con base en estimaciones de tiempo medios, permita medir la demanda de cuidados del adulto mayor en México y que, en forma agregada, contribuya a evaluar el comportamiento actual (2010) y futuro (2030 y 2050) de los requerimientos de este segmento de la población.

Los objetivos específicos son:

- Llevar a cabo un análisis sobre las fuentes de información que en la actualidad permitirían realizar una investigación de la demanda de cuidados de la población adulta mayor en México.
- Identificar las variaciones en la demanda de cuidado del adulto mayor según edad, sexo y estado de funcionalidad.
- Estimar la demanda agregada de cuidado de la población de 60 y más años en México y establecer escenarios sobre su comportamiento a futuro.

iii. Justificación

Todos requerimos constantemente de algún tipo de cuidado, sin embargo, durante los extremos de las estructuras etarias es donde se concentra la mayor demanda de éste, dadas las necesidades que presentan las personas en los primeros y en los últimos años de vida. Entonces, al ser evidente un proceso de envejecimiento en la población se requiere poner atención no únicamente en las necesidades económicas o de salud de esta población sino también en la demanda de cuidados que este fenómeno traerá consigo.

En países con mayor nivel de desarrollo hay una corresponsabilidad entre Estado, sociedad y familia para enfrentar las crecientes demanda de cuidado de una población envejecida; sin embargo, en países como México, el tema del cuidado de adultos mayores, hace no mucho tiempo se encontraba relegado al ámbito de lo privado, de los hogares y de sus estrategias para poder cubrir las demandas de sus familiares en edad avanzada.

Uruguay y Argentina fueron de los primeros países en los que se inició el debate sobre la crisis del cuidado en América Latina, fenómeno entendido como la consecuencia de una sobrecarga en las familias para satisfacer las demandas de cuidado de sus miembros y un muy reducido margen de responsabilidad compartida con el Estado, el mercado y la comunidad (Batthyány, 2015). Este debate dio pie a la necesidad de instrumentar sistemas de cuidado, el cual ya se ha puesto en marcha desde 2015 en Uruguay. En Argentina se han llevado cabo pruebas piloto en algunas ciudades.

En México, el debate ha cobrado mayor notoriedad en los últimos años y recientemente se ha comenzado a hablar de la necesidad de instrumentar también un sistema de cuidados. Desde la academia, el análisis del efecto que las labores de cuidado tiene en la inserción laboral de la mujer,

el examen de las transformaciones sociodemográficas que acontecen y el estudio de la prevalencia de limitaciones funcionales o de discapacidad en el adulto mayor, han contribuido ampliamente a una mayor atención sobre el tema del cuidado. Sin embargo, hace falta una mayor generación de información que permita dimensionar el problema y que sustente la creación de un sistema de cuidados.

El planteamiento de las necesidades de cuidado futuras también se ha convertido en un importante punto de interés para la acción pública; no obstante, se ha basado únicamente en la estimación de índices de dependencia que tiene la limitante de no poder ponderar las necesidades de cuidado, que pueden variar, dentro de la población. En esta dirección es en la que la presente investigación pretende contribuir, al construir una escala que logre de forma congruente explicar la actual demanda de cuidado y pueda utilizarse para plantear escenarios a futuro.

Los escenarios a 2030 y a 2050 fueron seleccionados porque se trata de periodos en los que hay una intersección entre el descenso en la proporción de niños que requieren de cuidados y un incremento de los adultos en edad avanzada, que según los cálculos de las tasas de dependencia de las proyecciones ocurrirá en 2045. De esta forma se generará información útil para visualizar tanto los retos que implica el cuidado en el presente como en el futuro y se contribuirá a fortalecer la postura de diferentes actores sobre la necesidad de instrumentar políticas públicas en materia del cuidado.

Durán y Milosavljevic (2012) llevaron a cabo un trabajo similar al que a continuación se pretende desarrollar. De hecho, Durán es una de las primeras investigadoras que utilizó el concepto de escala para estimar la demanda presente y futura de cuidado, considerando variaciones entre los grupos de edad; sus estimaciones parten de asignar a la población ponderaciones con base en lo que se supone requieren de cuidados, en promedio, las personas a determinadas edades, respecto a otras que se encuentran en un grupo de referencia. Este trabajo sigue la lógica del trabajo de Durán pero se centra únicamente en la población adulta mayor y para ponderar la demanda de cuidados utiliza los tiempos medios de cuidado que efectivamente reportan recibir la población en edad avanzada.

Además, un importante aporte que se intenta hacer en esta investigación, es insertar dos elementos de análisis adicionales: la condición de hombre o mujer y el estado de funcionalidad, a efecto de diferenciar las necesidades de cuidado de hombres y mujeres con o sin limitaciones para el desarrollo de actividades; pues, tal y como se confirmará en la sección de antecedentes,

actualmente los requerimientos de cuidado son distintos y se necesitaría colocar en perspectiva panoramas básicos sobre cuál sería el comportamiento de tales demandas de cuidado si las condiciones de salud actuales fueran las mismas en un futuro y el volumen de la población mayor.

iv. Formulación de preguntas

Las preguntas de investigación se dividen en tres: las relativas a la escala construida, las relacionadas con la demanda agregada actual y las referentes a la demanda proyectada a 2030 y 2050

Sobre la escala de cuidado. Esta escala pretende medir las variaciones de los tiempos medios de cuidado requeridos por los adultos mayores, por tanto, la pregunta general de esta sección es: ¿La escala permite notar las diferencias en la demanda de cuidado del adulto mayor por edad, sexo y estado de funcionalidad? Es decir, la escala de cuidados, coincidiendo con lo encontrado en análisis anteriores, permitiría: ¿apreciar un incremento en las necesidades de cuidado de las personas adultas mayores conforme se incrementa la edad? ¿Demostrar diferencias entre las demandas hombres y mujeres? ¿Notar diferencias entre los requerimientos de cuidado de la población, en edad avanzada, que presenta limitaciones para realizar actividades y la que no?

Sobre la demanda agregada actual. Se desea utilizar esta herramienta para calcular la demanda agregada de cuidado actual (2010) de la población de 60 y más años en función de estimaciones de tiempo medio. De manera general ¿Se lograría demostrar que hay variaciones en la demanda agregada de cuidados de la población adulta mayor al estimarla en función de la escala construida? En forma específica, se conseguiría: ¿comprobar que la demanda agregada se concentra entre los 60 y 74 años, porque actualmente se encuentra la mayor proporción de población adulta mayor en este grupo de edad? ¿Notar una demanda agregada de la población femenina mayor a la de la masculina, por tener las mujeres una mayor sobrevivencia a edades más avanzadas? ¿Distinguir la demanda agregada de la población adulta mayor sin dificultades funcionales, de la población, en los mismos grupos de edad, con algún tipo de limitación funcional?

Sobre la demanda proyectada. Otro uso que se pretende dar a la escala es calcular la demanda agregada de cuidado de la población de 60 y más años proyectada a 2030 y a 2050, por tanto, de manera general ¿Se encontrarían variaciones entre estos dos escenarios de proyección y también entre éstos y el panorama actual, al estimar todos en función de la misma escala construida? En

concreto, se observaría: ¿un desplazamiento de las edades en las que se concentran los resultados de las proyecciones a 2030 y a 2050, hacia edades mayores que las observadas en 2010? ¿Habrá diferentes demandas agregadas proyectadas, entre hombres y mujeres en edad avanzada? y ¿Continuarían las divergencias entre los requerimientos de las poblaciones con y sin dificultades funcionales?

v. Hipótesis de investigación

Al igual que las preguntas de investigación, las hipótesis también se dividen en tres secciones

Sobre la escala de cuidado

H1: Para construir la escala de cuidados se utilizarán los tiempos medios de cuidado que reciben adultos de 60 años y más. Posteriormente, se fijará un grupo de referencia, en función al cual se estimarán las proporciones de tiempo medio que representan los demás grupos; por tanto, la escala permitirá observar las diferencias en la demanda de cuidado del adulto mayor por edad, sexo y estado de funcionalidad.

H1a. Los adultos mayores requieren de mayor cantidad de cuidados conforme tienen más edad, cuidados mesurables en función a tiempos medios; en consecuencia, la escala de cuidados permitiría apreciar un incremento en las necesidades de cuidado conforme aumenta la edad del adulto mayor.

H1b. Además, dado que la escala se construye en función a tiempos medios y estos se diferencian entre hombres y mujeres, entonces, la escala permitirá observar diferencias en las demandas de cuidado de hombres y mujeres. Se ha encontrado anteriormente que las mujeres demandan más cuidado, lo cual se ha atribuido a su condición de género. Buscaremos ratificar o replantear este hallazgo.

H1c. Al presentar algún tipo de limitación funcional, las personas tienden a requerir de mayor tiempo de cuidado que una persona que puede desarrollar todas sus actividades, así que, en efecto, la escala permitirá notar diferencias entre las demandas de cuidado de hombres y mujeres, en edad avanzada, que presentan limitaciones para realizar actividades y quienes no las presentan.

Sobre la demanda agregada actual

H2. La demanda agregada de cuidado actual de los adultos mayores se calcularía a partir de la multiplicación de la población por los resultados obtenidos en la escala de cuidados por grupo de edad, sexo y estado de funcionalidad del adulto mayor y por ende, se lograría mostrar las variaciones en la demanda agregada de cuidados de la población adulta mayor.

H2a. Los resultados de la escala representan el tiempo medio que un individuo requiere de cuidado según edad, sexo y estado de funcionalidad; al multiplicarse éstos por la población organizada en grupos de edad se obtendría la demanda de cuidados por cada grupo y, si el grupo con mayor población es en la actualidad el de 60 a 74, entonces la mayor proporción de la demanda agregada se concentrará en estas edades.

H2b. Por haber más sobrevivientes mujeres que hombres en cada grupo de edad de 60 a más años, la demanda agregada de la población femenina será mayor a la de la masculina.

H2c. Por tener los adultos mayores con y sin limitaciones diferentes demandas de cuidado a nivel individual, entonces la demanda agregada también será diferente.

Sobre la demanda proyectada

H3. Al calcular la demanda agregada de cuidado de la población de 60 y más años proyectada a 2030 y a 2050, bajo la misma metodología que la de 2010, se lograría mostrar variaciones entre estos dos escenarios de proyección y también entre éstos y el panorama actual, al estimar todos en función de la misma escala construida, toda vez que las poblaciones en los tres años varían.

H3a. Dado el proceso de envejecimiento de la población mexicana, se espera que una mayor proporción de la demanda agregada proyectada a 2030 y a 2050 se concentre en grupos de edades mayores a los de la demanda agregada de 2010.

H3b. Si la cantidad de hombres y mujeres en edad avanzada es diferente, se seguiría observando, en las demandas agregadas proyectadas, diferencias entre los adultos y las adultas mayores.

H3c. Las demandas agregadas proyectadas de la población adulta mayor, seguirán evidenciando diferencias entre las poblaciones sin dificultades funcionales y las que tienen algún tipo de limitación funcional.

vi. Estructura del Trabajo

El presente proyecto de investigación se divide en tres capítulos y al final se presentan las conclusiones. En el primer capítulo, se sistematiza el avance teórico-conceptual en torno al tema del cuidado desde sus inicios con el debate del trabajo doméstico, pasando por la conceptualización de trabajo reproductivo, hasta su estudio en el marco de la economía del cuidado y la organización social del cuidado. Además, se lleva a cabo una exploración de los trabajos desarrollados en torno al tema del cuidado, prestando particular atención a sus planteamientos, metodologías y resultados. En el segundo capítulo se plantea la metodología a seguir para la construcción de la escala y la estimación de la demanda agregada en cada año de interés y se lleva a cabo una exploración de tres fuentes de información, disponibles en México, que pueden contribuir al análisis del cuidado de adultos mayores, a fin de revisar la coherencia de los datos obtenidos a partir de éstas y la pertinencia de su uso conforme a los objetivos de este trabajo.

En el tercer capítulo, se construye la escala de cuidados, se estima la demanda agregada de la población en 2010 y la de la proyectada para 2030 y 2050, con el objeto de dimensionar el panorama al que México se enfrentará, si los requerimientos de cuidado son los mismos en el futuro. Finalmente, en las conclusiones, se expone si la investigación cumplió con los objetivos planteados, si las hipótesis se lograron probar y se plantean algunas ideas sobre los análisis que se podrían desarrollar en el futuro.

Capítulo I. Marco Referencial

En este capítulo se presenta un breve recuento de la evolución de las perspectivas teóricas sobre el cuidado, a fin de comprender en qué momento esta actividad cobró la importancia necesaria para ser estudiada en forma separada a otras actividades que se desarrollan en el seno del hogar y pasó de ser considerada de interés exclusivamente del ámbito privado al público. Posteriormente, se lleva a cabo una revisión del concepto de cuidado, con el objetivo de delimitar de qué manera será entendido y desarrollado el análisis sobre el cuidado de adultos mayores que se pretende realizar; finalmente, se hace una revisión de las investigaciones previamente realizadas con el interés de identificar los enfoques y metodologías que se han utilizado para el análisis del cuidado de adultos mayores.

1.1 Perspectivas teórico analíticas

La inserción del tema del cuidado en la economía surge a partir del denominado “debate sobre el trabajo doméstico”, el cual se gestó durante la década de los años 70 (Esquivel, 2012:144). Este debate tuvo entre sus principales finalidades: *“obtener para las mujeres un reconocimiento del valor de las actividades que realizaban en el ámbito familiar, manifestar que su ausencia del mercado laboral y de la vida pública no respondía a una preferencia personal, hacer visible su trabajo reproductivo para el conjunto de la economía y sacar a luz una explicación materialista de su situación de desventaja económica”* (Himmelweit, 2011: P. 199).

Los argumentos que sustentaban que buena parte de las tareas llevadas a cabo por las mujeres en el hogar eran una forma de “trabajo” se pueden agrupar, según Himmelweit (2011: PP. 202-203), en tres aspectos:

- En primer lugar, porque el trabajo doméstico era una actividad deliberada que se realizaba con un fin en mente, que consumía tiempo y energía e impedía a las mujeres el llevar a cabo otras actividades, es decir, tenía un coste de oportunidad que colocaba a las mujeres en una situación de desventaja por tener ocupados su tiempo y energía. Además, al tener por objetivo lograr un fin extrínseco, no debía considerársele una actividad de ocio.
- En segundo lugar, porque formaba parte de una división del trabajo que revestía el carácter funcional del reparto de dos tipos de trabajo igualmente necesarios para la reproducción de

la sociedad capitalista y exigía dejar de ver a las mujeres que realizaban el trabajo doméstico como meras personas dependientes y consumidoras, para en su lugar observarlas como trabajadoras merecedoras del respeto y las compensaciones que se ofrecían al resto de trabajadores o trabajadoras.

- En tercer lugar, porque el trabajo doméstico no era inherentemente significativo a quien lo desarrollaba; lo que contaba eran los resultados más que la implicación de la persona en el proceso, no constituía un trabajo de mujeres de forma inseparable, ni tampoco requería necesariamente de un toque femenino

Estos tres aspectos constituyen una definición implícita de lo que para la época del debate se entendía por trabajo: “una actividad con una finalidad, que consume tiempo y energía, forma parte de una división del trabajo y es separable de la persona que la realiza” (Himmelweit, 2011: P. 203). Los dos primeros criterios de este concepto hacían más visibles a las actividades domésticas como una forma de trabajo y sustentaban su análisis como tal, pero se dejó fuera de revisión el trabajo relacionado con la crianza de los niños y las niñas, y el cuidado de los adultos mayores, o de personas necesitadas de cuidado permanente (Esquivel, 2012:144); se consideró que estas labores no coincidían con el tercer criterio, es decir, por ser el cuidado una actividad de carácter relacional inseparable de la persona que lo realiza.

Ahora bien, el concepto de “trabajo de la reproducción” es un concepto que se clarifica tras la aceptación de la existencia e importancia del trabajo doméstico. Definido como el trabajo “necesario” para reproducir la fuerza de trabajo presente y futura (Benería, 1981), este concepto no se reduce exclusivamente al hogar o al ámbito doméstico (como sí lo hace el trabajo doméstico), sus actividades abarcan 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).

A diferencia del trabajo doméstico, el enfoque del trabajo de reproducción sí toma en consideración el trabajo de cuidado. Esta nueva acepción del concepto de trabajo surge de la necesidad de poner de manifiesto una serie de factores que caracterizan a la actividad laboral femenina; en concreto se trata del análisis de los factores relativos a la “función reproductora” de la mujer en sus tres dimensiones: la estrictamente biológica, la derivada de la dimensión social y cultural, y la relacionada con las tareas de atención, cuidado, gestión y mantenimiento de la fuerza

de trabajo, pasada, presente y futura (Benería, 1981), mostrando así la importancia económica de las actividades desarrolladas por las mujeres y su interdependencia con las actividades productivas (Carrasquer *et al*, 1998).

Además, al reconocerse el desigual uso del tiempo de trabajo productivo y reproductivo que se da entre hombres y mujeres (Carrasquer *et al*, 1998), el análisis a partir de la concepción del trabajo reproductivo, constituye el origen del interés por visibilizar los costos de las actividades reproductivas y, en consecuencia, el inicio de los esfuerzos por medir el trabajo reproductivo a través de encuestas de uso del tiempo (Esquivel, 2012: P. 146).

Si bien la perspectiva de trabajo reproductivo fue un gran aporte, en los últimos años del siglo pasado y los primeros del actual, el concepto siguió en evolución llegándose así al marco de la actualmente denominada “economía del cuidado”, la cual amplía las fronteras del trabajo reproductivo al abarcar, junto con el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, a las actividades de este tipo que se realizan en la economía pero de forma remunerada (usualmente llevadas a cabo por mujeres). Bajo esta perspectiva teórica el trabajo de cuidado, según Daly y Lewis (2000), se conceptualiza como las *“actividades que se realizan y las relaciones que se entablan para satisfacer las necesidades materiales y emocionales de niños y adultos dependientes”* (Esquivel, 2012: P. 148).

El enfoque de la economía del cuidado sin lugar a duda ha enriquecido el análisis del trabajo de cuidado ingentemente, pues al definir al trabajo de cuidados de forma más específica que como trabajo reproductivo y poner énfasis en el proceso de trabajo más que en el lugar de la producción (Razavi y Staab, 2010), la economía del cuidado permitió analizar el contenido de cuidado de ciertas ocupaciones (usualmente feminizadas) y observar la penalización a los trabajadores y trabajadoras que se desempeñan en ellas; con ello se logró demostrar que en los sectores proveedores de cuidado, como educación, salud y también el servicio doméstico, los salarios tienden a ser menores que en otros sectores aun cuando se está en igualdad de condiciones si se consideran otras características (Esquivel, 2011: P. 13).

Pero aun con las ventajas que ofrece el análisis a partir del concepto de la economía del cuidado, Esquivel (2011), resalta la existencia de por lo menos dos problemas del desplazamiento conceptual “del trabajo al cuidado”:

- El primero resulta del énfasis en las actividades de cuidado “directo”¹ de personas, pues con ello excluye las actividades más instrumentales del trabajo doméstico (como cocinar o limpiar) por no tener un contenido relacional y ser reemplazables en el mercado. Estas actividades, en economías como la latinoamericana, deben de considerarse como cuidado indirecto o como una precondition para que el cuidado directo ocurra; por ejemplo, la mercantilización del cuidado en forma de servicio doméstico es frecuente en la región, aunque depende de la tecnología e ingresos de los hogares.
- El segundo, por el énfasis puesto en el cuidado de dependientes se enfoca en el extremo contrario al estudiado en el marco del debate sobre el trabajo doméstico y deja fuera del análisis a los adultos no dependientes, quienes pueden dar y recibir cuidados en términos recíprocos, tal como lo hacemos cuando cuidamos de amigos y amigas, parejas y familiares.

Estos problemas repercuten en el nivel de análisis, pues favorecen lecturas más institucionales y microeconómicas, aprovechando de forma parcial la ventaja que tiene la economía del cuidado de incorporar a los distintos espacios significantes de “economía” –el espacio del mercado, de lo monetario y de la producción, allí donde se generan los ingresos y donde se dirimen las condiciones de vida de la población– el espacio que implica el “cuidado” –lo íntimo, lo cruzado por los afectos, lo cotidiano– (Esquivel, 2012: P. 148). En este escenario el análisis económico se encontraría sesgado y sería incapaz de explicar una proporción sustantiva de las desigualdades existentes (Rodríguez 2010).

Debido a estas limitaciones en la literatura feminista se inserta al cuidado como categoría analítica del estado de bienestar. Con el objeto de caracterizar dónde se cuida, quién cuida y quién paga, el cuidado es entendido como trabajo y relación interpersonal, pero también como responsabilidad socialmente construida que se inscribe en contextos sociales y económicos particulares. Por tanto, el punto de partida en el estudio del tema, desde este marco conceptual, es el conjunto de políticas existentes, es decir, se lleva a cabo un análisis del cuidado con un corte transversal, análisis que se basa en las distintas políticas implementadas conforme a los pilares que componen el régimen de bienestar, considerando la “lógica del cuidado”² como complemento de la “lógica de la protección

¹ Entendidas como las actividades de carácter relacional, entre las que se considera: el compartir las comidas, el brindar apoyo emocional al adulto mayor o el leer cuentos a los niños antes de ir a dormir.

² Centrada en las políticas que asignan tiempo para cuidar, dinero para cuidar y servicios de cuidado.

social” que busca garantizar los ingresos para alcanzar un mínimo umbral de consumo (Esquivel, 2012: PP. 151-153).

