

Envejecimiento demográfico, discapacidad y vulnerabilidad social en Guanajuato, México

Demographic ageing, disability and social vulnerability in Guanajuato, Mexico

Héctor Daniel Vega Macías

Departamento de Estudios Culturales,
Demográficos y Políticos.
Universidad de Guanajuato, México
vegahd@hotmail.com

Norma Elvira Moreno Pérez

Departamento de Enfermería Clínica
Universidad de Guanajuato, México
normaelvira.seade@gmail.com

Ana Laura Carrillo Cervantes

Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería
Departamento de Enfermería Clínica
Universidad de Guanajuato, México
alcc_73@hotmail.com

Resumen

La dinámica demográfica de Guanajuato está caracterizada por la paulatina reducción de la fecundidad y por el alargamiento de la vida media, la cual tiene entre sus efectos más evidentes el envejecimiento de su población. En la entidad federativa, actualmente 6.1 % de la población es adulto mayor (65 y más años) y se espera que llegue a 16 % en 2050. Lo anterior está acarreado profundas consecuencias relacionadas con la salud pública, entre ellas el aumento de la población con alguna discapacidad. El objetivo de esta investigación es presentar un panorama sociodemográfico de la discapacidad en Guanajuato. Esta investigación es abordada desde el análisis demográfico y estadístico, con base en los

Microdatos del Censo de Población 2010, generados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En específico, se analizó una muestra aleatoria de 22 689 adultos mayores residentes en el estado de Guanajuato, de los cuales 8 503 tenían al menos una discapacidad. La vida media en México pasó de 50 años en 1950 a 75 años en la actualidad y se espera que continúe con esta tendencia creciente. Desafortunadamente, un alto porcentaje de esta ganancia en la esperanza de vida transcurre en discapacidad. En Guanajuato cerca de 35 % de los adultos mayores tiene alguna discapacidad; inclusive este valor aumenta rápidamente con la edad: mientras que la tasa de discapacidad es de 22.1 % en el grupo de 65-69 años, en el de mayores a 85 años llega a 62.2 %. En su mayoría, este grupo de población vive en una situación de alta vulnerabilidad social. El cambio en el perfil demográfico y epidemiológico de la población guanajuatense y su consecuente aumento de los niveles de discapacidad tendrá que estar acompañado del replanteamiento de las estrategias preventivas de salud y de su adecuada atención e intervención, incluyendo aquellos padecimientos físicos y mentales propios de las sociedades envejecidas.

Palabras clave: discapacidad, longevidad, transición demográfica.

Abstract

The demographic dynamics of Guanajuato is characterized by the gradual reduction of fertility and the lengthening of the average life, which has among its most obvious effects the aging of its population. In the State, currently 6.1% of the population is elderly (65 and more years) and is expected to reach 16 percent in 2050. This is causing profound consequences related to public health, including the increase of the population with a disability. The objective of this research is to provide a disability socio-demographic picture in Guanajuato. This research is approached from the statistical, and demographic analysis based on micro-data from the 2010 census, generated by the National Institute of Statistics and Geography. Specifically, we examined a random sample of 22,689 older adults residing in Guanajuato, of whom 8 503 had at least one disability. The average life expectancy in Mexico changed from 50 years in 1950 to 75 years today and is expected to continue with this growing trend. Unfortunately, a high percentage of this gain in life expectancy runs through disability. In Guanajuato about 35% of older adults has a disability; even this value increases rapidly with age: while the disability rate is 22.1% in

the 65-69 age group, in the greater than 85 years reaching 62.2%. Mostly, this group of population lives in a situation of high social vulnerability. The change in the demographic and epidemiological profile of the population of Guanajuato and its consequent increase in the levels of disability will have to be accompanied by the rethinking of preventive health and adequate attention and intervention strategies, including those physical and mental conditions of ageing societies.

Key words: disability, longevity, demographic transition.

Fecha recepción: Febrero 2015 **Fecha aceptación:** Julio 2015

Introducción

Sin duda alguna, el hecho de que las personas tengamos la posibilidad de vivir cada vez más años es uno de los logros más plausibles en la historia social. Aunque la mortalidad siempre tendrá un componente aleatorio e impredecible, la mejoría en su control y el consecuente alargamiento de la esperanza de vida ha introducido cierto orden en los procesos vitales, al reducir el riesgo de subversión del orden natural y cronológico de la muerte. En otras palabras, hace un par de siglos en Europa la probabilidad de que un hijo muriera antes que sus padres era muy elevada, mientras que en la actualidad esa eventualidad es muy pequeña (Livi-Bacci, 1999). Este logro que ahora atestiguamos con tanta naturalidad es, sin embargo, bastante destacable en términos individuales, familiares y sociales.

La reducción de la mortalidad temprana ha sido producto de un conjunto encadenado de adelantos científicos y de mejoras en el estilo de vida favorables a la supervivencia. Si bien las ciencias médicas han jugado un papel fundamental en la añeja batalla contra la mortalidad a través de la prevención y el tratamiento de enfermedades, el desarrollo de

programas para mejorar los hábitos individuales y colectivos con vistas a mejorar la nutrición y los hábitos de higiene de la población han sido un asunto igual de meritorio.

Lejos estamos de sugerir que la intensidad y la temporalidad de estos avances y sus resultados sean generalizadas en el mundo. Las disparidades que se presentan entre distintas regiones –incluso al interior de ellas y de los países— pueden ser consideradas como alarmantes. Por ejemplo, mientras que en los países desarrollados la esperanza de vida actual es de 78 años, en las regiones más pobres apenas llega a 61 años. Incluso en Mozambique o Sierra Leona, por ejemplo, la esperanza de vida no va más allá de los 50 años en la actualidad (Population Reference Bureau, 2013), es decir, más de un siglo de retraso con respecto a Francia o Inglaterra, países que presentaban una esperanza de vida similar hacia 1900.

La esperanza de vida está en estrecha conexión con la mortalidad en las primeras edades, en particular con la sobrevivencia de los menores de un año de edad, un punto temporal considerado en la demografía como crítico en las probabilidades de continuar viviendo. En la actualidad, en los países desarrollados la mortalidad infantil se ha podido disminuir hasta llegar a 5 defunciones por cada mil nacimientos; no obstante, en regiones más pobres este indicador aumenta a 66 en promedio. De la misma manera, las disparidades en las probabilidades de sobrevivencia son aún más marcadas en algunos países, sobre todo africanos, en los cuales puede llegar a 128 defunciones por cada mil nacimientos como en Sierra Leona o a 116 en la República Centroafricana, por mencionar un par de ellos (Ibidem).

En el caso de México, una mirada a sus indicadores demográficos pone de manifiesto los avances para ganarle terreno a la mortalidad. En 1950, la esperanza de vida era de escasos 50 años; a partir de esta época, derivado de los avances médicos y del fortalecimiento del sistema de salud público del país, ha tenido avances constantes hasta ubicarse en 75 años de edad en la actualidad. Por su parte, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido a 12 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos (Consejo Nacional de Población, 2012).

Las consecuencias de estos avances no pueden entenderse separadas del contundente descenso de la fecundidad en el mismo periodo. En México, el índice sintético de fecundidad pasó de 7 hijos por mujer en 1950 a 2.2 en la actualidad (Ibidem). Así, el avance en la esperanza de vida, en combinación con el descenso de la fecundidad, está configurando una etapa avanzada de la llamada transición demográfica, entendida como el paso de un régimen de alta mortalidad y natalidad a otro con niveles bajos y controlados.