Este planteamiento, a partir de los regímenes de bienestar, contribuye a llevar a cabo un análisis del cuidado a un nivel macro; sin embargo, ante las distintas dinámicas familiares, las diversas condiciones de los mercados de trabajo y las diferenciadas estructuras económicas de América Latina, se ha propuesto desarrollar el estudio del tema como categoría analítica de la denominada organización social del cuidado, ya que esta categoría hace alusión a la “configuración dinámica de servicios proporcionados por diferentes instituciones y la forma en que los hogares y sus miembros se beneficiarán de ellas”, señala Faur (2009). Se trata de un concepto que pone en evidencia que aquello que se toma como supuesto y “natural” en un contexto no lo es en otros, y que ante ello es necesario entender no sólo los modos en que la política social o las regulaciones del mercado de trabajo distribuyen y asignan responsabilidades de cuidado en distintos estratos sociales, sino también cómo estas desigualdades de clase se producen y reproducen en el ámbito económico monetario (Esquivel, 2012: 154 – 155).

Por tanto, a través de esta breve revisión teórica-analítica se puede evidenciar la existencia de un proceso evolutivo en las perspectivas que contribuyeron al estudio del cuidado. Primero, el reconocimiento del trabajo doméstico que dio pie a pensar en las actividades en el ámbito del hogar como trabajo, aun cuando no tomaba en cuenta a las actividades de cuidado por considerarlas intransferibles. Segundo, el análisis del trabajo reproductivo que sí evidenció a las tareas de cuidado como un trabajo y que además permitió reconocer la importancia económica de las actividades desarrolladas por las mujeres y su interdependencia con las actividades productivas. Tercero, la investigación desde la denominada economía del cuidado, que separó el cuidado de otras actividades no remuneradas, lo definió de forma más específica que al trabajo reproductivo y puso énfasis en el proceso de trabajo más que en el lugar de la producción; este marco presenta limitaciones que se compensan al analizarse como regímenes de cuidado en concordancia con el conjunto de políticas según los estados de bienestar existentes, regímenes cuya variabilidad en la región latinoamericana ha gestado la investigación del trabajo de cuidados bajo el marco analítico de las organizaciones sociales del cuidado.

1.2 El concepto de cuidado

El proceso del que se origina la investigación del trabajo de cuidados da cuenta también de una evolución en su conceptualización. Daly y Lewis (2011) lo reconocen y reseñan que sus orígenes se remontan al intento de conceptualizar una característica que define la condición vital femenina. *“La naturaleza del trabajo que interviene en los cuidados fue una consideración fundamental desde el primer momento, toda vez que el objetivo era definir por derecho propio la actividad que constituye el cuidado de otras personas, identificar sus características específicas, y analizar de qué modo dicha actividad y la responsabilidad de la misma acentuaban la posición desventajosa de la mujer”* (Daly y Lewis, 2011: P.228).

Con el tiempo, el concepto de cuidado ha ido ampliándose en respuesta al carácter cambiante de las formas de organización de los cuidados en la práctica (Daly y Lewis, 2011) y ha pasado a ser de uso común en los discursos no académicos y sociológicos; sin embargo, enfrenta una problemática en particular: la falta de concreción de su significado, que da lugar a una imagen parcial y fragmentada de los cuidados en la sociedad. *“En particular, se tiende a presentar los conceptos de cuidados como genéricos cuando en realidad son específicos de, y están circunscritos a, el dominio privado o bien el público”* (Thomas, 2011: P.146)

Carol Thomas (2011) plantea la necesidad de especificar a qué tipos de cuidados nos referimos al iniciar una investigación y propone para ello tomar en consideración siete dimensiones asociadas al concepto multidimensional del cuidado. Estas son:

- a) La identidad social de la persona cuidadora, dadas las características sociales que la definen como cuidadora, ya sea en función de sus roles familiares o profesionales;
- b) La identidad social de la persona receptora, refiriéndose a las características sociales de quien recibe cuidados, en función de su pertenencia a un grupo o a su grado o situación de dependencia;
- c) Las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados, definidas en función de los lazos o vínculos que los puedan unir (familiares o no familiares);
- d) La naturaleza de los cuidados, buscando definir el contenido social primario de los cuidados (como un estado de actividad o un estado afectivo);

- e) El dominio social en el cual se localiza la relación de cuidados, referido básicamente a la distinción entre los espacios públicos y privados, ya que los cuidados brindados en estos dos ámbitos tienen características diferentes;
- f) El carácter económico de la relación de cuidados, para distinguir si se trata de una relación de carácter asalariado o no asalariado, teniendo en consideración que los cuidados en el dominio doméstico no son exclusivamente no remunerados y los del dominio público no son exclusivamente remunerados;
- g) El marco institucional en el que se prestan los cuidados, pues algunos autores sólo se centran en el hogar y otros consideran marcos institucionales y organizativos, espacios como el hogar, el hospital, las instituciones residenciales, entre otros.

Estas dimensiones son para Thomas las partes que se unen para construir un concepto total; según la autora, las definiciones variables en el plano de estas siete dimensiones son las que, combinadas, dan lugar a conceptos muy diferenciados de cuidados. Se pretende partir de este razonamiento para plantear el concepto de cuidados en la presente investigación.

Ahora bien, Carrasco, Borderías y Torns (2011) reconocen que los cuidados (como trabajo) se han construido históricamente en una estrecha interrelación entre su dimensión de trabajo, su dimensión emocional y de responsabilidad, y su desempeño dentro de un sistema determinado de relaciones familiares y de género; en tanto que Esquivel (2012) deja en claro que el concepto de cuidado es polisémico y está lejos de encontrarse una noción de consenso.

Sin embargo, Batthyány *et al* (2013) afirman que 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. Involucra hacerse cargo del cuidado material (que significa un trabajo), del cuidado económico (que implica un costo económico), y del cuidado psicológico (que requiere un vínculo afectivo, emotivo, sentimental). Para la autora, el cuidado puede ser brindado de manera remunerada o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera gratificada en el marco de la familia o fuera de la misma. Esta conceptualización, que la propia investigadora no pretende que sea exhaustiva, contiene las siete dimensiones expuestas por Thomas en algunas de sus variantes.

Una conceptualización más específica es desarrollada por López Ortega y Jiménez Bolón (2014), quienes definen un tipo de cuidado: de largo plazo. Para estos investigadores los cuidados de largo

plazo son “*aquellas actividades y servicios que se proveen... a las personas de cualquier grupo de edad que, debido a problemas de salud o limitaciones, no pueden cuidarse por sí mismas durante largos periodos... estos cuidados pueden proveerse en diferentes lugares y distintos tipos de recursos humanos pueden llevarlos a cabo..., se dividen en formales e informales, los formales realizados por profesionales y auxiliares de la salud y los informales por familiares, amigos, etc.*” (López Ortega y Jiménez Bolón, 2014: PP. 29-30). En este concepto también se pueden identificar las dimensiones de Thomas, ya que los autores señalan la identidad social de la persona cuidadora (profesional o por roles familiares), la identidad social de la persona receptora (por encontrarse en situación de dependencia), las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados (que pueden o no ser familiares), la naturaleza de los cuidados (como actividades o servicios), el dominio social (ámbito público o privado), el carácter económico de la relación de cuidados (remunerada o no remunerada) y el marco institucional (formal e informal).

Por tanto, en la presente investigación se considerará como cuidado de los adultos mayores a aquellas actividades de apoyo que brindan hombres o mujeres, familiares o no, a personas en edad avanzada (mayores de 60 años); estas actividades contribuyen a cubrir diversas necesidades básicas e instrumentales del adulto mayor, que se desarrollan dentro del hogar (en el dominio privado) y que pueden ser de forma remunerada o no remunerada. Al igual que los trabajos anteriormente reseñados, en esta conceptualización se pueden identificar las variantes de las dimensiones propuestas por Thomas.

1.3 El cuidado de adultos mayores: Antecedentes

El proceso de envejecimiento en México es un fenómeno de carácter global, ocurrió primero en los países desarrollados y está aconteciendo en los países en desarrollo; sin embargo, en estos últimos “*se está presentando recientemente y con gran rapidez, sin que se hayan resuelto problemas ancestrales de pobreza, rezagos en la escolaridad, empleo inadecuado, deficiencias en la salud y sistemas económicos inequitativos*” (Ham Chande, 2010: 59).

La crisis económica en Latinoamérica, las transformaciones de los Estados y los cambios en la orientación de las políticas sociales influyeron en las últimas décadas para que la responsabilidad por el bienestar social se privatizara, transfiriendo a las familias, a las comunidades y al mercado tareas que, en ciertos casos, los Estados dejan de cumplir (Aguirre, 2007). Entre estas tareas se

encuentra el cuidado de niños, dependientes, enfermos temporales y adultos mayores quienes, a diferencia del resto de la población, requieren de una mayor atención.

Al considerar la velocidad y el contexto en el que se da el proceso de envejecimiento de la población en la región surge la preocupación por una creciente demanda de cuidados de la población en edades avanzadas, en particular los de naturaleza continuada cuya satisfacción principalmente depende del apoyo familiar (Huenchuán y Saad, 2010). En México, al inicio de la primera década del presente siglo, los análisis sobre la provisión de cuidados a la salud y el apoyo a los adultos mayores estaban basados en muestras de poblaciones pequeñas (Hernández, Arenas y Valde, 2001; Robles, 2001 y 2005); sin embargo, con la ulterior disponibilidad de fuentes de datos nacionales se comenzó a contar con información adicional sobre los cuidados personales y de la salud que se realizan en el hogar (Wong, González González y López Ortega, 2014: 208).

1.3.1 El contexto del envejecimiento demográfico y la demanda de cuidados

Como proceso poblacional, el envejecimiento hace referencia al periodo en el que las estructuras por edad de una población se transforman y llegan a un estadio en el que se evidencia un incremento porcentual y absoluto de la población en edad avanzada (Ham Chande, 2010). Al analizar los retos que implica este fenómeno, uno de los temas que ha cobrado relevancia es el de la demanda de cuidado de la población adulta mayor, dada la tendencia creciente que se espera seguirá y el contexto en que esto ocurriría.

Al hacer una revisión de la literatura sobre el contexto en el que se desarrolla el envejecimiento demográfico mexicano y, en consecuencia, del panorama en el que acontecería el incremento de la demanda de cuidados, se pueden considerar tres grandes aspectos: los cambios en la familias mexicanas, la seguridad económica de la población adulta mayor y las condiciones de salud y cobertura médica de la misma.

Cambios en las familias mexicanas

Wong, Espinoza y Palloni (2007: 446), al hacer un análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001 y 2003, encuentran que el sistema de apoyos familiares es muy activo entre los adultos mayores y sus familiares, que el subsidio familiar parece aumentar con la edad de los adultos mayores y que los apoyos tienden a intensificarse cuando se evidencian cambios en el estado de salud del integrante en edad avanzada.

Sin embargo, aun cuando la organización familiar se configura de tal manera que se facilite la atención de los miembros en edad avanzada, la ocurrencia de importantes cambios en la dinámica y en la estructura de la familia mexicana debilitan su función como ente oferente de cuidados (Montes de Oca y Hebrero, 2008).

El argumento más común de los efectos en la oferta de cuidados, debido al cambio en las familias, parte del descenso de la fecundidad, que reduce el tamaño de la familia y, con ello, la disponibilidad de hijos e hijas que vivan con los padres o puedan brindarles apoyo en su vejez (López Ramírez, 2008). Este señalamiento es corroborado en resultados obtenidos por Saad (2003), quien encuentra que en América Latina una descendencia numerosa se asocia positivamente con la probabilidad de que un adulto mayor viva al menos con un hijo y que la probabilidad de recibir ayuda ante la presencia de limitaciones para llevar a cabo actividades funcionales se incrementa al tener 5 o más hijos. No obstante, se debe considerar que el tamaño del hogar no necesariamente es el único determinante para una mayor atención de los adultos mayores, ya que por ejemplo, en hogares con mayor pobreza, que por lo general tienden a presentar un tamaño de familia mayor, la mitad de las personas adultas mayores considera que le resultaría muy difícil o imposible conseguir ayuda para que le cuiden durante un periodo de enfermedad (INMUJERES, 2015).

Además de una baja fecundidad, la literatura menciona que factores como la inserción de las mujeres en los mercados laborales, los cambios residenciales y las migraciones, pueden comprometer la disponibilidad de ayuda familiar para la población en edad avanzada. En efecto la entrada de la mujer al mercado de trabajo, además de un incremento en su acceso a oportunidades de educación, ha generado cambios en la composición de la estructura familiar tradicional (García et al, 1999); sin embargo el planteamiento que ve la inserción laboral femenina en detrimento de la cobertura de las necesidades de cuidado sustenta que se dispondrá de una menor población que principalmente cuidaba; argumento que no necesariamente se cumple pues en un contexto en el que las relaciones familiares son aun tan fuertes y en el que desprenderse de la responsabilidad de cuidar por ejemplo, a un enfermo crítico no es una opción y resulta inaceptable, el cuidado no es reemplazado por el trabajo extradoméstico sino que más bien, en la gran mayoría de casos, se suma el tiempo de ambas actividades en el rol diario de la mujer. El trabajo de López Ortega (2009) confirma lo anterior pues entre los resultados de la investigadora se observa que la ocupación y

tener un trabajo fuera del hogar, no fueron factores relevantes en la determinación de la probabilidad de cuidar ni del tiempo dedicado a realizar dichos cuidados.

Al poner atención en los cambios de los arreglos residenciales, los datos permiten inferir que la mayoría de las personas adultas mayores viven en compañía de sus familiares - la mitad de los hombres (49.7%) en nucleares³; 38.1% en ampliados⁴ y 1.7% en compuestos⁵ y las mujeres con menor frecuencia en hogares nucleares y más en ampliados, 37.9 y 47.0%, respectivamente; su presencia en hogares compuestos es similar a la de los hombres adultos mayores. En ambos casos es mínima la proporción de personas que viven en hogares de corresidentes⁶- lo cual puede contribuir a su bienestar físico y emocional, particularmente en el caso de quienes requieren de cuidados o apoyo a causa de una enfermedad o discapacidad, y en hogares donde no se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Sin embargo, un 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores viven solas/os, en hogares unipersonales, lo cual puede significar que están en situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad que no puedan satisfacer por ellas/os mismas/os (INMUJERES, 2015); pues en América Latina y el Caribe vivir solo, para un adulto mayor, podría más bien representar un riesgo asociado a la falta de una mejor opción (Saad, 2004).

Finalmente, el efecto de un incremento en la migración rural-urbana o al extranjero, afirma Saad (2003), puede acarrear tanto desventajas como ventajas para los adultos mayores. Por un lado, el número de parientes que pueden prestar apoyo se reduce si los hijos migran a zonas urbanas o al extranjero, y el apoyo informal se dificulta cuando los hijos se establecen en comunidades distantes. Por el otro, la migración incrementa los recursos económicos de los hijos así como su capacidad para enviar remesas, lo que contribuye a financiar la vejez en las comunidades de origen.

Cobertura médica y servicios para la atención de adultos mayores

La esperanza de vida en México ha incrementado en las últimas décadas y a la fecha es de 72 años para los hombres y 77 años para las mujeres (INEGI, 2015). Por motivos propios del desgaste

³ Los hogares nucleares se integran por una pareja con o sin hijos, o uno de los progenitores e hijo(s) o hija(s)

⁴ Los hogares ampliados son hogares familiares conformados por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por un(a) jefe(a) y al menos otro(a) pariente.

⁵ Los hogares compuestos son hogares familiares conformados por un hogar nuclear o ampliado y al menos un integrante sin parentesco. En conjunto, hogares ampliados y compuestos, se denominan hogares familiares extensos.

⁶ Hogar formado por dos o más integrantes sin parentesco con el/la jefe(a) del hogar

biológico que experimenta el cuerpo de todo ser humano, el individuo tiende a presentar problemas de salud conforme va avanzando en edad y, en la gran mayoría de los casos actuales, se trata de problemas relacionados con enfermedades de más larga duración, cuyos costos por persona son mucho más altos que aquellos de enfermedades infecciosas. (Nigenda *et al*, 2007). De esta forma, la prolongación del periodo de vida representa un reto para los sistemas de salud y protección social del país; sin embargo, este reto se genera en un contexto en el que aún no se ha logrado una cobertura universal del sistema de salud y en mucho menor medida se han implementado servicios para una adecuada atención de la población en edad avanzada.

Gutiérrez Robledo, López Ortega y Arango Lopera (2012), realizan una breve reflexión sobre el estado de los servicios de salud de México y notan un incremento en la cobertura médica del país, la cual atribuyen a la combinación entre instituciones de carácter contributivo, asistencial y privado. Wong, González González y López Ortega (2014), abordan también el tema de los servicios de salud y, al revisar las cifras oficiales del Censo 2010, encuentran que 71% de las personas de 60 años y más declararon estar afiliadas a alguna institución o programa que les brinda servicios médicos; de este porcentaje más de 50% se atiende en el IMSS y un considerable 28% se atiende en el Seguro Popular. Escenario que evidencia la importancia cobrada por esta última institución en el logro de una mayor cobertura médica.

Lo anterior constituye un importante avance, sin embargo, aun con los altos índices de afiliación, Wong y sus colaboradores (2014) advierten que la cobertura universal de servicios médicos está aún lejos de lograrse y que la falta de estrategias integrales de apoyo social y de salud para los adultos mayores, así como la orientación hacia programas de pobreza focalizados, han ocasionado que gran parte de la responsabilidad y la atención directa en salud y en cuidados personales para los adultos mayores recaiga sobre la familia y en general en las mujeres. Esto último, principalmente porque, aunado a las limitaciones que todavía presenta el sistema de salud en cuanto a cobertura, los servicios sociales y en salud formales⁷ organizados en estrategias de cuidado de largo plazo para los adultos mayores en México, son todavía escasos y están divididos entre distintas instituciones que los proveen (López Ortega y Jiménez Bolón, 2014).

⁷ Los servicios de cuidado formales son aquellos prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimos de lucro, entre cuyas finalidades se encuentra la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

Dentro de la asistencia pública, que brinda algún tipo de cuidado formal en México, destacan también el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). El primero cubre a toda la población cubre a toda la población y el segundo se enfoca a la atención de personas de 60 y más años, pero ambas instituciones están descentralizadas y aunque esta característica ha brindado la oportunidad a los estados de generar servicios respondiendo a sus características y necesidades específicas, no todos tienen el interés o cuentan con la capacidad técnica y financiera para atender las demandas de la población adulta mayor.

Seguridad económica

El ambiente económico que prevalece en México hoy en día augura una situación complicada para la población en edad avanzada mexicana. En el país una tercera parte de la población adulta mayor trabaja para el mercado laboral, con marcadas diferencias entre mujeres y hombres y con una tendencia decreciente conforme aumenta la edad; solamente un 8.7% de las mujeres adultas mayores está pensionada o jubilada, o recibe pensión por viudez, situación en la que se encuentra una cuarta parte de los hombres; esta diferencia responde a la mayor actividad económica de ellos y a que las trayectorias laborales femeninas generalmente son cortas e interrumpidas (INMUJERES, 2015).

Dos son las fuentes de recursos con las que el individuo en edad avanzada cuenta: las formales y las informales. Entre las fuentes de recurso formales se consideran a los institucionalizados, es decir, las pensiones, subsidios y salarios; en tanto que entre las informales se encuentran los bienes y capital adquirido por el individuo y el apoyo familiar (Wong, González González y López Ortega, 2014)

Las pensiones es uno de los temas que causó la principal preocupación en México al evidenciarse los inicios del proceso de envejecimiento, ya que el sistema bajo el que se instrumentaban funcionaban de tal modo que la población en edad activa era la que aseguraba el ingreso de la generación de personas que pasaban al retiro. Este sistema, ante un escenario en el que las cargas de los grupos de edad se invierten y la población en edad avanzada pasa a representar una mayor proporción, indiscutiblemente resulta insostenible (Van Gameren, 2010).

Los cálculos actuariales de décadas atrás ya advertían tal problemática, pues el pago que se otorgaba durante los años en retiro superaba por mucho las aportaciones realizadas durante la vida activa (Ham, 2010). El tema se analizó y discutió por un tiempo considerable y, en vista de las consecuencias que se preveían, se cambió el sistema de pensiones por el de capitalización individual; según este último el individuo ahorra durante su vida activa para cubrir sus necesidades durante los años de inactividad futura. Este sistema tiene varias debilidades (Ham, 2010); en primer término por la forma como acentúa la desigualdad económica y de género, pues no todos cuentan con un ingreso que les permitan ahorrar y las mujeres se encuentran aún en mayor desventaja producto de su menor permanencia dentro del mercado laboral y, en segundo término, por tratarse de un sistema que se instrumenta dentro de un sistema financiero deficiente, que brinda pocos incentivos al ahorro.

Los subsidios son ingresos que el individuo adquiere de forma no contributiva y tienen por finalidad garantizar un ingreso mínimo a la persona a fin de que pueda satisfacer sus necesidades más básicas (Aguilera, 2010); sin embargo su financiamiento proviene de los impuestos y, ante una creciente proporción de la población en el mercado informal, se prevee una mayor demanda. Esta situación también es insostenible pues llevaría a un incremento en los impuestos que, a su vez, desincentivaría el insertarse a un empleo formal y reproduciría en mayor medida el problema (Van Gameren, 2010).

Finalmente, es importante mencionar que la acumulación de bienes y capital, representa una importante fuente de ingreso para la población en edad de retiro, pero desgraciadamente solo una pequeña proporción de la población tiene la posibilidad de adquirirlos durante su etapa activa y, en consecuencia, no constituye una salida para solucionar el problema de la seguridad económica en la vejez de un importante porcentaje de mexicanos en edad de retiro (Wong, González González y López Ortega, 2014).

1.3.2 Principales efectos del trabajo de cuidado

La sección anterior permite someramente dar cuenta de las limitaciones que en materia de cuidado experimentará la población adulta mayor dado el contexto en el que el envejecimiento se genera y, en consecuencia, permite sustentar la necesidad de una intervención por parte del Estado para satisfacer el nivel mínimo de necesidades de este segmento de la población con tendencia a incrementar. Sin embargo, tal y como plantea Saad (2011), el Estado no solo debe involucrarse

de manera más decisiva en los cuidados de larga duración mediante el apoyo formal, sino también fortalecer la capacidad de las familias de seguir brindando apoyo a sus miembros mayores, sin que ello implique arriesgar el ejercicio de sus propias opciones, particularmente en el caso de las mujeres que son en quienes recaen principalmente las responsabilidades de cuidado. Por tanto, en esta sección se plantean algunos de los efectos que en lo familiar y en lo personal tiene el desarrollo de las tareas del cuidado.