Las consecuencias de la transición demográfica en la estructura poblacional han sido ampliamente exploradas tanto para el caso mexicano como para otras latitudes. Se ha observado que en las primeras etapas la principal secuela de la transición es que se favorece el crecimiento poblacional, el cual a la postre se ralentiza debido a la reducción de la fecundidad. Después las poblaciones cada vez más numerosas también comienzan paulatinamente a envejecer trayendo consigo retos económicos y sociales inusitados. Al respecto, como menciona Joaquín Arango, conviene distinguir dos dimensiones del proceso de envejecimiento poblacional: por una parte la concerniente al desequilibrio generacional, que hace que las cohortes de adultos mayores –consideradas con mayor o menor razón como dependientes— sean cada vez más numerosas que las económicamente activas; y por otra parte, está la dimensión individual y biológica, relacionada con la condición física y con la calidad de vida de este grupo poblacional, además de los costos de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales (Arango, 2000), materia del trabajo que aquí presentamos.

Se puede argumentar que estas consecuencias no son fáciles de gestionar en ninguna parte del mundo y que los indicadores demográficos de mortalidad en México tienen muchas semejanzas con los países europeos. Sin embargo, estas similitudes resultan matizadas cuando analizamos la duración de estos cambios: por ejemplo, mientras que en Francia la transición demográfica duró 185 años, en México el descenso de la mortalidad y de la fecundidad tuvo una duración de tan solo ocho décadas. Además, en el primer país el descenso de ambos indicadores fue uniforme y casi paralelo; no así en México donde la mortalidad antecedió a la disminución de la fecundidad provocando un aumento considerable de la población y provocando, por tanto, que el envejecimiento poblacional también esté siendo más acelerado (Livi-Bacci, 1998). Esta situación incide directamente

en el diseño de políticas públicas relacionadas con la salud: mientras que en algunos países el envejecimiento avisó su llegada con bastante antelación, en México se disponen de apenas unas cuantas décadas para enfrentar sus consecuencias.

Además de los elementos temporales, hay otras razones para sostener diferencias de fondo con los países más desarrollados. Las particulares dificultades en el caso mexicano y de otros países en desarrollo derivan del contexto socioeconómico en el que transcurre la transición demográfica. En el plano de la salud, si bien en el país se advierten cada vez con más intensidad los padecimientos propios de las sociedades envejecidas, estos coexisten con otras enfermedades heredadas del pasado correspondientes a estadios incipientes de la transición demográfica y muchas veces relacionadas con situaciones de marginación y pobreza. La presencia de enfermedades transmisibles, nutricionales, maternas y perinatales es aún de una magnitud considerable en algunos sectores de la población mexicana muy rezagados económicamente (Cárdenas, 2014).

En cualquier país, el alargamiento de la vida y el consecuente envejecimiento de las sociedades tienen entre sus bemoles el aumento del número de adultos mayores susceptibles a vivir con sus capacidades físicas mermadas. Sin embargo, en los países en desarrollo, como México, está el agravante de que los sistemas de salud y de asistencias social están poco preparados para este tipo de estructura etaria y encima con el tiempo muy limitado para reaccionar. Además de que los esfuerzos y recursos en materia de salud pública para resolver problemáticas crónico-degenerativas siguen compartiéndose con la solución a enfermedades añejas relacionadas con causas infectocontagiosas.

El estado de Guanajuato no es ajeno a las tendencias demográficas y epidemiológicas por lo que atraviesa el país. En 2015, la esperanza de vida se ubica alrededor de 75 años de edad; la mortalidad infantil en 11 defunciones por cada 1000 nacidos vivos; y el índice sintético de fecundidad es de 2.2 hijos por mujer; es decir, se encuentra en una etapa avanzada de su transición demográfica. Lo anterior se refleja en el envejecimiento demográfico: 6.1 % de su población tiene 65 o más años y se espera que alcance 16 % en 2050 (Consejo Nacional de Población, 2012).

Así, una de las principales preocupaciones sobre el envejecimiento poblacional es el aumento de la población con alguna discapacidad. En Guanajuato, actualmente cerca de uno de cada tres adultos mayores con 65 años o más tiene una o varias discapacidades. Sin embargo, con el aumento de la edad la incidencia de la discapacidad es mayor e incluso se acumulan las discapacidades en el plano individual. Así, se tiene que a los 85 años son dos de cada tres personas las que enfrentan esta situación.