En lo familiar

La crisis económica en Latinoamérica, las transformaciones de los Estados y los cambios en la orientación de las políticas sociales influyeron en las últimas décadas para que la responsabilidad por el bienestar social se privatizara, transfiriendo a las familias, a las comunidades y al mercado tareas que, en ciertos casos, los Estados dejan de cumplir (Aguirre, 2007); entre estas tareas se encuentra el cuidado de niños, dependientes, enfermos temporales y adultos mayores quienes, a diferencia del resto de la población, requieren de una mayor atención⁸.

Al considerar la velocidad y el contexto en el que acontece el proceso de envejecimiento de la población en la región surge la preocupación por una creciente demanda de cuidados de la población en edades avanzadas, en particular los de naturaleza continuada cuya satisfacción principalmente depende del apoyo familiar (Huenchuán y Saad, 2010).

En México, pocos son los estudios que tienen en cuenta el papel fundamental de las familias en la provisión de cuidados a la salud y el apoyo que dan al realizar diversas actividades relacionadas con atención a los adultos mayores. Al iniciar la década, los análisis estaban basados en muestras de poblaciones pequeñas; sin embargo, con la posterior disponibilidad de fuentes de datos nacionales se comenzó a contar con información adicional sobre los cuidados personales y de la salud que se realizan en el hogar (Wong, González González y López Ortega, 2014: 208).

La red familiar constituye la principal fuente de apoyos económicos y no económicos del adulto en edad avanzada. Huenchuan y Saad (2010: 124) afirman que, como consecuencia de un acelerado proceso de envejecimiento y de la presencia de instituciones que no están equipadas para hacer

⁸ Aunque todos en mayor o menor grado requerimos de algún tipo de cuidado.

frente a sus requerimientos, las personas mayores con necesidades de cuidado tienden a depender parcial o exclusivamente del apoyo informal que presta principalmente la familia.

Nigenda, López Ortega, Matarazzo y Juárez Ramírez (2007), como resultado de una indagación cualitativa, encontraron que el cuidado de un enfermo crónico o discapacitado implica una dedicación casi permanente durante el tiempo en que el familiar se encuentra en esa condición, y eso obliga a la familia a reestructurar completamente sus actividades cotidianas para atender a un enfermo que requiere vigilancia permanente. Para la población en estudio de estos investigadores, el hecho de tener en casa a un enfermo discapacitado constituye una de las situaciones de mayor tensión y sufrimiento para la familia.

En lo personal

Un acercamiento más específico en el estudio de los efectos del cuidado en quienes lo brindan es el centrado en las mujeres que cuidan, acercamiento que permite hacer una revisión de los efectos a nivel personal. Nigenda y sus colaboradores (2007), al llevar a cabo un análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT) 2002, observan que la distribución de las horas dedicadas a enfermos y discapacitados por parte de los miembros del hogar tiene un claro patrón de género y que a su vez los individuos pertenecientes a los niveles educativos y de ingresos más bajos tienden a dedicar un mayor número de horas, en promedio, que aquellos que se encuentran en los niveles altos.

Además, teniendo presente la indagación cualitativa a partir de los datos obtenidos en un trabajo de campo⁹, Nigenda y sus colaboradores (2007) encuentran que: 1) persiste el patrón típico en el que una mujer del hogar asume la responsabilidad principal del cuidado y asigna a otros miembros del hogar las tareas secundarias que se requieren para el cuidado del enfermo; 2) los efectos del cuidado de un enfermo crónico suelen ser devastadores para el núcleo familiar y sus integrantes, en lo particular para las mujeres que incurren en costos de oportunidad al tener que dejar de estudiar, trabajar o utilizar tiempos para su esparcimiento debido a la extensión de tareas que implica el cuidado del paciente; 3) las relaciones familiares con sus hijos y/o cónyuges se ven seriamente afectadas; 4) el desgaste impacta negativamente en la salud tanto física como

⁹ Llevado a cabo en Coahuila, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco, Oaxaca, Yucatán y el Distrito Federal.

emocional de los cuidadores y 5) el cuidado es asumido como parte de una responsabilidad moral y emocional, de la que desprenderse no es una opción pues es considerado moralmente inaceptable.

Jácome del Moral (2014), a partir de una revisión de los resultados obtenidos en la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012, destaca la ventaja de las mujeres que pertenecen a hogares de estratos altos, quienes tienen más oportunidades de acceso a la educación y a la diversión que las mujeres de estratos bajos. A partir de estos resultados la autora justifica la necesidad de potenciar una corresponsabilidad efectiva, que permita aligerar la carga de cuidado que tradicionalmente ha recaído sobre los miembros del hogar, en específico en las mujeres y que ha contribuido a acentuar la desigualdad de género aún más.

Además, la desigualdad se puede reproducir en el tiempo pues, si se reflexiona, la acumulación del tiempo dedicado a actividades diversas en el transcurso de la vida, las mujeres en general al dedicarse a tareas domésticas y de cuidados disponen de menos tiempo para trabajar a cambio de una paga. Si se compara el tiempo total que las mujeres habrán trabajado por dinero al llegar a la vejez, éste será mucho menor que el que habrán trabajado los hombres. Este panorama al que se puede agregar la disparidad salarial, tiene como resultado que, durante los últimos años de su vida, las mujeres estarán en una situación muy vulnerable: en el mejor de los casos, tendrán menos ahorros que los hombres y, en el peor, serán económicamente dependientes de alguien más (Rivero, 1013).

Lopez Ortega (2009), desarrolla un análisis más enfocado al cuidado de adultos mayores con base en la ENASEM 2001 y muestra que las mujeres tuvieron mayor probabilidad de realizar cuidados tanto para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), probabilidad que aumenta significativamente para el grupo de 46-59 años de edad; estos hallazgos resultan coherentes pues en dicho grupo de edad las mujeres se convierten en la principal fuente de apoyo para satisfacer las necesidades de cuidado de sus cónyuges.

1.3.3 Demanda de cuidados de la población adulta mayor mexicana: Principales indicadores y resultados

Merino (2013) destaca que el primer paso en el proceso de formulación de las políticas públicas es la selección del problema, pues a partir de ello se lograría identificar y estructurar una

justificación pertinente y adecuada sobre las razones que habrían de llevar a la intervención del Estado para afrontar un problema público en particular. Hasta el momento, en las secciones anteriores, brevemente se ha buscado colocar en perspectiva el problema que el acelerado envejecimiento implica en materia de las necesidades de cuidado de la población en edad avanzada, dado el contexto en el que se presenta y los efectos que genera en la población oferente de cuidado. Sin embargo, para argumentar la necesidad de una intervención estatal al respecto, resulta de suma importancia dimensionar la magnitud del problema y ello es en lo que la presente investigación pretende contribuir. En este sentido, a partir de lo hasta ahora recabado de trabajos desarrollados, se identifican tres variables a considerar al medir la magnitud de la demanda de cuidados: la edad, género y estado funcional del adulto mayor.

La edad

Si bien para identificar a la población adulta mayor se hace el corte de personas de 60 años y más, se deben tener presentes las diferencias dentro de este grupo, pues las condiciones de vida de una persona de 60 años difieren de las de una de 80. Entre las primeras se encuentran muchas personas económicamente activas y productivas, no dependientes de cuidados especiales, que dedican tiempo tanto al trabajo remunerado como al no remunerado; en tanto que conforme aumenta la edad, las probabilidades de deterioro de la salud se incrementan y, en consecuencia también el número de personas dependientes de cuidados (INMUJERES, 2015).

Un primer acercamiento a indicadores para medir la población con necesidades de cuidado es la relación de dependencia de cuidado. Este indicador resulta del cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 12 años y de mayores de 80 años (con diferencias en el peso entre distintos grupos etarios) y la población entre 15 y 74 años. La ventaja de esta medida es que resulta fácil obtener la información que requiere para su estimación; sin embargo, su mayor desventaja radica en que no permite notar diferencias entre las necesidades de cuidados, pues lo que mide es el número de personas que requieren o requerirían de cuidado por cada 100 con posibilidad de brindarlo.

Huenchuan y Rodríguez (2015) utilizan la relación de dependencia de cuidado para plantear una primera aproximación de la demanda de cuidados en la Ciudad de México, señalan que 18 personas necesitan de cuidado por cada 100 con posibilidad de brindarlo en esta ciudad en 2015 y destacan que, en la actualidad, la demanda se concentra en los niños pero está disminuyendo por el efecto

del decrecimiento de la fecundidad y la demanda de cuidado de las personas mayores se encuentra en proceso de crecimiento, y se espera que en los próximos 15 años se incremente de 12% a 19% del total, lo que en términos absolutos significa que la población adulta mayor con necesidad de cuidado aumentará 1,5 veces entre 2015 y 2030.

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) utiliza la tasa de cuidadores potenciales. Esta tasa se obtiene al dividir aquellas personas de 15 a 74 años entre la población total, masculina o femenina, según corresponda y permite analizar la disponibilidad de personas para realizar tareas de cuidados. Bajo el supuesto de que la población entre 15 y 74 años estará disponible para llevar a cabo trabajos de cuidado, la CEPAL señala que la posibilidad demográfica de contar con asistencia será limitada y presentará una amplia heterogeneidad entre países para el periodo 2000 – 2050, como consecuencia de la etapa de la transición demográfica en que se encuentra cada país (CEPAL, 2009: 219); este argumento que desde una perspectiva analítica general resulta coherente, no proporciona los medios para identificar a quienes realmente desarrollan tareas de cuidado, ni sus características.

Durán y Milosavljevic (2012) realizan una estimación un tanto más refinada de las previsibles demandas de cuidado en México (y otros países latinoamericanos), mediante la aplicación de la escala de Madrid II¹⁰ a las proyecciones de población del *World Population Prospects* en el horizonte 2010 – 2050, escala que asigna unidades de cuidado a cada grupo de edad¹¹. Aplicando esta metodología, las autoras afirman que, por el momento, no existe una urgente necesidad de grandes cambios en el sistema de prestación de atención en México pero que, con base a las proyecciones de población, los escenarios pueden hacerse progresivamente más complejos. No obstante, los valores de la escala que utilizan se basa en el criterio de lo que los expertos consideran se demanda de cuidados, con base en sus conocimientos pero sin un sustento empírico previo.

El género

Gran parte de las desigualdades entre mujeres y hombres adultos mayores son resultado de las desigualdades de género en otras etapas de su vida, que suelen situar a las mujeres en condiciones

¹⁰ Escala que asigna unidades de cuidado a cada grupo de edad: 0-4 años = 3 unidades, 5-14 años = 2 unidades, 15-17 años = 1 unidad, 18-64 años = 1 unidad, 65-74 años = 2 unidades, 75-84 años = 2 unidades y 85 y más años = 3 unidades

¹¹ Para un mejor entendimiento de la metodología, ver Capítulo II.

de desventaja en términos de bienestar social, económico y psicológico. Por ejemplo, menores niveles de educación asociados a estereotipos que privilegiaban la asistencia escolar de los niños sobre las niñas, y que en la edad adulta significaron menores oportunidades de incorporarse como fuerza laboral calificada (INMUJERES, 2015).

Adicionalmente, la carga reproductiva asociada a una fecundidad alta puede repercutir en la salud de las mujeres debido al desgaste ocasionado, que se suma a los cambios biológicos en la etapa post reproductiva que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial (Tepichín, 2009; World Bank, 2005). De esta manera, al medir la demanda de cuidados se requiere también tener presente que hombres y mujeres pueden tener distintas demandas.

El estado funcional

Una aproximación más específica tiene en cuenta la presencia de limitaciones funcionales en la población con 60 años y más, pues las condiciones en las que llega el individuo a edades más avanzadas pueden variar y, en consecuencia, su demanda de cuidados. Al vincular el cambio epidemiológico con la estructura etaria de los miembros de las familias mexicanas, 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 para realizar ciertas actividades básicas (Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD) y/o instrumentales (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD); utilizan como fuente de información los datos obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM 2001). El ejercicio realizado por las investigadoras, confirma el incremento de la presencia de limitaciones conforme aumenta la edad, debido a que únicamente 47% de quienes sobreviven a los 80 y más años manifiesta no tener ninguna limitación y casi una cuarta parte de esta población señala sufrir de limitaciones en ambos tipos de actividades (ABVD y AIVD).

En segundo lugar, ponen en evidencia una diferencia en la presencia de limitaciones con base en el estado civil del adulto mayor, pues entre los separados y divorciados existe una mayor presencia de personas con limitaciones funcionales (24.6%), situación que es más pronunciada entre los viudos (27.8%) y experimentada principalmente por las mujeres; y, en tercer lugar, que no existen diferencias significativas en la distribución de la población rural y urbana, dado que en ambos contextos hay una distribución muy similar de personas con deterioro funcional, pero señalan que

la problemática radica en que en las áreas rurales el acceso a servicios médicos de apoyo tanto para el enfermo hombre o mujer adulto mayor como para su cuidador primario es prácticamente inexistente. Estos resultados llevan a Montes de Oca y Hebrero a plantear que todavía hace falta mucha investigación sobre el deterioro funcional del adulto mayor y del impacto que éste tiene en la vida familiar.

En un estudio más reciente, López Ortega y Jiménez Bolón (2014) tienen por objetivo principal ofrecer un primer diagnóstico de la dependencia funcional, como punto de partida de la posible carga actual y futura que esta dependencia ocasiona sobre los cuidados de largo plazo; para este diagnóstico se basan en cuatro tipos de fuentes: El Censo de Población de 2010, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT) 2009 y la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012.

Al revisar la información del Censo de Población de 2010, los investigadores reseñan, en primer lugar, el número de limitaciones declaradas por la población y, en segundo término, el tipo de limitación que afecta a los adultos mayores. En el primer caso los investigadores destacan que el grupo 60 a 84 años es el que concentra la mayor proporción de población con dos y más limitaciones, grupo que adquiere relevancia reseñar por tratarse de individuos que en un futuro cercano requerirán de apoyo y cuidados, y que muy probablemente los requieran en un nivel de intensidad alto. Para el segundo planteamiento señalan que son la dificultad para caminar o moverse y la de ver en forma correcta aun usando lentes las de mayor prevalencia entre la población de 60 años en adelante y que a partir de los 80 años es cuando se incrementa de manera considerable la prevalencia de todo tipo de limitación y/o pérdida sensorial.

El análisis que desarrollan los investigadores utilizando los datos obtenidos por la ENSANUT 2012 reporta las limitaciones para llevar a cabo ABVD y AIVD de la población en edad avanzada, actividades que contribuyen a reflejar el estado de funcionalidad y autonomía o dependencia de las personas. En una primera revisión de los resultados, observan que 26.8% de los adultos mayores poseen alguna limitación para realizar ABVD y 24.6% para realizar al menos una AIVD, prevalencias que se incrementan con la edad y que son mayores en las mujeres que en los hombres. En una segunda exploración, los investigadores relacionan la dependencia con la limitación funcional, dependencia que estiman a partir de los sujetos que reportan requerir de ayuda de otros para realizar actividades básicas y/o instrumentales; observan que tanto las limitaciones como la

condición de dependencia asociada a estas se incrementan a medida que avanza la edad, y se disparan a partir de los 80 años.

Una tercera fuente de información retomada por López Ortega y Jiménez Bolón (2014) es la ENUT 2009, encuesta a partir de la que hacen una exploración en dos secciones: la primera con el objeto de determinar el número de adultos mayores que necesitan apoyos por estar enfermos temporalmente, tener alguna enfermedad crónica que requiere de cuidado especial o continuo o tener alguna limitación física o mental por la cual requieren de cuidado; y la segunda con el interés de indagar sobre el apoyo de los miembros del hogar a las personas mayores en función del tiempo dedicado por tipo de actividad. En el primer análisis los investigadores señalan que 25.7% del total de personas que requieren apoyo en un hogar son adultos de 60 y más años y que, entre éstos, el número de quienes requieren apoyo se incrementa conforme aumenta la edad; en tanto que en la segunda sección encuentran que, entre las actividades relacionadas con el cuidado de adultos mayores, estar al pendiente de la persona y realizar cuidados generales a la salud son las dos actividades que demandaron mayor tiempo de atención y que existe un fuerte componente de género en la prestación de cuidados, pues del total de horas dedicadas a actividades de este tipo 80.5% correspondió a horas dedicadas por mujeres.

Finalmente, con información de la ELCOS, López Ortega y Jiménez Bolón reseñan que 52% de los hogares urbanos mexicanos tenían por lo menos un integrante con necesidades de cuidado, entre estos 45.1% eran menores de edad, 7.9% algún integrante que requirió de cuidados de manera temporal y un 5.2% con algún tipo de limitación física o mental que le impedía valerse por sí mismo y que, en consecuencia, requería de cuidados permanentes. A partir de estos resultados, consideran necesario, en primer término, conocer los costos tanto monetarios como de costos de oportunidad, asociados con estos cuidados y en segundo término, investigar la posible sobrecarga en el cuidador, los efectos que tiene en su salud, así como sus efectos en la calidad de atención que se proporciona en consecuencia.

Huenchuan y Rodríguez (2015) también siguen una línea de investigación en la que consideran que la edad no es la única forma de acercarse a la cuantificación de la demanda de cuidado. Por ello, realizan un análisis sobre las necesidades de cuidado en la Ciudad de México, en la que en un primer nivel revisan la información obtenida del Censo sobre discapacidades que sufre la población de esta entidad y, en un segundo nivel, se centran en las necesidades de cuidado de los

derechohabientes de la Pensión Alimentaria, perspectiva para la que utilizan como fuente de información los datos obtenidos de la Encuesta sobre necesidades de cuidado de las personas derechohabientes de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal (2015)

A partir de la información del Censo 2010, las investigadoras señalan que en la población de 60 años y más, 50,6% del total de personas presentaba discapacidad en la capital del país y que en este segmento etario las mujeres tenían mayor prevalencia que los hombres. Encuentran que la principal causa de discapacidad, declarada por las personas mayores en la Ciudad de México, fue la edad avanzada (43,5%), le siguieron en orden decreciente la enfermedad (39,4%), un accidente (13,2%) y haber nacido así (2%), sólo 1,8% señala otras causas; y finalmente, que las dificultades para caminar o moverse son las que más limitan la esperanza de vida sana, indicador que alcanza un valor muy similar a los 60 años de edad tanto en los hombres como en las mujeres (17 y 18 años, respectivamente) a pesar de la mayor sobrevivencia de estas últimas, cifra que resulta congruente por el hecho de que se ha confirmado que las mujeres, en promedio, viven más tiempo (años) con mala salud que los hombres.

Por otra parte, los datos sobre necesidades de cuidado de los derechohabientes de la Pensión Alimentaria permiten hacer un análisis a partir de las limitaciones para realizar ABVD y AIVD. Entre los hallazgos principales de las investigadoras se observa, en primer lugar, que en efecto hay una diferencia de género, en la que una mayor proporción de personas con limitaciones para el desarrollo de cualquier tipo de actividades son mujeres e incluso entre quienes experimentan tanto dificultades básicas como instrumentales. En segundo lugar, en el instrumento se capta que las necesidades de ayuda no siempre dependen de la existencia de limitaciones objetivas, debido a que pueden deberse también, aunque en menor medida, a que se padece alguna enfermedad o únicamente porque la persona tiene una avanzada edad.

¿Qué más se puede aportar en torno al tema de cuidado de adultos mayores en México? La investigación en ciencias sociales constituye una labor en continua generación de información y de metodologías; la aportación que se propone realizar con la presente investigación es la de una metodología que radica en la creación de una escala, que considere, por un lado, las dificultades para el desarrollo de actividades y, por el otro, el tiempo de cuidado que tales limitaciones implican, tanto para quienes presentan algún tipo de limitación (ABVD y/o AIVD), como para aquellos adultos mayores que no presentan dificultad alguna pero aun así reciben apoyo. Este

instrumento cumple varias funciones: permite vincular, de forma más directa, las condiciones de salud de la población adulta mayor y sus consecuentes requerimientos de cuidado; de una forma sistemática permite realizar un acercamiento al diagnóstico de la demanda de cuidados y, a su vez, facilita conocer los efectos en materia del tiempo de cuidados, su costo económico en función del tiempo e incluso la carga presente y futura que implica el desarrollo del trabajo de cuidado, carga que, como se ha señalado en esta revisión bibliográfica, ha recaído principalmente en la familia y dentro de ésta en la mujer.

A continuación, en un segundo capítulo, se hace una revisión de tres fuentes de datos que pueden contribuir al análisis del cuidado de adultos mayores y a la construcción de la escala que se pretende desarrollar: ENUT 2014, ELCOS 2012 y ENASEM 2012; para posteriormente, en un tercer capítulo, diagnosticar las demandas de cuidado presentes y establecer escenarios para el año 2050.

Capítulo II. Metodología y revisión de fuentes de datos

El interés por el tema del cuidado adquirió relevancia en los últimos años a partir de dos constataciones: el alcance y efectos de la demanda de cuidado en el panorama actual y el incremento que se espera experimentará en el futuro. Con la estimación del índice de dependencia, el análisis de las limitaciones para realizar actividades que presenta la población adulta mayor y la medición del tiempo destinado a la actividad del cuidado se ha ido caracterizando a la demanda de cuidado, se han estimado costos económicos y evaluado sus efectos; pero, ¿Qué hay del segundo punto? ¿De qué forma se ha ido fortaleciendo el planteamiento de una creciente demanda de cuidado en el futuro?

El índice de dependencia se ha convertido en la principal medida para sustentar que la demanda de cuidados incrementará en un futuro, pues permite constatar el crecimiento de la población dependiente respecto a la no dependiente con base en las proyecciones de población; sin embargo, lo único que se puede argumentar a partir de este índice es que la proporción de población con tendencia a requerir de mayor cuidado se incrementará y, en consecuencia, también lo hará la demanda de cuidado.