La investigación que presentamos tiene como propósito ofrecer un panorama cuantitativo sobre la discapacidad en los adultos mayores en Guanajuato. Consideramos que desde el punto de vista social el trabajo es relevante en la medida que ofrece elementos tanto reactivos como proactivos necesarios para la planeación en materia de políticas públicas en materia de salud. Debido al perfil multidisciplinario de los autores, uno de los principales aportes del trabajo es abordar la problemática de la discapacidad desde el punto de vista del modelo médico-biológico en el cual se interpreta como una desviación de la normalidad a nivel de estructura o función corporal, el cual requiere cuidados médicos y tratamiento de carácter terapéutico; pero también lo hace desde el modelo social, lo cual explica a la discapacidad como una desventaja que los individuos experimentan al participar en igualdad de condiciones en la vida cotidiana. Es decir, al reflexionar sobre ambos modelos propuestos en la literatura, aborda las problemática tanto individual y como colectiva (García, 2005).

Asimismo, el trabajo es relevante desde el punto de vista social ya que indaga en un campo escasamente explorado para el estado de Guanajuato, donde la investigación demográfica en materia de salud es bastante limitada.

Material y métodos

Esta investigación es abordada desde una perspectiva cuantitativa, con base en los Microdatos de la Muestra Censal 2010, publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México. En el estado de Guanajuato fueron censados 331 702 adultos con 65 años o más. En la investigación que presentamos se analizó una muestra de

22 689 de ellos, de los cuales 8 503 tenían al menos una discapacidad. El diseño de la muestra censal de 2010 fue estratificado por conglomerados y se realizó en una sola etapa de selección, es decir, se seleccionaron áreas geográficas completas, ya sean grupos de viviendas o localidades. La muestra consideró una confianza del 90.0 %, un error relativo máximo de 0.2, un efecto de diseño de 1.44 y una tasa de no respuesta de 10.0 % (INEGI, 2011).

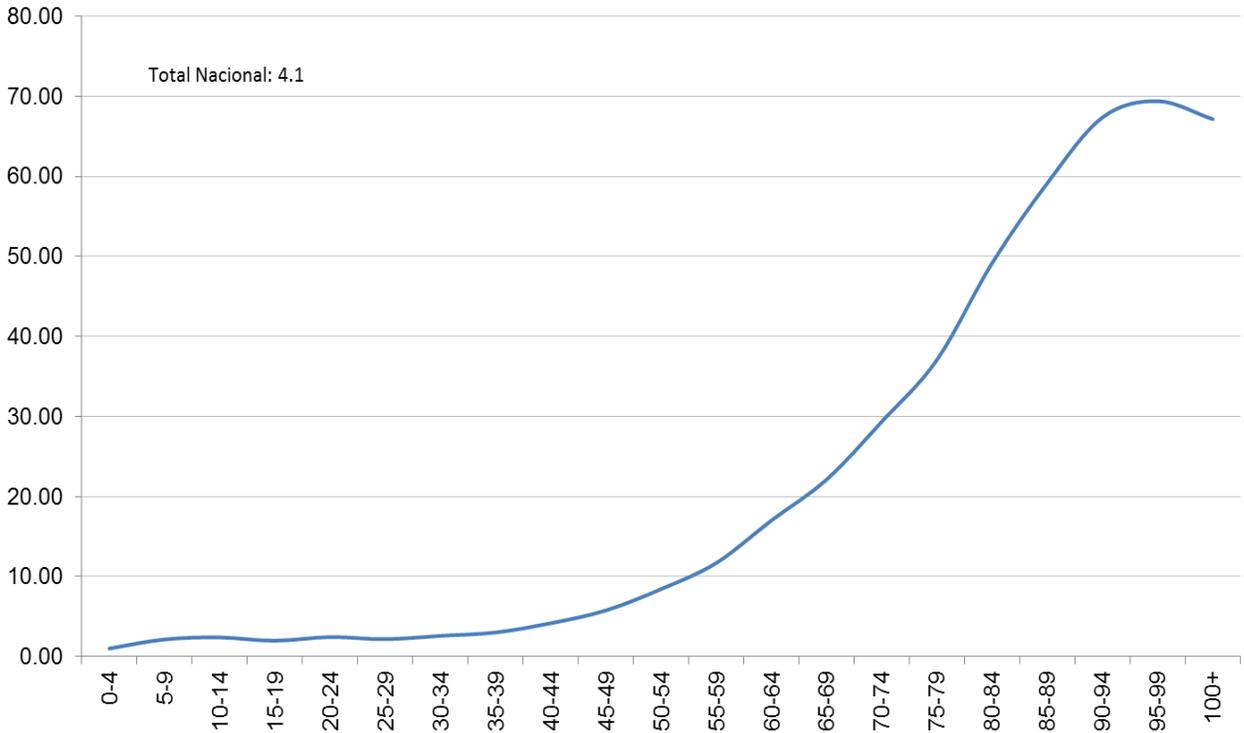
El instrumento de investigación –Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010— indagó por la discapacidad de las personas a través de la pregunta ¿En su vida diaria, (NOMBRE) tiene dificultad al realizar las siguientes actividades? Con el siguiente rango de respuestas a) caminar, moverse, subir o bajar; b) ver, aun usando lentes; c) hablar, comunicarse o conversar; d) oír, aun usando aparato auditivo; e) vestirse, bañarse o comer; f) poner atención o aprender cosas sencillas; g) limitación mental; h) no especificado. Además, inquirió por la causa de la discapacidad con la interrogación “¿(NOMBRE) tiene dificultad para (respuesta de la pregunta anterior)...”, la cual tenía las siguientes opciones de respuesta a) porque nació así; b) por enfermedad; c) por accidente; d) por edad avanzada; e) por otra causa; f) no especificado (INEGI, 2011b).

Finalmente, cabe aclarar que el carácter público de las bases de Microdatos de la Muestra Censal (disponibles de manera electrónica en el portal www.inegi.org.mx) aunado a que los procedimientos estadísticos y demográficos son los estándares, posibilita la reproducción y validación externa de los resultados de esta investigación.

Resultados

Aunque la discapacidad no es una situación exclusiva de los adultos mayores, el deterioro natural del organismo por el paso del tiempo origina que estos padecimientos aumenten con la edad. En Guanajuato, si bien la tasa de discapacidad para la población en general es de 5.5 % del total, aumenta paulatinamente con la edad, como es posible observar en la figura 1. De hecho, es interesante notar que a partir de los cuarenta años de edad el aumento de la discapacidad se da de manera prácticamente exponencial.

Figura 1. Guanajuato: porcentaje de población que padece al menos una discapacidad según grupo de edad 2010



Fuente: estimaciones propias con base en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Microdatos de la Muestra Censal 2010.

Los datos muestran que las dificultades motrices son, por mucho, el principal tipo de discapacidad en la población de adultos mayores guanajuatenses; a la cual le siguen la dificultad para ver y escuchar. En menor medida, aparecen el déficit de atención y las limitaciones mentales (ver tabla 1). Con respecto a estas dos últimas se ha argumentado que es probable que las tasas de discapacidad sean más altas debido, por una parte, a errores propios de la información censal, ya que el informante puede desconocer algunas de las preguntas del censo o también puede deberse a que la discapacidad mental sea ocultada por el estigma social que puede representar esta discapacidad (Consejo Nacional de Población, 2011).