La construcción de escalas es otro instrumento que ha contribuido a la medición de la demanda de cuidados presente y futura en diferentes países. Se trata de herramientas creadas con el objetivo de ponderar las necesidades de cuidado de la población reconociendo diferencias entre grupos de edad respecto a un grupo establecido como de referencia; estas escalas toman el nombre del país en el que son desarrolladas y establecen escenarios de la demanda de cuidados futura asociando las ponderaciones otorgadas a cada grupo de edad con las proyecciones demográficas del país.

El uso de escalas permite caracterizar la demanda de cuidado por grupos de edad y sostener que en efecto se incrementaría en un futuro en correspondencia a procesos como el envejecimiento demográfico; sin embargo, la construcción de estas escalas no se ha basado aun en estudios empíricos previos sino más bien en lo que se denomina *convención basada en criterios de expertos*, lo cual implica que las ponderaciones adjudicadas a cada grupo de edad son producto del criterio de un conjunto de expertos, quienes poseen un mejor conocimiento sobre el tema que el de la población general o el de los políticos que han de llevar a cabo las tomas de decisiones (Durán, 2012).

La tarea principal del presente proyecto es construir una escala de cuidados en México para la población adulta mayor con base en fuentes de información con representatividad nacional, escala que tome en consideración que la demanda de cuidado de las personas adultas mayores varía con la edad, por sexo y ante la presencia de algún tipo de limitación para la realización de actividades y que puede ser medida en función del tiempo; por tanto, los objetivos de este capítulo son, en primer lugar, explicar la metodología a seguir para la construcción de la escala, el diagnóstico de la demanda de cuidados y el planteamiento de los escenarios a futuro y, en segundo lugar, explorar de las fuentes de datos que permitirían llevar a cabo este ejercicio para el caso de México.

2.1 Metodología

2.1.1 La construcción de la escala de demanda de cuidados

La Escala de Madrid I, fue el primer acercamiento para la estimación de la demanda de cuidados vía la construcción de escalas; surgió en contraposición a la escala Oxford¹² (comúnmente escala OCDE), con el objetivo de ponderar la demanda de trabajo no remunerado según grupos de edad. La importancia de la Escala de Madrid I radica en ser el primer antecedente que reconoce una demanda diferenciada de ciertos servicios dentro del hogar según la edad del miembro que lo requiere, pues asigna ponderadores (que denomina unidades de cuidado) para contrastar los requerimientos de 6 grupos de edad con respecto a 1 grupo de referencia: el grupo de 18 a 64 años se consideró como población de referencia con una ponderación de 1 punto¹³, a los niños menores de 4 años se les pondera con 2 puntos, los de 5 a 14 años con 1.5 puntos, los adolescentes de 15 a 17 años con 1.2 puntos, a los de 65 a 74 años con 1.2, a quienes tienen entre 75 y 84 años con 1.7 puntos y a los mayores de 85 años con 2 puntos¹⁴ (Durán, 2012).

En el 2010, Durán hizo una modificación a la escala de Madrid I, renombrándola como Escala de Madrid II, con el objetivo de utilizar con mayor facilidad la información demográfica proporcionada por Naciones Unidas. En esta escala modificada el grupo de edad central se

¹² Escala frecuentemente utilizada en Europa en los estudios sobre pobreza para ponderar el consumo de bienes en los hogares aplicando el criterio de costos decrecientes según la composición de los hogares.

¹³ Ponderación que no equivale a una cantidad de tiempo determinada, sino a la media del tiempo que demanda el conjunto de la población de esta edad.

¹⁴ Ponderaciones que tampoco equivalen a una cantidad de tiempo sino a la proporcionalidad que por consenso de expertos se considera guardan las necesidades de cuidado de estos grupos con respecto al grupo de edad de referencia.

mantuvo en un punto, aunque ahora se refiere al grupo de 15 a 64 años en lugar del de 18 a 64 años y la ponderación de los grupos restantes se reajustó ligeramente¹⁵. Con esta versión, Durán y Milosavljevic (2012) llevan a cabo predicciones de la demanda de cuidados de América Latina y, entre éstas, la demanda futura de cuidados de México. Este ejercicio contribuyó a dimensionar el panorama futuro de las necesidades de cuidado de la población mexicana pero en él se parte de consideraciones que carecen de un estudio empírico previo que lo sustenten.

Las estimaciones a partir de medidas determinadas por expertos son válidas. En realidad constituyen un importante referente cuando no se dispone de información representativa sobre un tema, pero corren el riesgo de ser muy diferentes entre expertos incluso de una misma área, lo cual cuestiona en cierta medida su validez. En 2008, tuvo lugar en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) un curso que bien puede servir de ejemplo para lo antes mencionado; en este curso participaron 21 expertos latinoamericanos en asuntos sociales y estadísticos. Se les propuso estimar la demanda de cuidado en sus países por medio de la construcción de una escala, ejercicio que reveló la diversidad de apreciaciones entre participantes del mismo país, es decir, reveló que incluso para los expertos resulta muy poco conocido el volumen y la distribución del trabajo de cuidado en sus países (Durán, 2012).

La construcción de escalas como las de Madrid y sus subsecuentes sin lugar a duda ha contribuido al análisis del panorama actual y futuro de la demanda de cuidados en diferentes países. Sin embargo, a proposición de la propia Durán (pionera en la construcción de escalas) “*la escala de Madrid mejoraría su utilidad si puede apoyarse en información sobre el tiempo efectivamente dedicado al cuidado*” (Durán, 2012: 431). Esta sugerencia es aplicada en este proyecto dado que en México se cuenta con fuentes de información que recaban información sobre el tiempo dedicado a la realización de diferentes actividades.

La lógica bajo la que se pretende construir la escala de cuidados de adultos mayores en México coincide con el planteamiento de Durán en el sentido de que se reconocen diferencias en la demanda de cuidado por grupos de edad, pero la forma como se estiman las ponderaciones o unidades de cuidado de cada grupo difieren en términos absolutos, por tratarse de estimaciones a

¹⁵ A los niños menores de 4 años se les pondera con 3 puntos, los de 5 a 14 años con 2 puntos, a los de 65 a 84 años con 2 y a los mayores de 85 años con 3 puntos (Durán, 2012)

partir del cálculo de tiempos medios de cuidado obtenidos de forma directa de fuentes de información representativas a nivel nacional. Otra diferencia central, es que se pretende dividir a los requerimientos de cuidado según la presencia de limitaciones, y por sexo, pues a partir de la misma fuente se busca estimar las diferencias en las unidades de cuidado que se requieran en los grupos de edad en cada escenario.

Por tanto, para la creación de esta escala, se establece primero como grupo de referencia a la población de 60 – 64 años, por considerársele el grupo base o de inicio del envejecimiento como proceso biológico, y porque ante la literatura revisada se puede pensar que es el grupo de adultos mayores con la menor proporción de población con necesidades de cuidado. En segundo lugar, se crean otros tres grupos de adultos mayores (65 – 74, 75 – 84 y 85 y más años), bajo el criterio de que las demandas de cuidado crecen a medida que se incrementa la edad y que los cambios son en mayor medida perceptibles entre estos grupos.

Un tercer paso consiste en estimar los tiempos medios de cuidados por cada grupo de edad para hombres y mujeres, estableciendo tres escenarios: la población en general (independientemente de si admite o no tener algún tipo de dificultad), la población con limitaciones para llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la población con limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Ver Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1: Estimación de tiempos medios de cuidados			
Grupos de edad	Población en general	Población con dificultad para realizar AIVD	Población con dificultad para realizar ABVD
60 – 64	TM ₀	TM ₄	TM ₈
65 – 74	TM ₁	TM ₅	TM ₉
75 – 84	TM ₂	TM ₆	TM ₁₀
85 +	TM ₃	TM ₇	TM ₁₁

Donde: $TM_n =$
 $\text{Total Horas}_n / \text{Población}_n$

Un cuarto paso a realizar es el propio establecimiento de la escala, asignando unidades de cuidado en proporción al tiempo medio del grupo de referencia (Ver Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2: Escala de cuidado de Adultos Mayores en México			
Grupos de edad	Población en general	Población con dificultad para realizar ABVD	Población con dificultad para realizar AIVD
60 – 64	1	1+s	1+w
65 – 74	1+p	1+t	1+x
75 – 84	1+q	1+u	1+y
85 +	1+r	1+v	1+z

Donde:
 $p = TM_1 / TM_0 * 100,$
 $q = TM_2 / TM_0 * 100, \dots$
 $z = TM_{11} / TM_0 * 100$

Se busca que esta escala logre explicar la actual demanda de cuidado de forma congruente y pueda utilizarse para plantear escenarios a futuro, que sea útil tanto para la concientización del problema que implica el tema del cuidado en el presente como en el futuro y que fortalezca la postura de diferentes actores sobre la necesidad de instrumentar políticas públicas en materia del cuidado.

2.1.2 El diagnóstico de la demanda de cuidados

Finalmente, en un quinto paso, se estima la demanda de cuidados, con base a las unidades de cuidados necesarias en cada grupo y en cada escenario (Ver Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3: Demanda de cuidados de adultos mayores en México			
Grupos de edad	Población en general	Población con dificultad para realizar ABVD	Población con dificultad para realizar AIVD
60 – 64	$1 * \text{Pob.}$	$(1+s) * \text{Pob.}$	$(1+w) * \text{Pob.}$
65 – 74	$(1+p) * \text{Pob.}$	$(1+t) * \text{Pob.}$	$(1+x) * \text{Pob.}$
75 – 84	$(1+q) * \text{Pob.}$	$(1+u) * \text{Pob.}$	$(1+y) * \text{Pob.}$
85 +	$(1+r) * \text{Pob.}$	$(1+v) * \text{Pob.}$	$(1+z) * \text{Pob.}$

➔ Donde: Pob. es la población de los censos.

Este procedimiento que permite:

- Comprobar si las unidades de cuidado asignadas van incrementándose entre los grupos de edad de la población en general (con respecto al grupo de referencia) y si es distinta entre hombres y mujeres, en cada grupo.
- Revisar si las unidades de cuidado asignadas a la población que reporta algún tipo de dificultad difiere en relación con la población en general, en cada uno de los grupos de edad y por sexo.

2.1.3 Diagnóstico de Escenarios a 2030

Este segmento también requiere de una sucesión de pasos a desarrollar para su estimación:

Paso 1: Estimación del porcentaje de población que presenta algún tipo de discapacidad de la población general, en cada grupo de edad.

Paso 2: Estimación de la población proyectada que presenta dificultades, considerando que ésta corresponde, en 2030, al mismo porcentaje observada en la población actual.

Paso 3: La población estimada en 2030, para cada caso, en cada grupo, se multiplica por las unidades de cuidado correspondientes de la escala.

En esta sección se compararán las unidades de cuidado estimadas con los datos actuales y los estimados para 2030, a fin de ver en cuanto se incrementó la demanda de unidades de cuidado. Pues si bien los porcentajes son los mismos, dado el incremento de este grupo poblacional, se podrán notar los cambios en la demanda futura.

2.1.4 Tratamiento de las variables

Recordando el concepto de cuidado, los objetivos de la investigación, las preguntas a contestar y las hipótesis a comprobar, se requieren de las siguientes variables:

- Edad del demandante de cuidados: Debe de ser mayor a 60 años y se agrupará en cuatro: 60 a 64 años, 65 a 74 años, 75 a 84 años y 85 y más años.
- Sexo del demandante de cuidado: Variable dicotómica con valor 1 si quien demanda cuidado es hombre y 0 si es mujer.
- Condición de recepción de cuidados: Variable dicotómica en la que el entrevistado sea mayor a 60 años y reconozca que recibe algún tipo de ayuda para la realización de actividades, con valor 1 si recibe apoyo y valor 0 en caso de no recibirlo.
- Dificultad para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria: Variable dicotómica, con valor de 1 si el adulto mayor tiene dificultad para caminar, bañarse, comer, ir a la cama o usar el excusado y con valor 0 si no presenta ninguna de las anteriores situaciones.
- Dificultad para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria: Variable dicotómica, con valor de 1 si el adulto mayor tiene dificultad para hacer su comida, ir de compras, tomar medicamentos o manejar su dinero y con valor 0 si no presenta ninguna de las anteriores.
- Tiempo destinado al cuidado: Que puede ser en horas y minutos, solo en horas o con aproximaciones por intervalos de tiempo.

2.2 Exploración de fuentes de datos

Tres son las encuestas que pueden contribuir a un estudio sobre el trabajo de cuidado: la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social

(ELCOS) y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM); en todas ellas se recaba información referente al desarrollo de esta actividad.

En la presente sección se hace una revisión de cada una de estas encuestas con la finalidad de explorarlas y verificar si incluyen las variables necesarias para el desarrollo de esta investigación, para así definir, en función de los alcances y limitaciones que evidencien, la fuente de datos óptima para los objetivos de este proyecto.

2.2.1 Generalidades

Encuesta Nacional de Uso del Tiempo

Las encuestas sobre uso del tiempo (EUT) representan una importante herramienta en los estudios de género y poseen un amplio potencial para el desarrollo de análisis desde perspectivas sociológicas, demográficas y culturales. Uno de los principales aportes de las EUT es el proporcionar evidencia empírica sobre la magnitud del trabajo doméstico no remunerado, el cual recae fundamentalmente en las mujeres debido a los patrones de género vigentes, evidencia que ha permitido estimar su valor económico y su aporte a la economía nacional, además de su contribución social (INEGI, 2015a)

En el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de manera conjunta con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), en los últimos años se han realizado varios ejercicios para la instrumentación de encuestas que permitan conocer la forma en como los individuos distribuyen su tiempo; los primeros tres (1996, 1998 y 2002) se levantaron como un módulo de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH); los últimos dos (2009 y 2014) se llevaron a cabo como encuestas independientes.

En 2015 el INEGI, con el apoyo del INMUJERES, ponen a disposición de los usuarios los resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014, encuesta que tiene por objetivo *“obtener información, sobre la forma como las personas distribuyen su tiempo en diversas actividades... y, de manera específica, el tiempo que dedican al trabajo doméstico; al apoyo y cuidado de niñas y niños, personas enfermas o discapacitadas y otras y otros miembros del hogar; realizar compras, pagar servicios, así como las características del trabajo fuera del hogar, independientemente si se recibe o no un pago”* (INEGI, 2015b)

Para el levantamiento de la ENUT 2014, entre el 13 de octubre y el 28 de noviembre del 2014, se usó un cuestionario tipo “diario simplificado” el cual consiste en una lista exhaustiva de actividades preestablecidas referidas a la semana anterior a la entrevista, distinguiendo de lunes a viernes y de sábado a domingo. Esta encuesta, proporciona información estadística sobre la forma en que mujeres y hombres de 12 años y más distribuyen su tiempo en la realización de distintas actividades, además de las características sociodemográficas de los miembros con los que residen y características de la vivienda¹⁶. Esta información se obtuvo de casi 19 mil viviendas y sus resultados son representativos a nivel nacional, urbano, rural e indígena.

Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social

La participación femenina en actividades económicas, si bien se ha incrementado en los últimos decenios, está todavía muy por debajo de la participación masculina; las condiciones de los mercados laborales se encuentran entre los principales motivos asociados a esta marcada diferencia, condiciones fortalecidas por las limitaciones institucionales y las normas sociales persistentes. Por ello, surge la necesidad de generar un instrumento como la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) con el interés de visibilizar la situación actual de las mujeres en el mercado de trabajo y su relación con las tareas de cuidado que realizan en el interior de sus hogares.

La ELCOS 2012 es una primera versión de encuesta enfocada en el trabajo de cuidado, resultado de una labor interinstitucional¹⁷ previa que se inició con la Prueba del Módulo de cuidados a enfermos, discapacitados y menores de 18 años 2010, realizada en el estado de Michoacán. Este instrumento se mejoró con la Prueba piloto de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012, en zonas urbanas y suburbanas de las ciudades de Aguascalientes y León.

El INMUJERES e INEGI impulsaron el levantamiento de la ELCOS 2012, encuesta que tiene por objetivo “*Generar información estadística sobre las necesidades de cuidado en los hogares y la participación en ello de integrantes y no integrantes del hogar para determinar si existe una*

¹⁶ En estos últimos dos puntos reportadas por un único miembro: el jefe del hogar o un residente mayor a 15 años.

¹⁷ Realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con el respaldo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

sobrecarga de trabajo en las mujeres y si representa una barrera en su inserción laboral o su inserción en condiciones precarias” (INEGI, 2013)

Para el levantamiento de la ELCOS 2012 se utilizó un cuestionario mejorado que se aplicó en el levantamiento nacional entre el 22 de octubre y el 30 de noviembre de 2012. Esta encuesta tuvo por población objetivo a las mujeres entre 14 a 70 años de edad, a quienes se les preguntó sobre las características de la vivienda y del hogar, características sociodemográficas de los miembros e información respecto a sus labores de cuidado y su contexto laboral. El tamaño de la muestra fue de 19 850 viviendas y los resultados son representativos para la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y el agregado de las 29 áreas urbanas restantes del país.

Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México

El proceso de envejecimiento y las condiciones de vida y salud de la población adulta son temas de notable relevancia en los años recientes, toda vez que constituyen importantes retos a enfrentar y atender de forma urgente en el país. En tal sentido, resulta indispensable disponer de información que permita dimensionar el fenómeno, observarlo desde diferentes ángulos y apreciar sus consecuencias. La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) responde a estas necesidades y con ellas se se justifica su levantamiento (INEGI, 2013a).

La ENASEM es de tipo longitudinal, es decir, una encuesta que va siguiendo a una población en el tiempo y, por tanto, actualizando sus características respecto a determinadas variables. La ENASEM se realizó por primera ocasión en 2001, con la finalidad de obtener información acerca del proceso de envejecimiento de la población de 50 años y más, así como respecto a sus condiciones socioeconómicas, de salud y de discapacidad. En el año 2003, se llevó a cabo la segunda ronda de la encuesta, a fin de dar seguimiento a la información de la anterior; se identificaron los rasgos predominantes en cuanto a características referidas en la encuesta 2001 y se investigó su evolución (INEGI, 2013a).

La tercera ronda de la encuesta, en 2012, se realizó a solicitud de la Universidad de Texas Medical Branch, institución responsable de llevar a cabo el diseño conceptual y la definición de los cuestionarios bajo el criterio de asegurar comparabilidad con los resultados de 2001 y 2003. El INEGI, en su carácter de institución normativa y coordinadora del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), también realizó observaciones a los cuestionarios,

pero su tarea principal fue el diseño y desarrollo de los procesos de recolección y el procesamiento de los datos (INEGI, 2013a).

La ronda 2012 de la ENASEM tuvo por objetivo “*actualizar la información estadística recabada en los levantamientos anteriores (2001-2003) sobre la población de 50 y más años de edad en México, con representación urbana y rural, que permita evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la realización de sus actividades diarias*” (INEGI, 2013b).

La ENASEM es una encuesta nacional representativa de las personas nacidas antes de 1951, es decir, la población de 50 años o más a en el año 2001. La encuesta basal se realizó en el verano de 2001 y una visita de seguimiento a los mismos individuos se llevó a cabo en el verano de 2003. En el 2012, se realizó una visita de seguimiento a todos los individuos del panel; además, se actualizó la muestra agregando una muestra representativa de la población de las cohortes nacidas en 1952-1961 (INEGI, 2013b).

Los hogares con al menos un residente de 50 años o más fueron elegibles para ser parte de la muestra basal de la ENASEM. Si más de una persona era de edad elegible en los hogares seleccionados, una persona era seleccionada aleatoriamente para formar parte del estudio, si la persona seleccionada estaba casada o en unión libre, con un cónyuge que residía en el mismo hogar, entonces el cónyuge o pareja también era reclutado para formar parte de la ENASEM independientemente de su edad (INEGI, 2013b).

En 2012 la muestra objetivo quedó compuesta por dos grupos: a) Los sujetos de 50 años o mayores seleccionados en 2001 y sus parejas—identificadas al inicio del estudio en 2001 o en el seguimiento en el año 2003-, los fallecidos, los que siguen vivos y que viven en una vivienda privada en México. b) Los sujetos nacidos en 1952-61 seleccionados en 2012, así como sus cónyuges/parejas que viven con ellos en una vivienda privada en México (INEGI, 2013b).

2.2.2 Revisión de variables

Distribución por sexo y edad

Numerosos análisis han tratado de explicar las divergencias en la esperanza de vida de hombres y mujeres asociando a ello diferencias biológicas y sociales; esta argumentación plantea la necesidad

de tener presente la perspectiva de género en el análisis de las demandas de cuidado de la población adulta mayor. De este modo, producto de los riesgos biológicos y sociales a los que se encuentran expuestos los individuos a lo largo de su vida, se consideran procesos diferenciados de envejecimiento para hombres y mujeres, procesos que repercuten en diferentes demandas de cuidado y justifican el requerimiento de fuentes que cuenten con información sobre ambos sexos para el análisis de cada uno.

La variable edad es otro aspecto fundamental para el estudio de la demanda de cuidados, pues esta suele variar conforme al periodo de vida en el que se encuentre el ser humano. Si bien todos constantemente requerimos de cuidados, durante los extremos de las estructuras etarias es donde se concentra la mayor demanda de este servicio dadas las necesidades que presentan las personas en los primeros y los últimos años de vida; este hecho que justifica la pertinencia de realizar un análisis de los cuidados por grupos quinquenales de edad.

La ENUT es una encuesta dirigida a hombres y mujeres de 12 años y más, capta información sobre un total de 6,065 adultos mayores que conforman 10.8% de la muestra y que representan a una población de 13,059,053 adultos en edad avanzada¹⁸, valores cercanos a las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2010. De esta población 45.1% son hombres y 54.9% mujeres¹⁹. Las cifras nos indican que esta encuesta cumple con captar información de la población objetivo de este estudio según sexo.

En la gráfica No. 1 se puede observar la pirámide poblacional que comprende a hombres (lado izquierdo) y mujeres (lado derecho) mayores de 60 años a partir de la ENUT 2014. En primer lugar, y como es de esperar, se nota que el número de sobrevivientes es menor conforme aumenta la edad comprendida en los grupos, la suma de hombres y mujeres del grupo de 60 a 64 años representa el 31.3% del total de la población adulta mayor mientras quienes sobreviven en el grupo de 85 y más solo constituyen el 6%.

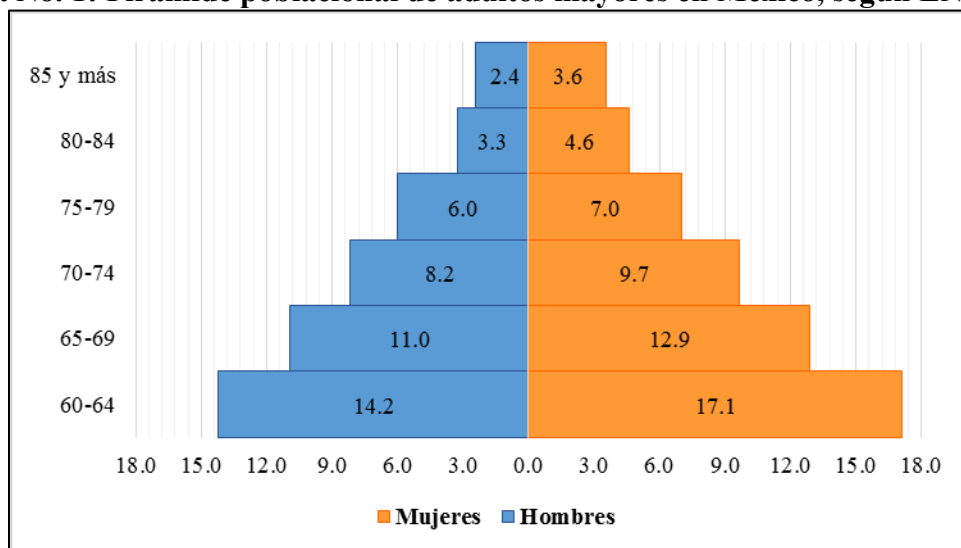
En segundo lugar, se evidencia una mayor proporción de mujeres sobrevivientes que hombres a cada grupo de edad; por ejemplo, en el grupo más joven (60 a 64 años) 17.1% son mujeres en tanto

¹⁸ Valores obtenidos utilizando el factor de expansión.

¹⁹ Estos porcentajes son obtenidos de la población ponderada, operación que se utilizará para todos los resultados en porcentaje en adelante presentados, a excepción de que se especifique lo contrario.

14.2% hombres y la tendencia sigue aún en el grupo de mayor edad (85 y más años) con 3.6% mujeres frente a 2.4% hombres. Estos resultados son compatibles con el patrón esperado y dan idea de una coherente distribución por edad y sexo a partir de la ENUT 2014, lo cual permite llevar a cabo un análisis que tenga en consideración a ambas variables.

Gráfica No. 1: Pirámide poblacional de adultos mayores en México, según ENUT 2014



Fuente: Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT) 2014.

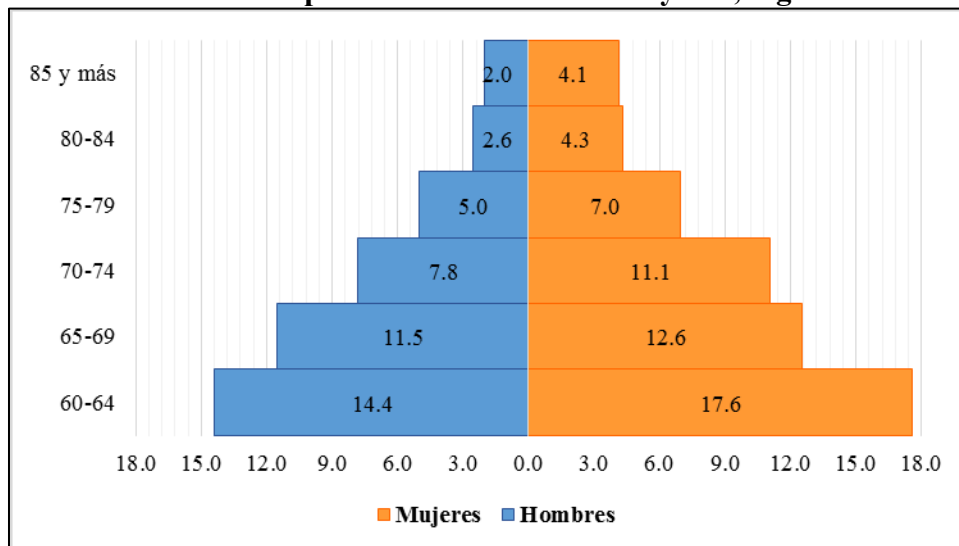
La ELCOS es una encuesta dirigida a mujeres de 14 a 70 años, capta información sobre un total de 14,360 mujeres, quienes reportan el número de residentes de sus hogares; al hacer una revisión de todos los integrantes del hogar (incluidas las mujeres seleccionadas) se obtiene un total de 59,699 personas, de los cuales se puede conocer edad y sexo conforme a lo declarado por la mujer elegida²⁰. Del total de integrantes de hogares con una mujer encuestada, 6,256 son adultos mayores (10.5%), cifra que representa a una población de 4,676,089 adultos de 60 y más años (43.3% hombres y 56.7% mujeres); esta población asciende a poco más de la tercera parte de la estimada para el país pero esto se entiende al recordar que se trata de una encuesta con representatividad en la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y el agregado de 9 áreas urbanas restantes en el país.

En la gráfica No. 2 se puede ver la pirámide poblacional que comprende a hombres (lado izquierdo) y mujeres (lado derecho) mayores de 60 años a partir de la ELCOS 2012; esta pirámide, al igual

²⁰ Denominación que se le da en la encuesta a la mujer entrevistada de cada hogar

que la anterior, presenta un menor número de sobrevivientes conforme se incrementa la edad comprendida en los grupos. La suma de hombres y mujeres del grupo de 60 a 64 años representa 32% del total de la población adulta mayor mientras 6.1% son sobrevivientes ubicados en el grupo de 85 y más.

Gráfica No. 2: Pirámide poblacional de adultos mayores, según ELCOS 2012

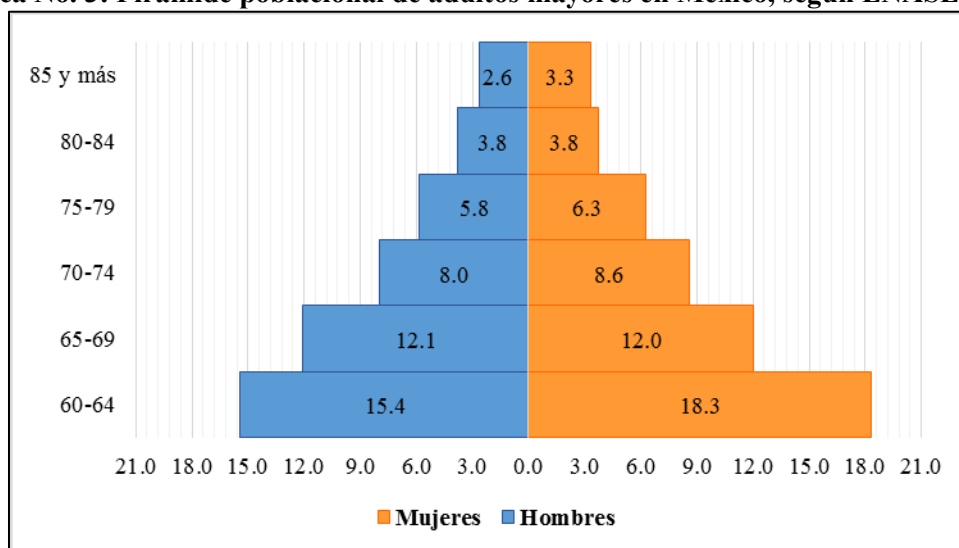


Fuente: Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012.

Así mismo, presenta una mayor proporción de mujeres sobrevivientes que hombres a cada grupo de edad; en el grupo más joven (60 a 64 años) 17.6% son mujeres frente a 14.4% hombres y la tendencia sigue hasta el grupo de mayor edad (85 y más años) pues en él 4.1% son mujeres y a 2.0% hombres. Estos resultados permiten realizar un análisis que tenga en consideración las variables sexo y edad, pero con la salvedad de sólo poder desarrollarse para el área de la que es representativa.

La ENASEM es una encuesta que tiene por población objetivo a hombres y mujeres de 50 años en adelante, capta información sobre un total de 10,170 adultos de 60 y más años que representan a una población de 12,555,771 adultos en edad avanzada; de esta población 47.7% son hombres y 52.3% mujeres. Estas cifras permiten sostener que esta encuesta también cumple con captar información de la población objetivo de este estudio según sexo.

Gráfica No. 3: Pirámide poblacional de adultos mayores en México, según ENASEM 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

En la gráfica No. 3 se puede apreciar la pirámide poblacional que comprende a hombres (lado izquierdo) y mujeres (lado derecho) de 60 y más años, a partir de la ENASEM 2012. La pirámide cumple con dos patrones de la distribución por edad y sexo de una población: los sobrevivientes a cada grupo de edad representan menos porcentaje, del total de población de 60 y más, al comprender edades más avanzadas y siempre hay más hombres que mujeres. Este hecho que hace viable llevar a cabo un análisis que considere las variables sexo y edad.

Condición de recepción de cuidados

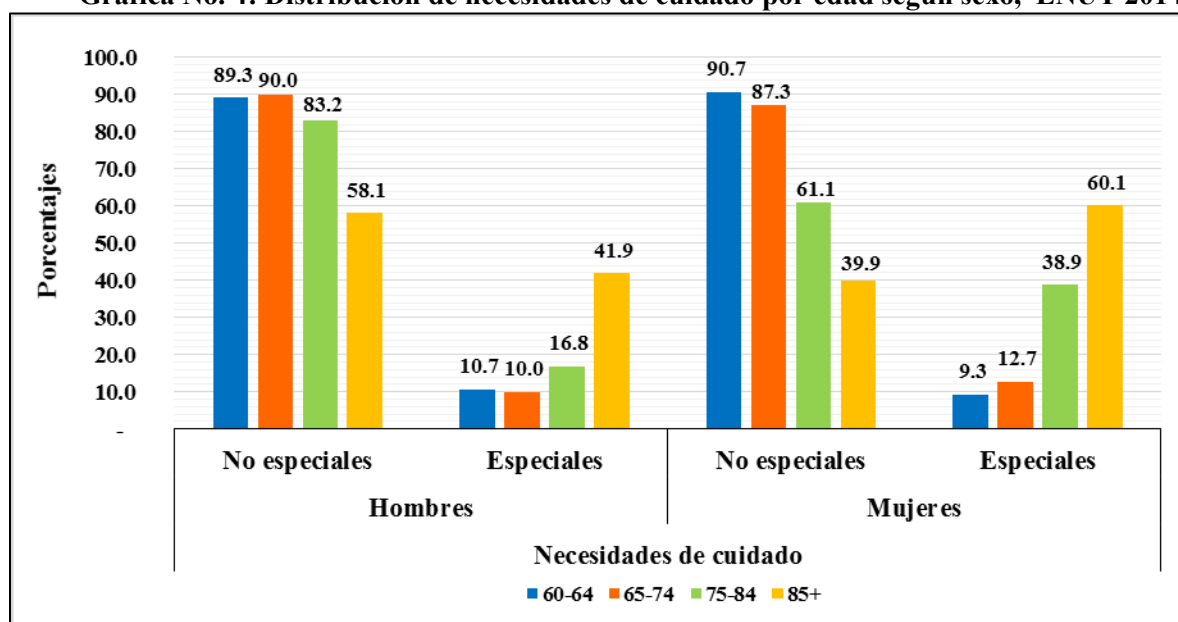
La variable condición de recepción de cuidados nos permite saber si el adulto mayor recibe cuidado o si el encuestado(a) realiza esta tarea para satisfacer los requerimientos de algún adulto mayor, condición necesaria para insertarlo dentro de la población de análisis. El principal objetivo de esta variable es detectar si se puede obtener información sobre la población en edad avanzada que requiere de cuidados en función de su edad, en cada una de las encuestas.

En la ENUT se capta información de dos tipos de cuidados: los especiales y los que en adelante se denominaran no especiales. Los cuidados especiales son aquellos brindados a integrantes del hogar que presenten algún grado de dependencia por enfermedad crónica, limitación física, limitación mental y/o enfermedad temporal; en la encuesta, los adultos de 60 y más años que requieren de cuidados de este tipo ascienden a 575 personas, constituyen 9.5% de los adultos en

edad avanzada de la muestra y representan a una población de 1,794,404 individuos, 11.9% entre los hombres y 15.2% entre las mujeres.

Los cuidados no especiales se refieren a los prestados a algún integrante del hogar que no requiera de cuidados especiales y, en su lugar, se le proporcione apoyo para el uso de computadora, celular, internet, para recibir atención de salud, para llevar a cabo algún trámite y/o se esté al pendiente de él mientras se realice otra cosa. Los adultos mayores con necesidades de cuidado no especiales son 2,693 encuestados, 44.4% de las personas de 60 y más años de la muestra y representan a una población de 5,736,028 adultos en edad avanzada, 41.3% entre los hombres y 46.1% entre las mujeres.

Gráfica No. 4: Distribución de necesidades de cuidado por edad según sexo, ENUT 2014



Fuente: Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT) 2014.

En la gráfica No. 4²¹ se puede apreciar la distribución de necesidades de cuidado por grupo de edad según sexo de la población con 60 años y más de México, a partir de los resultados obtenidos

²¹ Para obtener esta gráfica el cálculo de la población con necesidades de cuidado especiales fue sencillo, pues la batería de preguntas permite identificar la edad y sexo del residente que requiere este tipo de cuidado; sin embargo, la identificación de los residentes que reciben cuidados no especiales es otra historia. La batería de preguntas correspondiente a los cuidados prestados a individuos no dependientes se dividen por grupos de edad, uno de ellos el grupo de “Cuidado a integrantes del hogar de 60 años y más, no dependientes”; al revisar esta sección se puede saber que en los hogares hay adultos mayores que reciben cuidados no especiales, pero no se puede identificar en específico quienes son y, en consecuencia, tampoco su edad o sexo. Tal limitante no sería problema si por cada hogar solo hubiese un adulto mayor, pero ese no es el caso; del total de hogares en los que hay adultos mayores con necesidades de cuidado no especiales 63.7% tiene uno solo, 34.7% dos y 1.4% tres o más; distribución por la que se decidió construir

de la ENUT 2014. Entre los hombres se evidencia, conforme aumenta la edad, un descenso en la proporción de sobrevivientes con necesidades de cuidados no especiales (de 89.3% a 58.1%) y un ascenso en la proporción de quienes requieren los de tipo especial (de 10.7% a 41.9%); esta tendencia presenta su mayor cambio a partir de los 85 años pues los sobrevivientes a esta edad, con necesidades de cuidado de tipo especial, presentan 35.1 puntos porcentuales más que la proporción de sobrevivientes en el grupo de edad inmediato anterior, comportamiento coherente con el desgaste biológico que se experimenta al llegar a esta edad.

Entre las mujeres se observa un comportamiento similar al notado entre los hombres, a mayor edad la proporción de sobrevivientes con necesidades de cuidados no especiales desciende (de 90.7% a 39.9%) y la proporción de quienes requieren los de tipo especial asciende (de 9.3% a 60.1%); sin embargo, presentan cambios sustanciales en dos grupos: las sobrevivientes de 75 a 84 años y las de 85 años y más. En estos grupos el cambio porcentual respecto al inmediato anterior es de 26.2 y 21.2 puntos, respectivamente; estas cifras que indican una mayor tendencia a requerir de cuidados especiales al sobrevivir a los 75 años y, aun en mayor medida, al sobrevivir a los 85 años.

En la ELCOS se capta información sobre cuidados por dos motivos: por enfermedad temporal y por limitaciones permanentes. Entre los cuidados por enfermedad temporal se encuentran las personas de seis años o más que por enfermedad o accidente requirieron de cuidados especiales o ayuda de otra persona, excluyendo a personas con limitaciones permanentes. En la encuesta, los adultos de 60 y más años que requieren de este tipo cuidados representan a una población de 180,716 individuos, 34% hombres y 66% mujeres.

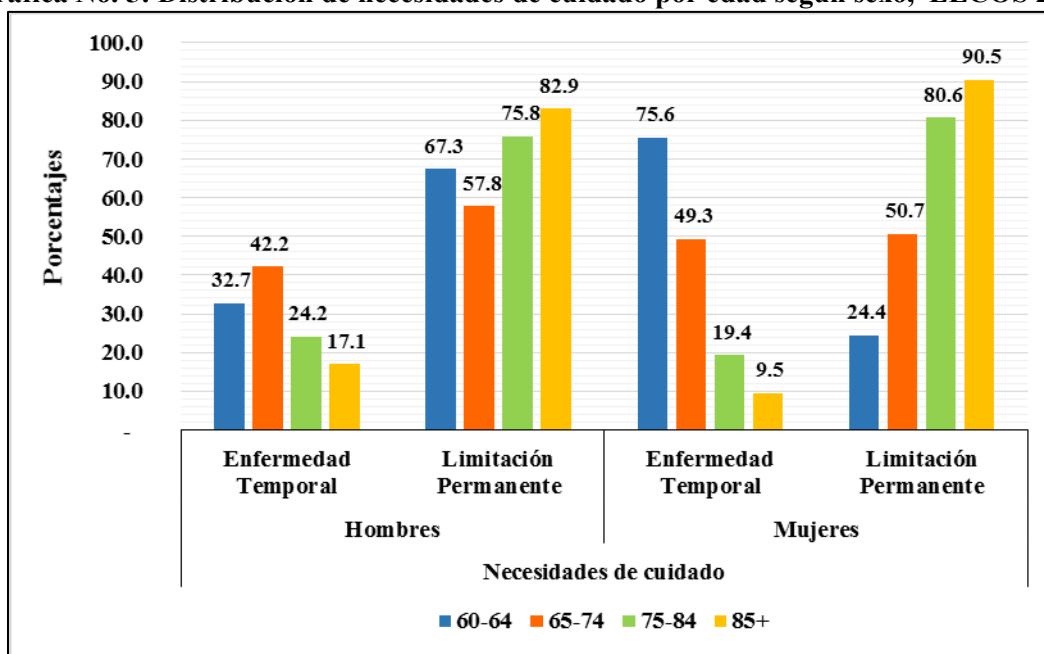
Los cuidados por limitaciones permanentes se refieren a los prestados a algún integrante del hogar que tenga dificultad para caminar, vestirse, comer, salir a la calle o quedarse solo. Los adultos mayores con necesidades de cuidado por alguna limitación son 379,451 personas de 60 y más años, 36% hombres y 64% mujeres.

En la gráfica No. 5 se puede apreciar la distribución de necesidades de cuidado por grupo de edad, según sexo, de la población con 60 años y más para la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y el agregado de las 29 áreas urbanas restantes del país, según los resultados obtenidos de la

la gráfica, para el caso de los cuidados no especiales, tomando en consideración solo los hogares con un adulto mayor, porque representan un importante conjunto de individuos con este tipo de necesidad.

ELCOS 2012. Entre los hombres se evidencia, conforme se incrementa la edad, un descenso en la proporción de sobrevivientes con necesidades de cuidados por enfermedad temporal (de 32.7% a 17.1%) y un ascenso en la proporción de quienes requieren cuidado por limitación permanente (de 67.3% a 82.9%), con excepción del grupo de 65-74 años que presenta un ascenso (de 32.7% a 42.2%) en las necesidades por enfermedad temporal y, en correspondencia, un descenso (67.3% a 57.8%) en los requeridos por limitación permanente.

Gráfica No. 5: Distribución de necesidades de cuidado por edad según sexo, ELCOS 2012



Fuente: Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012.

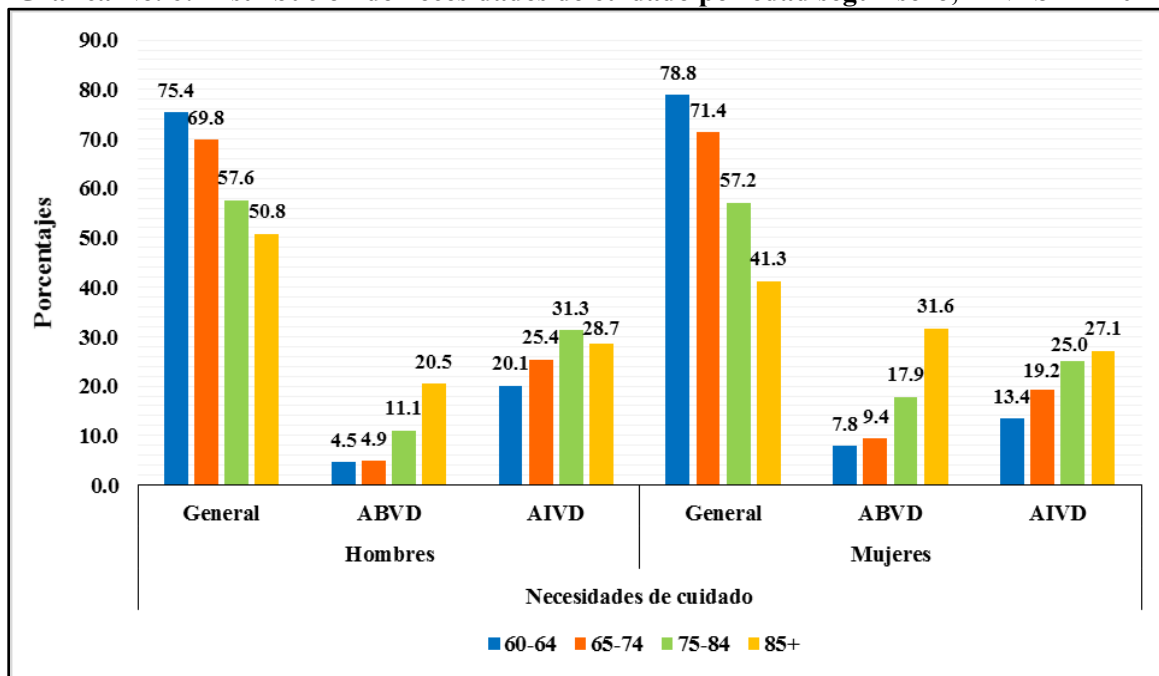
Entre las mujeres se observa una tendencia similar a la notada entre los hombres, sin embargo, el nivel del que se parte es distinto. A mayor edad la proporción de sobrevivientes con necesidades de cuidados por enfermedad temporal pasa de 75.6% a 9.5% y, en correspondencia, quienes requieren cuidado por limitación permanente de 24.4% ascienden a 90.5%, respectivamente.