Tabla 1. Guanajuato: adultos mayores discapacitados por grupo de edad según tipo de discapacidad 2010 (porcentajes*)

	<i>Tipo de discapacidad</i>						
	<i>Caminar, moverse, subir o bajar</i>	<i>Ver, aun usando lentes</i>	<i>Hablar, comunicarse o conversar</i>	<i>Oír, aun usando aparato auditivo</i>	<i>Vertirse, bañarse o comer</i>	<i>Poner atención o aprender cosas sencillas</i>	<i>Tiene alguna limitación mental</i>
65+	75.8	26.7	3.6	18.0	6.8	2.4	2.3
65-69	75.4	26.3	1.7	8.8	3.1	0.9	1.6
70-74	74.1	25.7	3.9	14.5	4.5	2.3	1.9
75-79	74.7	25.7	3.1	16.4	5.1	1.1	2.5
80-84	76.7	27.5	2.8	20.6	6.0	2.2	2.8
85-89	78.9	26.4	4.8	24.5	10.0	3.5	2.2
90-94	73.3	30.2	8.7	36.5	18.8	6.2	4.0
95-99	85.5	32.0	10.7	41.4	29.3	10.8	4.0
100+	78.7	41.8	12.7	49.1	39.7	17.5	2.8

*Nota: los porcentajes no suman 100% debido a que hay casos que presentan más de una discapacidad.

Fuente: estimaciones propias con base en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Microdatos de la Muestra Censal 2010.

La discapacidad tiene la mordaz peculiaridad de su carácter acumulable. El hecho de que el riesgo a la discapacidad esté presente a lo largo de la vida, sumado al hecho de que se acentúe entre los adultos mayores y a que estos viven cada vez más, provoca que sea cada vez más común la presencia de más de una discapacidad simultánea. Entre los adultos

mayores con alguna discapacidad a los 65 años, poco más del 75 % tiene solamente una discapacidad; sin embargo, este porcentaje va disminuyendo con la edad en favor de la acumulación de dos o más discapacidades (ver tabla 2).

Tabla 2. Guanajuato: adultos mayores con alguna discapacidad por grupo de edad según número de discapacidades acumuladas 2010 (porcentaje)

	Número de discapacidades				TOTAL
	1	2	3	4+	
65+	75.6	16.7	5.5	2.2	100.0
65-69	84.8	13.3	1.6	0.4	100.0
70-74	80.2	14.3	4.6	0.9	100.0
75-79	77.4	17.4	4.6	0.7	100.0
80-84	72.2	20.2	5.5	2.2	100.0
85-89	68.3	18.5	9.0	4.2	100.0
90-94	57.6	19.6	16.3	6.5	100.0
95-99	51.0	18.2	10.2	20.7	100.0
100+	47.4	20.7	6.5	25.4	100.0

Fuente: estimaciones propias con base en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Microdatos de la Muestra Censal 2010.

La discapacidad puede originarse por muchas causas durante la vida, incluyendo las que son innatas, las provocadas por accidentes o enfermedades, y aquellas que se derivan o acentúan con el envejecimiento. A los 65 años, 36.6 % de las discapacidades se derivan del envejecimiento, y también por enfermedades (47.0 %) o accidentes (13.2 %). Sin embargo, conforme aumenta la edad, las discapacidades se originan cada vez más en el deterioro natural del organismo. A los 85 años de edad, por ejemplo, 66.5 % de las discapacidades comienzan por la edad avanzada (ver tabla 3).

Tabla 3. Guanajuato: distribución de las discapacidades por grupo de edad según causa 2010 (porcentaje)

	<i>Porque nació así</i>	<i>Por una enfermedad</i>	<i>Por un accidente</i>	<i>Por edad avanzada</i>	<i>Por otra causa</i>	<i>Total</i>
65+	1.1	32.1	9.2	56.1	1.5	100.0
65-69	1.5	47.0	13.2	36.6	1.7	100.0
70-74	1.7	39.9	9.4	47.1	1.9	100.0
75-79	0.8	35.6	10.8	51.4	1.3	100.0
80-84	1.3	23.1	7.2	67.6	0.8	100.0
85-89	0.4	22.7	7.5	66.5	2.8	100.0
90-94	0.1	21.7	5.8	71.9	0.5	100.0
95-99	0.9	7.9	4.9	85.7	0.5	100.0
100+	0.0	5.6	0.6	93.8	0.0	100.0

Fuente: estimaciones propias con base en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Microdatos de la Muestra Censal 2010.