En la ENASEM se recoge información de tres tipos de cuidados: los que en adelante se denominan generales, los cuidados para realizar AIVD y los cuidados para llevar a cabo ABVD. Los cuidados generales comprenden la ayuda recibida para realizar quehaceres del hogar, mandados, transportarse; en la encuesta, los adultos de 60 y más años que requieren de cuidados de este tipo ascienden a una población de 5,604,036 individuos, 45% hombres y 55% mujeres.

Los cuidados para realizar AIVD se refieren a la ayuda recibida por presentar alguna dificultad para caminar, bañarse, comer, ir a la cama, usar el excusado, durante más de tres meses. Los adultos mayores que requieren cuidado para efectuar este tipo de actividades representan una población de 1,906,188 personas de 60 y más años, 50% hombres y 50% mujeres. En tanto el cuidado para llevar a cabo ABVD implica la ayuda recibida por presentar alguna dificultad, durante más de tres meses para preparar comida, hacer compras, tomar medicamentos, manejar dinero. Este tipo de cuidado es requerido por 956,332 adultos mayores, 31% hombres y 69% mujeres.

En la gráfica No. 6 se puede apreciar la distribución de necesidades de cuidado por grupo de edad, según sexo de la población con 60 años y más de México, a partir de los resultados de la ENASEM 2012. Entre los hombres se observa, conforme aumenta la edad, un descenso en la proporción de sobrevivientes con necesidades de cuidados generales (de 75.4% a 50.8%) y un ascenso de quienes requieren cuidado por algún tipo de limitación (de 4.5% a 20.5% para ABVD y de 20.1% a 28.7% para AIVD).

Gráfica No. 6: Distribución de necesidades de cuidado por edad según sexo, ENASEM 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Entre las mujeres se identifica una tendencia similar a la notada entre los hombres: a mayor edad la proporción de sobrevivientes con necesidades de cuidados generales desciende (de 78.8% a

41.3%) y quienes requieren cuidado por sufrir algún tipo de limitación asciende (de 7.8% a 31.6% por ABVD y de 13.4% a 27.1% por AIVD). Sin embargo, entre las mujeres: la proporción de necesidades de cuidado para ABVD incrementa sustancialmente para el último grupo de edad, y alcanza un porcentaje mucho mayor al que se aprecia en la distribución entre hombres. Este comportamiento implica una menor tendencia entre los varones a recibir o a reconocer que reciben cuidados para el desarrollo de ciertas actividades.

Funcionalidad y discapacidad

En el presente trabajo, se analizan las diferencias en los requerimientos de cuidado bajo tres escenarios: el de la población en general, el de la población con limitaciones para llevar a cabo AIVD y el de la población con limitaciones para realizar ABVD. Por tanto, en esta sección, es de interés identificar las facilidades y/o dificultades que presenta cada una de las encuestas en revisión para construir los dos últimos escenarios y, a su vez, explorar si en ellos se pueden introducir las variables sexo y edad.

Como se expuso en la sección anterior, en la ENUT se consideran dos tipos de cuidados: los no especiales y los especiales. El primero puede relacionarse con el escenario de la población en general, por comprender actividades de cuidado ofrecidas a la población de 60 y más años no dependientes. El segundo, enlista un total de diez actividades de cuidado brindadas a miembros del hogar dependientes, actividades de las que tres pueden considerarse como actividades básicas y tres como actividades instrumentales (indicadas en el Cuadro No.4), pudiéndose así en principio construir los otros dos escenarios que se busca analizar.

Cuadro No. 4: Actividades consideradas dentro de los cuidados especiales²²	
1. Dar de comer o ayudar a hacerlo	(Actividad Básica)
2. Bañar, asear, vestir, arreglar o ayudar a hacerlo	(Actividad Básica)
3. Cargar, acostar o ayudar a hacerlo	(Actividad Básica)
4. Preparar remedios caseros o algún alimento especial	(Actividad Instrumental)
5. Dar medicamentos o checar síntomas	(Actividad Instrumental)
6. Llevar, recoger o esperar para que reciba(n) atención de salud o alguna terapia especial	
7. Dar terapia especial o ayudar a realizar ejercicios	(Actividad Instrumental)
8. Llevar y/o recoger de clases, trabajo u otro lugar	
9. Ayudar o apoyar en las tareas de la escuela o trabajo	
10. Asistir a juntas, festivales o actividades de apoyo escolar	

Fuente: Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT) 2014.

²² No se toma en consideración la opción “Mientras hacía otra cosa, lo(s) cuidó o estuvo al pendiente” por no reportar ningún tipo de limitación o discapacidad, en específico, de algún miembro del hogar.

Dado que, en cierta medida, es factible establecer los tres escenarios deseados con la ENUT, otro aspecto a explorar es si en estos se pueden insertar las variables sexo y edad. Al respecto, resulta necesario recordar que las preguntas sobre las actividades de cuidado son respondidas por quien las lleva a cabo y el formato de la encuesta no permite identificar en forma directa quien recibe los cuidados. En consecuencia, para los escenarios que evidencian alguna limitación funcional, se requeriría hacer inferencias de las limitaciones que presenta la población adulta mayor, tomando en consideración únicamente los hogares con un adulto mayor que requiera cuidados²³. Esto conllevaría una reducción de la muestra y un debilitamiento de su poder explicativo, y se correría el riesgo de caer en subestimaciones o sobrestimaciones de la demanda de cuidado.

En la ELCOS, los cuidados por limitaciones permanentes se refieren a los prestados a algún integrante del hogar que tenga dificultad para alguna de las actividades enlistadas en el Cuadro No. 5, actividades que pueden asociarse a AIVD o ABVD, pero de las cuales no se tiene información específica. De este modo, la ELCOS solo permitiría llegar a un nivel de análisis de dos panoramas: para quienes requieren de cuidado por enfermedad temporal o por limitación permanente, por edad y sexo, tal y como se hizo en la subsección anterior.

Cuadro No. 5: Actividades dentro del cuidado a personas con limitaciones permanentes	
1. Ayuda o cuidado para caminar	(Actividad Básica)
2. Ayuda para vestir	(Actividad Básica)
3. Ayuda para comer	(Actividad Básica)
4. Ayuda o cuidado para salir a la calle	(Actividad Instrumental)
5. No puede quedarse solo (a)	(Actividad Instrumental)

Fuente: Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012.

En la ENASEM se cuenta con la ventaja de que el encuestado (adulto mayor) declara directamente sobre las dificultades que tiene para el desarrollo de actividades y, además, ya se utiliza una clasificación en la que se identifican AIVD y ABVD, las cuales se enlistan en el Cuadro No. 6. Por consiguiente, esta encuesta permite establecer los tres escenarios de la demanda de cuidados que se tiene por objeto desarrollar en esta investigación, escenarios cuya mayor ventaja es que se

²³ Asumiendo que todas las actividades de cuidado especial declaradas por los miembros del hogar son llevadas a cabo en apoyo al adulto mayor que se reporta tienen alguna enfermedad de carácter temporal o permanente; este supuesto que podría sobrestimar la demanda de cuidados si además hay miembros, menores de 60 años, que sean dependientes

construyen a partir de información brindada en forma directa por el adulto mayor o por un informante sustituto que declara sobre el estado funcional de quien recibe el cuidado.

Cuadro No. 6: Actividades consideradas en la ENASEM	
AIVD	ABVD
1. Preparar una comida caliente	1. Caminar de un lado a otro de un cuarto
2. Hacer compras de víveres/mandados	2. Bañarse en una tina o regadera
3. Tomar medicamentos	3. Comer (Por ejemplo: para cortar comida)
4. Manejar dinero	4. Acostarse y levantarse de la cama
	5. Usar el excusado (Incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

En la figura No. 6, ubicada en la subsección anterior, se pueden observar los tres escenarios con la información obtenida de la ENASEM y así se comprueba la pertinencia de esta encuesta para los propósitos de esta investigación. En el escenario de los adultos mayores que requieren ayuda para llevar acabo ABVD se evidencia, entre los hombres, un mayor incremento en su demanda de cuidado (9.4 puntos porcentuales) al sobrevivir a los 85 años como mínimo y entre las mujeres un considerable incremento al sobrevivir a los 75 años (de 9.4% en el grupo inmediato anterior a 17%) y uno aun mayor al alcanzar los 85 años (13.7 puntos porcentuales); comportamiento coherente, que fortalece la plausibilidad de tener el panorama de la demanda de cuidados ante la limitación para realizar ABVD.

De igual forma, al observar el escenario de los adultos mayores que requieren ayuda para llevar acabo AIVD, se nota que la distribución entre las mujeres presenta una tendencia creciente con el mayor incremento en la demanda de cuidados de este tipo en las sobrevivientes a los 75 años hasta los 84 (grupo de edad que alcanza 4.8 puntos porcentuales más que el grupo inmediato anterior), al igual que en el caso de los hombres (con un incremento de 5.3 puntos porcentuales); tendencias coherentes, que también contribuyen a sustentar la viabilidad de desarrollar un análisis de la demanda de cuidado ante la limitación para realizar AIVD.

Tiempo de cuidado

La escala de cuidados, que se busca construir en esta investigación, tiene como principal requerimiento la estimación de tiempos medios de cuidado que reciben los adultos mayores, dado que el tiempo se toma como unidad de medida para evidenciar las diferencias en las necesidades de cuidado de la población adulta mayor según edad, sexo y grado de funcionalidad. Por tanto, en

este segmento, se explora si las fuentes de datos cuentan con interrogantes que midan el tiempo dedicado al cuidado y si es viable medirlo hasta un nivel de desagregación que permita estimar la demanda de cuidado según las características anteriormente mencionadas.

La ENUT es una encuesta que tiene por objetivo brindar información sobre la forma como las personas distribuyen su tiempo en diversas actividades, hay información sobre el tiempo destinado a distintas actividades de cuidado, sin embargo, como ya se mencionó, resulta muy problemático dividir el tiempo reportado por el prestador de cuidados según la edad y el sexo del demandante de cuidados.

La ELCOS, por otra parte, no cuenta con información sobre el tiempo destinado al cuidado, motivo por el que no podría ayudar en la construcción de la escala de demanda de cuidado de la población adulta mayor. A pesar de ser una fuente de datos dirigida netamente a brindar información para el análisis del trabajo de cuidados, su estructura y objetivos están diseñados para investigar principalmente los efectos que tiene en la población oferente de cuidado.

La ENASEM es una encuesta que incluye una batería de preguntas mediante la cual se interroga directamente al encuestado sobre el tiempo de cuidado recibido o a un informante sustituto que responde en función de los tiempos que recibe el adulto mayor. Por lo tanto, este formato resulta ser el adecuado para dividir el tiempo de cuidado según la edad y el sexo del demandante de cuidados.

Además, en cuanto a los escenarios que se desean construir, la información de tiempo medio obtenida de la ENASEM también permite llevar a cabo esta tarea para los tres casos, aunque con la limitante de que el panorama general se puede construir a partir de la información de hogares con un solo adulto mayor (que representan el 50% de los receptores de cuidado en la muestra), pues la interrogante de la que puede generarse este escenario está a nivel del hogar.

Capítulo III. Demanda de cuidados de la población adulta mayor: Diagnóstico y escenarios a futuro

En los países desarrollados, la previsión de la demanda de cuidados es imprescindible a efecto de las políticas públicas, para estimar la dotación presupuestaria que el Estado destina a su atención y evaluar la forma de articular administrativamente el presupuesto (Durán, 2012); sin embargo, en los países en desarrollo como México, el tema recientemente comienza a tomar importancia y su análisis está más bien enfocado a colocar en perspectiva la necesidad de una intervención por parte del Estado.

En el presente capítulo se hace un diagnóstico de la demanda actual de cuidado de la población adulta mayor y se analizan escenarios sobre su comportamiento a futuro. Para lograr este propósito, en primer lugar, se estima la escala de la demanda de cuidados, con el objetivo de ponderar los requerimientos de cuidado de la población senecta en función de unidades de cuidado; en segundo lugar, se extrapolan las unidades de cuidado obtenidas al total de la población de 60 y más años actual, y a la proyectada para 2030 y 2050.

3.1 Estimación de la escala de Cuidados

3.1.1 Tiempos medios

En la escala de cuidado, el tiempo medio de cuidado reportado por los adultos mayores es la unidad primaria de medida. A partir de estas estimaciones se pondera la demanda de trabajo de cuidado que requieren los adultos mayores sobrevivientes de tres grupos de edad (65 a 74, 75 a 84 y 85 a más años) y lo demandado por hombres y mujeres que tengan algún tipo de limitación funcional, con respecto al requerido por el grupo de referencia; se busca demostrar que el diagnóstico de la demanda de cuidados debe considerar diferencias por edad, sexo, funcionalidad y tiempos requeridos en cada caso.

En el Cuadro No. 7 se observa la estimación de tiempos medios para cada uno de los escenarios, según la edad y sexo de los y las demandantes de cuidado, con base en la información de la ENASEM 2012. De forma general, se pueden apreciar las diferencias en los tiempos que, en promedio, hombres y mujeres reciben de cuidado, en cada uno de los tres escenarios en análisis.

Cuadro No. 7: Estimación de tiempos medios de cuidados						
Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD
60 – 64	2.4	6.9	9.0	4.6	4.7	3.3
65 – 74	3.4	6.2	13.5	5.2	5.0	10.2
75 – 84	4.5	6.2	7.4	6.0	6.6	11.7
85 +	8.2	8.0	10.6	9.2	9.7	11.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Entre los hombres se aprecia un incremento en los tiempos medios de cuidado a mayor edad, ante la presencia de alguna limitación para realizar al menos una actividad instrumental y, de forma aún más pronunciada, si la limitación afecta el poder llevar a cabo alguna actividad básica para la vida diaria. En este último caso es de notar que el incremento no es regular, por lo que se reflexionará al respecto más adelante. En el caso de las mujeres, se observa un aumento más regular, tanto entre la población general como entre aquellas que presentan limitaciones para poder llevar a cabo alguna actividad básica o instrumental de la vida diaria. Estas estimaciones corroboran las diferencias de género y de funcionalidad en las necesidades de cuidado de la población adulta mayor mexicana y sustentan la pertinencia de analizarlas de forma separada.

3.1.2 Escala de cuidados

La estimación de los tiempos medios permite notar una diferencia entre los requerimientos de cuidado de hombres y mujeres adultos mayores; sin embargo, en esta investigación se plantea que una forma más sistemática de evidenciar esta diferencia es por medio de la construcción de una escala que exponga la proporcionalidad de estos tiempos medios con respecto a un grupo de referencia. De este modo se lograría notar cuan distintos pueden ser los requerimientos y, por consiguiente, obtener un panorama más claro sobre el tema.

Un aspecto que es necesario recordar aquí, es que la construcción de la escala se basa en la demanda satisfecha de cuidados y no considera la demanda insatisfecha, pues las estimaciones realizadas parten del tiempo de cuidado que los adultos mayores reportan recibir y la encuesta no cuenta con información sobre las expectativas de cuidado de la población entrevistada. Este hecho debe considerarse al analizar el patrón de las ponderaciones de la escala, pues quizá de pie a la generación de ponderaciones menores en donde se esperarían fueran mayores y no por ello deben de ser considerados incorrectos los resultados.

En la escala de cuidados se toma en consideración que los requerimientos de la población adulta mayor pueden diferir en función a tres variables: edad, sexo y funcionalidad del adulto mayor; no obstante, para un claro entendimiento de las estimaciones a obtener, en los cuadros 8 y 9, se presentan primero resultados de dos ejercicios en los que se analiza de forma separada la variabilidad en las proporciones del tiempo medio de cuidado, en función de un grupo de edad y de un escenario de funcionalidad, respectivamente.

En el Cuadro No. 8 se aprecian las estimaciones de la demanda de cuidados cuando se fija como grupo de referencia a hombres y mujeres entre 60 y 64 años en todos los escenarios de análisis. Lo esperado en este ejercicio es que a mayor edad, mayor sea el tiempo de cuidados demandado y, por consiguiente, las proporciones vayan incrementándose en los grupos de edad mayores al de referencia. Esto sucede en la población en general, pero también hay varias excepciones. Se aprecia un descenso muy ligero en los hombres que tienen al menos una limitación para realizar AIVD, y para hombres y mujeres que presentan dificultades para ABVD.

Cuadro No. 8: Escala de tiempos medios (Grupo de referencia: Población de 60 a 64 años)						
Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD
60 – 64	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
65 – 74	1.5	0.9	1.5	1.1	1.1	3.1
75 – 84	1.9	0.9	0.8	1.3	1.4	3.6
85 +	3.5	1.2	1.2	2.0	2.1	3.4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

En los hombres, el descenso se observa para los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años en el escenario 2, comportamiento tal vez asociado a una subestimación de los tiempos de cuidado, pues por el tipo de actividades consideradas puede que el entrevistado no dimensione en forma correcta el tiempo de cuidado recibido. Para el caso del escenario 3, la posible explicación puede más bien estar relacionada con una demanda insatisfecha, debido a que los grupos que presentan ponderaciones menores a las estimadas son los de mayor edad (de 75 a 84 y de 85 y más años) y es posible que a esas edades sus redes de apoyo, sobre todo para el género masculino, tiendan a encontrarse más debilitadas.

Entre las mujeres el único resultado fuera del patrón esperado es el de las adultas mayores de 85 y más años en el escenario 3, resultado que quizá puede explicarse por una subestimación de lo

reportado por las entrevistadas que pertenecen a este grupo, producto de un problema por recordar los tiempos, dado su edad y estado.

En el Cuadro No. 9 se presentan las estimaciones de la demanda de cuidados cuando se establecen como grupos de referencia a hombres y mujeres que reciben cuidado en general, en todos los grupos de edad. El comportamiento esperado de las ponderaciones obtenidas de este ejercicio es un incremento ante la presencia de alguna limitación funcional para realizar AIVD (sobre todo para los hombres) y, en mayor medida, si la limitación es para llevar a cabo ABVD (para ambos sexos); comportamiento que en efecto se observa en el cuadro, con excepción del último grupo de edad de los hombres y el primero de las mujeres.

Entre los hombres, el resultado del grupo de 85 y más años indica que no hay variación en el tiempo promedio de cuidado que requiere un adulto mayor en general y uno con problemas para llevar a cabo alguna AIVD; este resultado podría explicarse por la existencia de una demanda insatisfecha de los adultos mayores con alguna limitación, pues las actividades consideradas en esta clasificación son llevadas a cabo principalmente por mujeres y al encontrarse el adulto mayor en edades más avanzadas podría no contar con el cuidado que realmente requiere.

Cuadro No. 9: Escala de tiempos medios (Grupo de referencia: Población en general en cada grupo de edad)						
Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD
60 – 64	1.0	2.9	3.8	1.0	1.0	0.7
65 – 74	1.0	1.8	3.9	1.0	1.0	1.9
75 – 84	1.0	1.4	1.7	1.0	1.1	2.0
85 +	1.0	1.0	1.3	1.0	1.1	1.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Entre las mujeres, el resultado que llama la atención es el del grupo más joven de la población en análisis (de 60 a 64 años), pues en lugar de un aumento en los tiempos medios de cuidados, ante la presencia de limitaciones para realizar ABVD, se evidencia un pequeño descenso. Este escenario podría explicarse por una menor tendencia en las mujeres, aun jóvenes, a reconocer que reciben cuidado para hacer alguna de las actividades comprendidas en la clasificación de ABVD.

Por tanto, una vez llevados a cabo estos ejercicios, se puede considerar que la escala de cuidados a construir presentará resultados generalmente congruentes con el patrón esperado, a mayor edad y ante la presencia de algún tipo de limitación las unidades de cuidado demandadas serán mayores;

quizá haya excepciones en los grupos de los escenarios antes descritos que pueden ser explicadas y sobre las que hay que seguir investigando pero que no invalidan los resultados de la escala de cuidados.

En el Cuadro No. 10, finalmente, se observan los resultados de la escala de cuidados para la población adulta mayor mexicana en la que interactúan las tres variables que se suponen causan efecto en la demanda de cuidado de la población adulta mayor. Esta escala asigna unidades de cuidado a cada grupo de edad en distintos escenarios, unidades que se obtienen al estimar la proporcionalidad que guardan los tiempos medios respecto al tiempo medio del grupo de referencia (hombres de 60 a 64 años, de la población general).

A partir de estos resultados, la primera hipótesis a comprobar es que las unidades de cuidado requeridas difieren según el género del demandante de cuidados. Esta hipótesis puede ser aceptada, pues en general las mujeres tienden a requerir mayores unidades de cuidado que los hombres y, ante la presencia de algunas limitaciones, menores a edades jóvenes, y mayores en edades más avanzadas. Por ejemplo, en el primer escenario los hombres de 65 a 74 años requerirían de 1.5 unidades de cuidado, mientras las mujeres del mismo escenario y grupo de edad 2.2 unidades; en el segundo escenario, hombres de 60 a 64 años requerirían de 2.9 unidades en tanto las mujeres bajo las mismas condiciones sólo 2 unidades y, en el tercer escenario, hombres de 75 a 84 años requerirían de 3.1 unidades de cuidado frente a 5 unidades por parte de las mujeres. Ante estos resultados cabe preguntarse si mujeres y hombres reportan de manera diferente esta información. Es necesario llevar a cabo investigaciones con datos cualitativos para profundizar si es más común que, conforme a los estereotipos de género, los varones subestimen sus necesidades de cuidado.

Cuadro No. 10: Escala de tiempos medios (Grupo de referencia: Hombres de la población en general entre 60 y 64 años)						
Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD	Escenario 1: Población General	Escenario 2: Población AIVD	Escenario 3: Población ABVD
60 – 64	1.0	2.9	3.8	2.0	2.0	1.4
65 – 74	1.5	2.6	5.8	2.2	2.1	4.3
75 – 84	1.9	2.6	3.1	2.5	2.8	5.0
85 +	3.5	3.4	4.5	3.9	4.1	4.8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Una segunda hipótesis a comprobar es que las unidades de cuidado requeridas difieren según el grupo de edad en el que se encuentre el demandante de cuidados. Los datos obtenidos respaldan esta hipótesis pero solo parcialmente. Las unidades de cuidado estimadas muestran ponderaciones diferenciadas por grupo de edad dentro del escenario general para hombres y mujeres, y únicamente para las últimas en el segundo escenario. No hay suficiente claridad en el escenario dos para los hombres y en el tres para ambos sexos; aunque la diferencia si es contundente a los 85 años, pues en todos los casos las unidades de cuidado que requerirían hombres y mujeres difieren entre 0.8 y 1.6 más unidades de cuidado, respecto al grupo inmediato anterior.

Finalmente, una tercera hipótesis plantearía que las unidades de cuidado requeridas difieren según la presencia de limitaciones para el desarrollo actividades, que se incrementan cuando se trata de limitaciones para llevar a cabo AIVD y, en mayor medida, cuando la limitante corresponde a ABVD. Esta hipótesis podría ser aceptada pero también parcialmente, pues las unidades de cuidado presentadas en el Cuadro No.10 ponen en evidencia que la hipótesis únicamente se cumple para el caso de los hombres y que para las mujeres la diferencia es mínima entre el panorama general y el segundo escenario. La hipótesis sólo se podría aceptar si se compara el primer escenario con el último. Estos hallazgos dan pie a poner en duda si el instrumento de captación de los distintos tipos de limitaciones es realmente el adecuado, y en todo caso apoyaría la necesidad de mejorar las diversas agrupaciones.

3.2 Diagnóstico y escenarios a futuro

Esta subsección se divide en tres escenarios, cada uno de los cuales es estimado de forma separada para hombres y mujeres. En el primer escenario se estima la demanda de cuidados presente y la esperada en un futuro, de la población en general; es decir, del conjunto total de la población del país en 2010 y la proyectada a 2030 y a 2050, sin tomar en consideración su estado de funcionalidad.

En el segundo escenario se estima la demanda de cuidados de la población con algún tipo de limitación que le impide llevar a cabo al menos una AIVD y en el tercer escenario la demanda de quienes presentan alguna limitación para realizar ABVD. Ello con el interés de analizar el comportamiento de la demanda de cuidados entre la población adulta mayor en 2010 y la

proyectada a 2030 y a 2050, bajo el supuesto de que el porcentaje de la población con alguna de estas limitaciones funcionales se mantiene constante en el tiempo.

3.2.1 Población en general

En el Cuadro No. 11 se presenta, en primer lugar, la población masculina mexicana en 2010, y la proyectada para el año 2030 y 2050, según las proyecciones llevadas a cabo por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). En la segunda columna, está la distribución porcentual de dicha población con respecto al universo de 60 años y más. Al revisar la distribución porcentual, por grupos de edad, se nota un incremento en los porcentajes de los grupos de 60 a 64 y de 65 a 74 años entre 2010 y 2030 y, posteriormente, un aumento en los porcentajes del grupo de 75 a 84 y de 85 a más años; esta distribución es congruente con el conocido proceso de envejecimiento que tendrá lugar en el país.

En la tercera columna se presentan las unidades de cuidado estimadas con base en la información de tiempos medios analizada con anterioridad y según la metodología detallada en el capítulo II. Es decir, se multiplican las unidades de cuidado obtenidas en la escala por la población total en cada grupo de edad. Así, se obtiene una distribución semejante a la de la población, con una mayor concentración de la demanda de cuidados que entre los grupos de 60 a 64 y de 65 a 74 años suma 60% en 2010, y 62% en 2030; entre los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años suma 65% en 2050.

Así mismo, se nota un importante incremento en el porcentaje de unidades de cuidado de la población de 85 y más años, que en 2010 representa 15% de la demanda total y en 2050 representaría 19%. Estos datos que concuerdan con la hipótesis de que, en general, a consecuencia del proceso de envejecimiento, el grueso de la demanda agregada de cuidados se desplazaría hacia las edades intermedias en un principio y continuaría luego con una mayor carga en el grupo de 85 y más años.

Cuadro No. 11: Demanda de cuidado de los hombres adultos mayores. 2010, 2030 y 2050															
Hombres	Población			Población (Porcentaje)			Unidades de cuidado			Unidades de cuidado (Porcentaje)			Unidades de cuidado/Población 60-64 años		
	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050
Total	4,735,436	9,200,953	14,244,660	100	100	100	7,306,166	14,039,323	23,109,088	100	100	100	5.0	4.8	6.3
60 – 64	1,473,306	2,900,575	3,680,077	31	32	26	1,473,306	2,900,575	3,680,077	20	21	16	1.0	1.0	1.0
65 – 74	1,983,454	3,941,213	5,890,305	42	43	41	2,893,395	5,749,307	8,592,576	40	41	37	2.0	2.0	2.3
75 – 84	955,937	1,784,794	3,437,844	20	19	24	1,809,722	3,378,863	6,508,316	25	24	28	1.2	1.2	1.8
85 +	322,739	574,371	1,236,434	7	6	9	1,129,743	2,010,578	4,328,119	15	14	19	0.8	0.7	1.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Cuadro No. 12: Demanda de cuidado de las mujeres adultas mayores. 2010, 2030 y 2050															
Mujeres	Población			Población (Porcentaje)			Unidades de cuidado			Unidades de cuidado (Porcentaje)			Unidades de cuidado/Población 60-64 años		
	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050
Total	5,497,510	11,164,886	18,182,537	100	100	100	12,955,821	26,077,987	43,911,112	100	100	100	8.0	7.7	10.0
60 – 64	1,624,907	3,376,032	4,384,280	30	30	24	3,185,136	6,617,685	8,594,049	25	25	20	2.0	2.0	2.0
65 – 74	2,236,717	4,712,871	7,380,464	41	42	41	4,991,629	10,517,604	16,470,808	39	40	38	3.1	3.1	3.8
75 – 84	1,181,521	2,253,441	4,563,936	21	20	25	3,003,533	5,728,449	11,601,936	23	22	26	1.8	1.7	2.6
85 +	454,365	822,542	1,853,857	8	7	10	1,775,522	3,214,249	7,244,319	14	12	16	1.1	1.0	1.7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Finalmente, en la última columna del Cuadro No. 11, se presenta la razón de las unidades de cuidado de cada grupo de edad entre la población de 60 a 64 años. Este indicador muestra el comportamiento, en cada año, de las unidades de cuidado para cada grupo en función a uno de referencia (la población de 60 – 64) y permite determinar la carga total promedio de unidades de cuidado requeridas. Para su lectura se debe tener presente las unidades de cuidado que requiere su grupo de referencia; por ejemplo, la carga de cuidado en 2010 es de 5 unidades de cuidado, entonces el individuo entre 60 y 64 años requiere de 1 unidad de cuidado y el conjunto de individuos de 65 y más años necesitaría de 4 unidades.

En el Cuadro No. 12 se observa la población femenina mexicana de 60 y más años en 2010, y la proyectada para los años 2030 y 2050. Al revisar la distribución porcentual por grupos de edad de esta población, se nota un incremento en los porcentajes del grupo de 65 a 74 años entre 2010 y 2030, y en 2050 un aumento considerable en los porcentajes del grupo de 75 a 84 y de 85 y más años.

En cuanto a las unidades de cuidado estimadas, con base en la escala construida, se obtiene una distribución semejante a la de la población, con una mayor concentración de la demanda de cuidados en los grupos de 60 a 64 y de 65 a 74 años en 2010 y 2030 (que suman 64% y 65%, respectivamente) y en 2050 en los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años (64% de la demanda de cuidados).

Respecto a la razón de las unidades de cuidado femenina de cada grupo de edad sobre la población de 60 a 64 años, se observa que la carga de cuidado en 2010 es de 5 unidades de cuidado, entonces las mujeres entre 60 y 64 años requieren de 2 unidad de cuidado y el conjunto de las de 65 y más años necesitarían de 3 unidades; en 2030 estos y incrementaría a 3.8 y para 2050 a 6.1 unidades.

3.2.2 Población con limitaciones funcionales

Hasta hace poco tiempo, la condición de los adultos mayores y sus características específicas eran escasamente estudiadas en México. Ante el acelerado proceso de envejecimiento en el país, la importancia de conocer con detalle la condición en que se encuentran los adultos mayores ha ido creciendo y es hoy en día fundamental para la planeación actual y futura de

políticas públicas, estrategias y acciones programáticas específicas encaminadas a lograr su bienestar (López Ortega, 2013).

En este sentido, la presente investigación pretende establecer un panorama base de los requerimientos de cuidado de hombres y mujeres de 60 y más años con algún tipo de limitación funcional en la actualidad y escenarios a 2030 y 2050; el objeto es plantear las necesidades presentes de esta población en materia del cuidado y colocar en perspectiva posibles escenarios de los requerimientos futuros si las condiciones actuales persisten.

Para llevar a cabo este ejercicio se parte del supuesto de que el porcentaje que actualmente representa la población con al menos una limitación, respecto a la población total, será el mismo en relación con la población proyectada para 2030 y 2050. Este porcentaje se obtiene para el caso de alguna limitación para realizar AIVD y para ABVD.

Población con limitaciones para realizar AIVD

Como se especificó en el Capítulo II, entre las AIVD se consideran: Preparar una comida caliente, hacer compras de víveres/mandados, tomar medicamentos y manejar dinero. El porcentaje de la población con al menos una limitación se obtuvo de los resultados de la ENASEM 2012 que se presentan en el Cuadro No. 13.

Cuadro No. 13: Población con al Menos una limitación para satisfacer AIVD (% respecto al total por grupo de edad)		
Edad	Hombres	Mujeres
60-64	6.7	4.3
65-74	11.0	8.8
75-84	13.5	12.6
85 y más	11.9	15.1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Se multiplicó la población femenina y masculina, por grupos de edad, por los porcentajes obtenidos y se estimó la población con al menos una limitación funcional para llevar cabo AIVD, por sexo. En el Cuadro No. 14 se observa la población masculina de 60 años y más que demanda de cuidados en 2010, 2030 y 2050. Al analizar la distribución porcentual de esta población se evidencia una mayor concentración de adultos mayores entre los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años, en los tres años, pero con un mayor incremento en el porcentaje que representan los grupos de 75 a 84 años y de 85 en adelante frente al total de los adultos

mayores en 2050, pues en estos grupos se evidencian incrementos de 5 y 3 puntos porcentuales respecto a los porcentajes de lo proyectado para 2030.

Las unidades de cuidado requeridas por la población presentada en el Cuadro No. 14, se incrementarían de 1,334,668 en 2010 a 4,152,018 para 2050. La distribución porcentual se concentraría entre los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años en los tres periodos de análisis, sumando 68%, 69% y 70%, respectivamente; sin embargo, sólo en los dos últimos grupos de edad se registrarían incrementos entre 2030 y 2050, de 4 puntos porcentuales en el grupo de 75 a 84 años y de 3 puntos en el grupo de 85 y más años. Al concentrarse más del 40% de la demanda agregada en el grupo de 60 a 64 años, se puede sustentar la hipótesis de que, para el caso de los hombres, la demanda agregada de cuidados actual se encuentra principalmente en este grupo de edad y es producto del proceso de envejecimiento. Si las limitaciones funcionales representaran el mismo porcentaje respecto al total de la población, sólo habría un desplazamiento importante hacia el grupo de sobrevivientes entre 75 y 84 años.

La razón de unidades de cuidado entre la población de 60 a 64 años nos muestra el cambio en la carga de cuidado que representan los hombres adultos mayores de este escenario de 2010 a 2050. La carga de cuidado de este segmento de la población se incrementaría de 13.5 unidades en 2010 a 16.8 unidades para 2050, es decir, que si en promedio cada adulto mayor de 60 a 64 años requiriera de 2.9 unidades de cuidado para él entre 2010 y 2050, la suma de cada adulto en los demás grupos ascendería en promedio a 10.4 unidades más ($13.5 - 2.9$) en 2010 y a 13.9 unidades de cuidado más ($16.8 - 2.9$) en 2050. El incremento en este último año se explica por el mayor volumen que representaría la población de 65 años en adelante con respecto a la población de 60 a 64 años.

Cuadro No. 14: Demanda de cuidado de hombres adultos mayores con limitaciones para realizar AIVD. 2010, 2030 y 2050															
Hombres AIVD	Población			Población (Porcentaje)			Unidades de cuidado			Unidades de cuidado (Porcentaje)			Unidades de cuidado/Población 60-64 años		
	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050
Total	484,539	937,567	1,506,071	100	100	100	1,334,688	2,578,846	4,152,018	100	100	100	13.5	13.2	16.8
60 – 64	99,008	194,922	247,305	20	21	16	290,990	572,887	726,845	22	22	18	2.9	2.9	2.9
65 – 74	218,175	433,524	647,920	45	46	43	572,946	1,138,469	1,701,488	43	44	41	5.8	5.8	6.9
75 – 84	129,100	241,037	464,282	27	26	31	339,915	634,643	1,222,440	25	25	29	3.4	3.3	4.9
85 +	38,257	68,085	146,565	8	7	10	130,837	232,848	501,245	10	9	12	1.3	1.2	2.0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Cuadro No. 15: Demanda de cuidado de mujeres adultas mayores con limitaciones para realizar AIVD. 2010, 2030 y 2050															
Mujeres AIVD	Población			Población (Porcentaje)			Unidades de cuidado			Unidades de cuidado (Porcentaje)			Unidades de cuidado/Población 60-64 años		
	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050
Total	484,231	968,101	1,692,705	100	100	100	1,261,398	2,485,889	4,534,925	100	100	100	17.8	16.9	23.8
60 – 64	70,675	146,840	190,694	15	15	11	140,376	291,655	378,758	11	12	8	2.0	2.0	2.0
65 – 74	196,050	413,088	646,905	40	43	38	418,189	881,145	1,379,894	33	35	30	5.9	6.0	7.2
75 – 84	148,786	283,770	574,724	31	29	34	420,344	801,696	1,623,690	33	32	36	5.9	5.5	8.5
85 +	68,719	124,403	280,382	14	13	17	282,489	511,392	1,152,583	22	21	25	4.0	3.5	6.0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

En el Cuadro No. 15 se muestra la población femenina de 60 años y más que demanda de cuidados para cada uno de los años analizados. Al observar la distribución porcentual de esta población se nota una mayor concentración de adultas mayores entre los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años para los tres años, con un incremento de 5 puntos porcentuales en el grupo de 75 a 84 años de 2030 a 2050 y de 4 puntos en el grupo de 85 años y más.

Las unidades de cuidado requeridas por la población estimada, se incrementarían de 1,261,398 en 2010 a 4,534,925 en 2050. La distribución porcentual se concentraría, al igual que en los hombres, entre los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años en los tres periodos de análisis, pero con un considerable crecimiento del porcentaje en el grupo de 85 y más años y un descenso en el de 65 a 74 años. Estos resultados sustentarían la hipótesis de que, para el caso de las mujeres, la demanda agregada de cuidados actual se encuentra en las edades centrales y es producto del proceso de envejecimiento. Si las limitaciones funcionales representaran el mismo porcentaje respecto al total de la población, se produciría un desplazamiento hacia grupos sobrevivientes de mayor edad.

Las unidades de cuidado entre la población de 60 a 64 años permite notar el cambio en la carga de cuidado que representan las mujeres mayores de este escenario de 2010 hasta 2050. La carga de cuidado de esta población se incrementaría de 17.8 unidades en 2010 a 23.8 unidades para 2050, es decir, que si en promedio cada adulta mayor de 60 a 64 años requiriera de 2 unidades de cuidado para ella, entre 2010 y 2050, la suma de lo requerido por las adultas de los demás grupos ascendería en promedio a 15.8 unidades más ($17.8 - 2.0$) en 2010 y a 21.8 unidades de cuidado más ($23.8 - 2.0$) en 2050. Estos resultados darían también muestra del mayor peso que adquiriría la demanda de cuidados de las mujeres de 65 años en adelante con respecto a las de 60 a 64 años.

Población con limitaciones para realizar ABVD

Entre las ABVD se consideran: Caminar de un lado a otro de un cuarto, bañarse en una tina o regadera, comer, acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado. El porcentaje de la población con al menos una limitación para estas actividades se obtuvo, al igual que en la subsección anterior, de los resultados de la ENASEM 2012 y se presenta en el Cuadro 16.

Cuadro No. 16: Población con al Menos una limitación para satisfacer ABVD (% respecto al total por grupo de edad)		
Edad	Hombres	Mujeres
60-64	1.3	2.7
65-74	0.6	3.8
75-84	4.6	5.2
85 y más	9.2	10.9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Estos porcentajes se multiplicaron por la población femenina y masculina, por grupos de edad y se estimó la población con al menos una limitación funcional para llevar cabo ABVD por sexo. En el Cuadro No. 17 se presenta la población masculina de 60 años y más que demanda de cuidados en 2010 al no poder realizar al menos una ABVD y la que se demandaría para 2030 y 2050 si el porcentaje de población con limitaciones para este tipo de actividades fuera el mismo para los tres años. Al revisar la distribución porcentual de la población masculina en este escenario se observa una mayor concentración de adultos mayores en el grupo de 75 a 84 años en los tres periodos analizados, seguidos por el grupo de 85 y más. Estos datos son congruentes por el tipo de limitaciones que analiza esta sección.

Las unidades de cuidado requeridas por la población masculina estimada, se incrementarían de 415,485 en 2010 a 1,400,959 para 2050; el mayor porcentaje se concentraría entre los grupos de 75 a 84 y de 85 y más años en los tres periodos. En este escenario llama la atención la similitud en los porcentajes de la demanda de cuidados en los dos últimos grupos, porque la distribución porcentual de la población demandante de estos grupos no es tan similar; sin embargo, hay que tener presente que el porcentaje de población que requiere cuidados de 85 y más puede ser menor pero su demanda de unidades de cuidados es mayor a la del grupo de 75 a 84 años. Estos resultados avalarían la hipótesis de que, para el caso de los hombres, la demanda agregada de cuidados actual se centra en los dos últimos grupos de edad y, si las limitaciones funcionales representaran el mismo porcentaje respecto al total de la población para 2050, seguirían concentrándose en los mismos grupos.

La carga de cuidado de los adultos mayores se incrementaría de 21.3 unidades en 2010 a 28.7 unidades para 2050, es decir, que si en promedio cada adulto mayor de 60 a 64 años requiriera de 3.8 unidades de cuidado para él, entre 2010 y 2050, la suma de lo requerido por los hombres de los demás grupos ascendería en promedio a 17.5 unidades más (21.3 – 3.8) en 2010 y a 24.9 unidades de cuidado más (28.7 – 3.8) en 2050.

Cuadro No. 17: Demanda de cuidado de hombres adultos mayores con limitaciones para realizar ABVD. 2010, 2030 y 2050															
Hombres ABVD	Población			Población (Porcentaje)			Unidades de cuidado			Unidades de cuidado (Porcentaje)			Unidades de cuidado/Población 60-64 años		
	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050
Total	105,281	197,370	356,758	100	100	100	415,485	779,764	1,400,959	100	100	100	21.3	20.3	28.7
60 – 64	19,530	38,449	48,782	19	19	14	74,864	147,390	186,999	18	19	13	3.8	3.8	3.8
65 – 74	11,792	23,430	35,018	11	12	10	67,865	134,851	201,541	16	17	14	3.5	3.5	4.1
75 – 84	44,243	82,604	159,111	42	42	45	138,543	258,668	498,243	33	33	36	7.1	6.7	10.2
85 +	29,717	52,886	113,847	28	27	32	134,212	238,854	514,176	32	31	37	6.9	6.2	10.5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

Cuadro No. 18: Demanda de cuidado de mujeres adultas mayores con limitaciones para realizar ABVD. 2010, 2030 y 2050															
Mujeres ABVD	Población			Población (Porcentaje)			Unidades de cuidado			Unidades de cuidado (Porcentaje)			Unidades de cuidado/Población 60-64 años		
	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050	2010	2030	2050
Total	238,608	474,523	834,134	100	100	100	967,749	1,906,045	3,513,287	100	100	100	22.1	20.9	29.7
60 – 64	43,827	91,059	118,254	18	19	14	60,936	126,606	164,416	6	7	5	1.4	1.4	1.4
65 – 74	84,023	177,040	277,249	35	37	33	364,852	768,761	1,203,897	38	40	34	8.3	8.4	10.2
75 – 84	61,064	116,463	235,875	26	25	28	304,978	581,665	1,178,058	32	31	34	7.0	6.4	10.0
85 +	49,694	89,961	202,756	21	19	24	236,983	429,013	966,916	24	23	28	5.4	4.7	8.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012.

En el Cuadro No. 18 se presenta la población femenina de 60 años y más que, al no poder realizar al menos una ABVD, demanda de cuidados en 2010 y la demanda en 2030 y 2050 si el porcentaje de población con limitaciones para este tipo de actividades fuera el mismo en los tres años. Al revisar la distribución porcentual de las adultas mayores en este escenario se observa una mayor concentración en los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años para los tres periodos analizados, seguido por un considerable incremento en el grupo de 85 y más para 2050. Estos resultados son diferentes a los de los hombres y ponen en evidencia problemas de funcionalidad a edades más jóvenes en el caso de las mujeres (o un reporte diferenciado según los estereotipos de género, como se planteó con anterioridad).

Las unidades de cuidado requeridas por la población femenina en este escenario, se incrementarían de 967,749 en 2010 a 3,513,287 en 2050; el mayor porcentaje se concentraría entre los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 años en los tres periodos. Estos resultados sustentarían la hipótesis de que, para el caso de las mujeres, la demanda agregada de cuidados se concentra en las edades centrales y es producto del proceso de envejecimiento; si las limitaciones funcionales representaran el mismo porcentaje respecto al total de la población, se esperaría un desplazamiento hacia grupos sobrevivientes a mayor edad.

La carga de cuidado de las adultas mayores se incrementaría de 22.1 unidades en 2010 a 29.7 unidades para 2050, es decir que si en promedio cada adulta mayor de 60 a 64 años requiriera de 1.1 unidades de cuidado para ella, entre 2010 y 2050 la suma de lo requerido por las mujeres de los demás grupos ascendería en promedio a 20.7 unidades más en 2010 y a 28.3 unidades de cuidado más en 2050.

Conclusiones generales

¿Quién cuidará de nuestros adultos mayores? Fue la interrogante con la que se inició este trabajo; ahora, tras haber realizado esta investigación, resulta pertinente cambiar esta pregunta por *¿Cuánto cuidado demandan y demandarán las personas adultas mayores en México?* El objetivo del presente trabajo estuvo dirigido a responder esta interrogante, por medio del uso de una escala que, con base en estimaciones de tiempos medios, permite medir la demanda de cuidados del adulto mayor en México y, en forma agregada, contribuye a evaluar el comportamiento actual (2010) y futuro (2030 y 2050) de los requerimientos en este segmento de la población.

En estas conclusiones generales se hace referencia a los pasos a seguir para medir el cuidado demandado por la población adulta mayor y las dificultades metodológicas encontradas; se exponen las decisiones tomadas para cumplir con los objetivos de este proyecto, reconociendo las ventajas y limitaciones de las mismas; se presentan los resultados obtenidos y, finalmente, se plantean algunas de las aplicaciones de esta medición.

Cuantificar la demanda de una actividad como el cuidado en función del tiempo puede resultar todo un reto. En primer lugar, porque definir el cuidado es complejo y, en segundo lugar, porque es difícil estimar el tiempo que un individuo requiere de esta actividad; sin embargo, era un reto que había que atender, toda vez que existen los instrumentos para hacerlo y que los resultados pueden contribuir a medir las diferencias en los cuidados que requiere la población en edad avanzada, dejando de tomar a este segmento de la población como un todo con características similares.

Para iniciar esta investigación, hubo que definir primero el concepto de trabajo de cuidado. Luego de llevar a cabo una revisión de las perspectivas teóricas en las que este tipo de trabajo estuvo inserto y de comprender la evolución conceptual del proceso de análisis, se entendió la necesidad de estudiarlo en el marco analítico de la organización social del cuidado; esta estructura es utilizada para hacer referencia a una configuración dinámica de los servicios proporcionados por diferentes instituciones y la forma en que los hogares y sus miembros se beneficiarán de ellas. A partir de esta perspectiva, se definió por cuidado de adultos mayores a las actividades de apoyo que brindan hombres o mujeres, familiares o no, a personas de 60 y más años, actividades que contribuyen a cubrir diversas necesidades básicas e

instrumentales del adulto mayor que se desarrollan, para el caso de esta investigación, dentro del hogar y pueden ser de forma remunerada o no remunerada.

Una vez definido el concepto de cuidado, una segunda tarea fue la de precisar la metodología a seguir para medir la demanda de esta actividad. El presente trabajo, con base en la revisión de la literatura, parte del supuesto que la demanda de cuidado varía en función de tres características del adulto mayor: edad, género y estado funcional; y que las diferencias dentro de este segmento de población pueden ser mesurables a través de tiempos medios de cuidado demandado. Ahora bien, el conjunto de las características mencionadas subdividen a la población de 60 y más años en 24 grupos de demandantes de cuidado -la variable edad subdivide a la población adulta mayor en 4 grupos (60 a 64, 65 a 74, 75 a 84 y 85 y más años), la variable género implica distribuir a esta población en otros 2 grupos (hombres y mujeres) y la variable estado funcional representa una división de 3 grupos más (la población en general, la que no puede realizar cuando menos una actividad instrumental para la vida diaria y la que tiene dificultades para realizar cuando menos una actividad básica)- y resulta difícil sistematizar las diferencias en los requerimientos de cada uno de estos grupos.

Ante esta limitante, la metodología a seguir fue la de construir una escala de cuidado, escala que represente la proporción que guardan los tiempos medios demandados en función al tiempo medio de un grupo establecido como referencia. A partir de esta estrategia, y siguiendo de cerca el trabajo pionero de algunas estudiosas del tema, se ha denominado “unidades de cuidado” a los resultados obtenidos. Estas unidades cuentan con la ventaja de permitir sistematizar las diferencias en los tiempos de cuidado demandado por hombres y mujeres y, entre éstos, observar las variaciones según el grupo de edad en el que los adultos mayores se encuentran y su estado de funcionalidad (véase, Durán, 2012).

Una tercera tarea realizada fue la de identificar la fuente de información apropiada para construir la escala. En función del objetivo de medir la demanda de cuidado de la población adulta mayor y de las características a tener presentes, fue necesario identificar una encuesta que contuviese cuatro variables: edad, sexo, estado funcional del demandante de cuidado y tiempo de cuidado demandado. Tres fueron las encuestas consideradas en esta investigación: la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento

en México (ENASEM); en todas ellas se recaba información referente al cuidado, pero presentaron una serie de dificultades para nuestros propósitos, según se pudo plantear en su oportunidad.

Luego de un análisis de la información generada por cada una de las encuestas revisadas, en función a las variables deseadas, se determinó que la fuente idónea para los objetivos de este trabajo fuera la ENASEM 2012. En esta encuesta se cuenta con la ventaja de que los propios adultos mayores hacen referencia al número de horas de cuidado que reciben, no obstante, presenta también limitaciones para medir propiamente la demanda de cuidado de un adulto mayor, como se expuso en el desarrollo de la tesis.

Hay que tener presente que el concepto de demanda, para efectos de este proyecto, se refiere al tiempo que, en promedio, requiere de cuidados una persona adulta mayor y que este tiempo, a su vez, puede subdividirse en otros dos conceptos: la cantidad de tiempo que en promedio recibe (demanda satisfecha) y la que no recibe pero requiere (demanda insatisfecha) una persona de 60 y más años. En este trabajo el objetivo era estimar la demanda de cuidado de la población en edad avanzada en México, sin embargo, ante la carencia de instrumentos que permitiesen medir si el tiempo de cuidado recibido era o no suficiente, se optó por tomar, como un acercamiento, el tiempo efectivamente reportado por los adultos mayores, que en el mejor de los casos constituye la demanda satisfecha de cuidado de este grupo poblacional en estudio.

Finalmente, un cuarto paso fue la propia estimación de la demanda de cuidados de la población adulta mayor. Al margen de las limitaciones ya expuestas, las ventajas comentadas permitieron obtener la escala de la demanda de cuidado de la población adulta mayor en México, estimando unidades de cuidado para cada grupo de edad, género y en cada escenario del estado funcional de los adultos de 60 y más años, unidades que representan tiempos medios de cuidado requeridos. A su vez, al asociarse a las unidades de cuidado el volumen de la población actual (2010) y la proyectada a 2030 y 2050, se obtuvo la demanda agregada de cuidados.

Con base en la escala de cuidados se logró demostrar, salvo por algunas excepciones, que la demanda de cuidado aumenta conforme aumenta la edad del adulto mayor, que los requerimientos de hombres y mujeres son distintos y que al presentar algún tipo de limitación

funcional, las personas tienden a demandar de mayor cuidado que una persona que puede desarrollar todas sus actividades. En consecuencia, se considera a la escala construida como una herramienta metodológica útil y práctica, que contribuye a medir la demanda de cuidados; quedaría pendiente determinar si las diferencias en los tiempos reportados, que permiten estimar las unidades de cuidado para cada caso, se ven afectadas por estereotipos de género, que incentiven a subreportar o sobreportar el tiempo de cuidado recibido o si más bien corresponden a una demanda insatisfecha mayor, ante la ausencia de redes de apoyo.

Como ya se mencionó, con el cálculo de la demanda agregada de cuidados se consiguió demostrar las variaciones de los requerimientos de la población adulta mayor en el futuro y se logró diferenciar éstas en función a grupos de edad, género y ante la presencia de algún grado de limitación funcional. Sobre las variaciones en el futuro, los resultados obtenidos revelan de manera general que, si las condiciones actuales persisten y la población alcanza los volúmenes proyectados, la demanda agregada de cuidados se duplicaría para 2030 y se triplicaría para 2050; entre 2010 y 2030 se presentaría un incremento a una tasa promedio anual superior a la esperada entre 2030 y 2050 (de 3.32% y de 2.92%, respectivamente), pero con un crecimiento más acelerado para este último periodo, en los requerimientos de la población de 75 y más años que en los de la población de 60 a 74 años, principalmente en el caso de las mujeres.

Para obtener las variaciones presentes y futuras de la demanda de cuidado en función de los grupos de edad, el género y la presencia de algún grado de limitación funcional de forma más específica, se establecieron tres escenarios para el análisis del cuidado demandado. En el primero se observó los requerimientos del conjunto de la población adulta mayor, sin diferenciar la presencia o no de limitaciones funcionales o de algún grado de dependencia. En este escenario, la demanda de los hombres presentó una mayor concentración de unidades de cuidado entre 65 y 84 años (65% del total de unidades requeridas), en todos los periodos de análisis (2010, 2030 y 2050); mientras que, para el caso de las mujeres, el mayor porcentaje de la demanda se encontró entre 60 y 74 años entre 2010 a 2030 (64 y 65%, respectivamente) y para 2050 se pronosticó un desplazamiento hacia los grupos de

sobrevivientes de 65 a 84 años (con una concentración del 64% de las unidades), con un incremento considerable en el grupo de 85 y más años (de 12% en 2030 a 16% en 2050).

En un segundo escenario se expuso el comportamiento de la demanda de los adultos y adultas mayores con limitaciones para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD), que considera actividades como el preparar una comida caliente, hacer compras, tomar medicamentos y manejar dinero. En este escenario, la mayor proporción de unidades de cuidado demandadas se concentra entre 65 y 84 años en los tres periodos de análisis y en ambos sexos (en promedio 68% para hombres y 66% para mujeres).

Finalmente, en el tercer escenario se presentaron las unidades de cuidado que demandan los adultos mayores con algún tipo de limitación o discapacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como caminar, bañarse, comer, acostarse y usar el excusado. El comportamiento de la demanda agregada, en este escenario, mostró que gran parte de las unidades de cuidado requeridas por los hombres se encontrarían en los grupos de edad mayores (las personas de 75 y más años concentran de 65% en 2010 a 73% en 2050) y para las mujeres, principalmente entre 65 y 74 años de edad (70% en 2010 a 68% en 2050), con un importante incremento en el porcentaje del grupo de 85 y más para 2050 (que de representar 23% en 2030 se incrementa a 28% en 2050), en las últimas.

Los resultados expuestos, permitirán conocer las diferencias en las demandas de cuidado de la población adulta mayor por género, edad y estado de salud, y calcular sus cambios en el futuro. Más allá de esta contribución, permitirían distinguir grupos prioritarios de atención en función de la carga de cuidados que los requerimientos de esta población pueden llegar a representar. Así mismo, de seguir el ejemplo del trabajo de Pedrero (2014), se podría obtener el costo económico del cuidado de adultos mayores con un nivel de desagregación hasta grupos de edad para cada año, pues las unidades de cuidado representan tiempos, los cuales pueden ser reemplazados por un valor en términos monetarios. Por último, este ejercicio puede contribuir a refinar indicadores como el de dependencia de cuidados o de potenciales cuidadores (Cepal, 2009) ya que permite aclarar las particularidades en un grupo poblacional considerado hasta ahora de manera indiferenciada en estos indicadores.

Bibliografía

1. Aguilera, N. (2010) “Una reflexión sobre la seguridad social”. En Alejandro Castañeda Sabido (Coord.) Los Grandes Problemas de México: Microeconomía. El Colegio de México. PP. 343-375.
2. Aguirre, R. (2007) “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas” En Irma Arriagada (Coord.) Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros. Recuperado en Enero de 2016 de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2504/S0700488_es.pdf?sequence=1
3. Batthyány, K. (2015) “Los tiempos del cuidado en Uruguay” En Karina Batthyány (Ed.) Los tiempos del bienestar. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. Uruguay: INMUJERES – MIDES. PP. 45-86.
4. Batthyány, K.; Genta, N.; Perrota, V. (2013) “La población uruguaya y el cuidado Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay”. Recuperado en Enero de 2016 de: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23783/1/libro_snc01_v07_distribucion_digital.pdf
5. Benería, L. (1981) “Reproducción, producción y división sexual del trabajo” Recuperado en Enero de 2016 de: http://www.presupuestoygenero.net/images/documentos_biblioteca/B2030BeneriaVA.pdf
6. Cárdenas Valera, C.; González, C. y Lara, H. (2012) Numeralia de los adultos mayores en México. Recuperado en Abril de 2016 de: <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/numeraliaenvejecimiento2012.pdf>
7. Carrasco, C; Borderías, C. y Torns, T. (2011) “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”. En: Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, eds. El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata. PP. 13-95.
8. Carrasquer, P.; Torns, T.; Tejero, E.; Romero, A. (1998) “El trabajo reproductivo”. Recuperado en Enero de 2016 de: <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25507/25340>
9. CEPAL (2009) Panorama social de América Latina. Recuperado en Enero de 2016 de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1232-panorama-social-de-america-latina-2009>
10. CONAPO (Consejo Nacional de Población). 2014. Estimaciones y proyecciones de la población. República Mexicana. Recuperado en Enero de 2016 de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
11. CONAPO (Consejo Nacional de Población). 2013. Series de información temática y continua de hogares en México. Recuperado en Enero de 2016 de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Series_de_informacion_tematica_y_continua_de_hogares_en_Mexico
12. Daly, M. y Lewis, J. (2011) “El concepto de social care y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos” En: Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, eds. El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata. PP. 13-95.
13. Durán, M. (2012) “¿Quién se hará cargo de los dependientes en la economía global?” En: El trabajo no remunerado en la economía global. Bilbao: Fundación BBVA. PP. 423-476.
14. Durán, M. y Milosavljevic, V. (2012) Unpaid Work, Time Use Surveys, and Care Demand Forecasting in Latin America. Fundación BBVA. Recuperado en Octubre de 2015 de: <http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/ing/publicaciones/documentos/fichadoc/index.jsp?codigo=659>
15. Esquivel, V. (2012) La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región, Santo Domingo, Grupo Género y Macroeconomía América Latina (GEM-LAC)

16. Esquivel, V. (2011) La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda, Ciudad de Panamá, Área Práctica de Género.
17. García, B.; Blanco, M. y Pacheco, E. (1999) “Género y trabajo extradoméstico”. En Brígida García, B (Coord.) Mujer, género y población en México. México DF: Colegio de México.
18. Garay Villegas, S.; Montes de Oca, V. y Guillén, J. (2014) “Social Support and Social Networks Among the Elderly in Mexico: Updating the Discussion on Reciprocity”, Journal of Population Ageing, Oxford Institute of Population Ageing
19. Gutierrez Robledo, L y Gómez Guzmán, J. (2014) “La Ruta para abordar el reto de la dependencia en México” En Gutierrez, García y Jimenez (Eds.) Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. Recuperado en Enero de 2016 de: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
20. Gutiérrez Robledo, López Ortega y Arango Lopera (2012) “The State of Elder Care in Mexico” Recuperado en Enero de 2016 de: http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/art_10.1007_s13670-012-0028-z.pdf
21. Hakkert, R. y Guzmán, J.M. (2004). “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina” En Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (Coords.) Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universidad Nacional Autónoma de México. PP. 479-518.
22. Ham Chande, R. (2010) “Envejecimiento Demográfico” En Brígida García y Manuel Ordorica (Coords.) Los Grandes Problemas de México: Población. El Colegio de México. PP. 53-78
23. Ham Chande, R. (2003) “El envejecimiento en México el siguiente reto de la transición demográfica”, M. A. PORRUA, México
24. Himmelweit, S. (2011) “El descubrimiento del trabajo no remunerado: Consecuencias sociales de la expansión del término trabajo” En: Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, eds. El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata. PP. 199-224.
25. Huenchuan, S y Rodríguez, R (2015) Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México Diagnóstico y lineamientos de política. CEPAL. Recuperado en Enero de 2016 de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1
26. Huenchuan, S y Saad, P (2010) “Envejecimiento y familia en América Latina: el desafío del cuidado en la edad avanzada”. En Lerner, S. y L. Melgar (Coord.) Familias en el siglo XXI; realidades diversas y políticas públicas, UNAM, PUEG, El Colegio de México, 115-136.
27. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2015. Boletín de prensa, 13 de Julio de 2015. Aguascalientes, México. Recuperado en Marzo de 2016 de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_2.pdf
28. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2015a. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014: Informe operativo. Aguascalientes, México. Recuperado en Marzo de 2016 de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825074982.pdf
29. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2015b. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014: Documento metodológico. Revisado en Febrero de 2016 en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825075545>
30. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2014. Población de México: Esperanza de vida. Recuperado en Marzo de 2016 de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
31. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2013. Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS): Presentación. Revisado en Marzo de 2016 en:

- <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/elcos/preseleccion.aspx>
32. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2013a. Diseño Muestral de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012 Recuperado en Marzo de 2016 de: http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2012/Documento_Metodologico_2012.pdf
 33. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2013b. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. ENASEM 2012. Descripción de los Archivos de Datos. Recuperado en Marzo de 2016 de: http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2012/Descripcion_Bases_de_Datos_2012.pdf
 34. INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres). 2015. Situación de las personas adultas mayores en México. Recuperado en Febrero de 2016 de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
 35. Jácome del Moral, T. (2014) ¿Quién cuida a quién? Diferencias entre mujeres y hombres que realizan trabajo de cuidado en el hogar. En Pacheco Gómez, E. (Coord.) Los cuidados no remunerados y su relación con el trabajo remunerado en México: un análisis a partir de la encuesta laboral y de corresponsabilidad social (ELCOS) 2012. El Colegio de México e Instituto Nacional de las Mujeres. PP. 32 – 69.
 36. López Ortega, M y Jiménez Bolón, J (2014) Dependencia y cuidados de largo plazo. En Gutierrez, García y Jimenez (Eds.) Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. Recuperado en Enero de 2016 de: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
 37. López Ortega, M. (2013) “Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México” En Luis Miguel Gutiérrez y David Kershenobich (Coords.) Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Recuperado en Marzo de 2016 de: http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_15.pdf
 38. López Ortega, M. (2012) Limitación funcional y discapacidad: Conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. En: Gutiérrez Robledo y Kershenobich Stalnikowitz (coords.). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía A.C., Instituto de Geriatria y Universidad Nacional Autónoma de México. 2012; 215-228. ISBN 978-607-02-3171-1.
 39. López 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 thesis, London School of Hygiene Tropical Medicine.
 40. López Ramírez, A. (2008) Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 23, núm. 3 PP. 513-541 El Colegio de México, A.C.
 41. Merino, M. (2013) “El proceso de las políticas públicas” En Políticas públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos, CIDE, México. PP. 110-119).
 42. Miller, T.; Saad, P.; Martínez, C. y Calvo, J. (2014). La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional. CELADE-División de Población. Recuperado en Septiembre de 2015 de: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf
 43. Montes de Oca, V y Hebrero, M (2008) “Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México”, Revista Kairós Gerontología, Brasil, Sao Paulo, Vol.11, Num. 1, jun, 143-166. (ISSN 1516-2567)

44. Nigenda, G; López Ortega, M; Matarazzo, C y Juárez Ramírez, C. (2007) La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(4):286-294
45. Pedrero, M. (2014) “Importancia del trabajo no remunerado: su medición y valoración mediante las encuestas de uso de tiempo” En Brígida García y Edith Pacheco (Coords.), *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*, México, El Colegio de México, PP. 53-114.
46. Razavi, S y Staab, S (2010) “Underpaid and Overworked - A Cross-National Perspective on Care Workers”, *International Labor Review*, Vol. 149, Num. 4.
47. Rivero, E. (2013) *Desigualdades Acumuladas: La evolución de la esperanza de vida y sus componentes a lo largo de la vida de los hombres y las mujeres*. En *Coyuntura Demográfica* No.3, 2013.
48. Rodríguez, A.; Ramírez-Sánchez, T. y Torres-Cosme, J. (2014). “Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social”, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*; 52(6):610-617. Recuperado en Noviembre de 2015 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146c.pdf>
49. Rodríguez, C. (2010). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? En *Revista CEPAL*, Abril 2012
50. Saad, P. (2011) “Cambios demográficos, transferencias intergeneracionales y familia”. En: María Nieves Rico y Carlos Maldonado Valera (Eds.) *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*
51. 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* , núm. 77, pp. 175-217
52. Tepichín, (2009) *Vulnerabilidades acumuladas. Género y pobreza en la vejez*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado en Abril de 2016 de: <http://www.aacademica.org/000-062/598.pdf>
53. Thomas, C. (2011) *Deconstruyendo los conceptos de cuidados*. En: Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, eds. *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata, pp. 145-176.
54. Van Gameren, E. (2010). “La participación laboral de los adultos mayores”. En Alejandro Castañeda Sabido (Coord.) *Los Grandes Problemas de México: Microeconomía*. El Colegio de México. PP. 257-305.
55. Wong, González González y López Ortega (2014) *Envejecimiento y población en edades avanzadas*. En Cecilia Rabell (Coord.) *Los Mexicanos: Un Balance del Cambio Demográfico*. Fondo de Cultura Económica , México
56. Wong, Espinoza y Palloni (2007) *Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento*. *Salud Publica Mex* 2007; 49 supl 4:S436-S447.
57. World Bank (2005) “Old Age Income Support in the 21st Century. An International Perspective on Pension Systems and Reform”. World Bank. Washington.