Finalmente, en la tabla 4 se presentan algunas variables sociodemográficas de los adultos mayores con alguna discapacidad. En cuanto al género, llama la atención que si bien las diferencias en las tasas de discapacidad en el total de la población entre hombres y mujeres apenas son perceptibles (34.0 % y 35.8 %, respectivamente), entre los adultos mayores son ellas quienes presentan tasas más altas. Las mujeres con 65 años y más tienen tasas de 54.8 %, cerca de diez puntos porcentuales por encima de los hombres.

En lo referente a la situación conyugal, lo cual puede indicarnos en alguna medida las redes de apoyo familiar en las que se enfrenta la discapacidad, si bien en el conjunto de los adultos mayores cerca de la mitad de ellos viven en pareja, conforme avanza la edad las tasas de personas no unidas aumentan de manera paulatina, en su mayoría derivado de la viudez.

Uno de los principales retos del sistema de salud mexicano es la distribución territorial de su población. Aunque desde la década de los cuarenta del siglo pasado, el medio rural en México comenzó a atestiguar la merma paulatina de su población, en la actualidad más del 23 % de la población reside en poco más de 188 mil localidades menores a 2 500 habitantes. Es decir, México cuenta con una población muy cuantiosa (cerca de 26 millones) que reside en miles de pequeñas localidades, lo cual dificulta de una manera muy considerable la cobertura de salud. En el caso de los adultos mayores con alguna discapacidad, como muestra la tabla 4, poco más del 43 % reside en localidades rurales. A lo anterior se añade que una cuarta parte de los adultos mayores que tienen alguna discapacidad no tienen derecho a los servicios de salud, situación que se acentúa conforme avanza la edad.

Finalmente, en lo que respecta a cuestiones económicas, la tabla 4 muestra que si bien la mayor parte de los adultos mayores que tienen alguna discapacidad no trabajan (85.1 %), es de recalcar también que un porcentaje similar no tiene derecho a jubilación o pensión económica y cerca de la mitad de ellos tampoco recibe ningún otro tipo de ayuda por parte del gobierno.

Tabla 4. Adultos mayores con discapacidad según variable socioeconómica seleccionada 2010 (porcentajes)

Variable	65+	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+
Sexo									
Hombres	45.4	46.0	50.1	43.4	43.0	43.6	45.4	39.5	52.2
Mujeres	54.6	54.0	49.9	56.6	57.0	56.4	54.6	60.5	47.8
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Situación Conyugal									
Unidos	52.4	69.2	59.5	55.2	46.0	34.8	30.6	21.8	13.4
No unidos	47.6	30.8	40.5	44.8	54.0	65.2	69.4	78.2	86.6
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Localidad de residencia									
Menos de 2,500 habitantes	43.1	40.8	41.6	44.5	44.9	42.8	41.8	51.1	64.0
2,500 a 14,999 habitantes	10.3	9.7	10.6	10.7	10.1	10.2	9.5	15.2	11.6
15,000 a 99,999 habitantes	18.8	19.7	19.1	18.7	17.7	18.8	18.0	19.6	16.8
100,000 y más habitantes	27.8	29.8	28.7	26.1	27.4	28.1	30.8	14.0	7.5
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Derecho a servicios de salud									
Público	74.7	79.7	79.0	77.2	72.7	68.5	64.0	51.0	42.7
Privado	1.1	0.7	0.9	0.6	1.6	1.0	3.6	2.2	5.2
Sin derecho	24.1	19.6	20.1	22.2	25.7	30.6	32.4	46.8	52.2
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Condición de actividad									
Trabaja	14.3	23.2	19.3	14.0	8.3	8.2	4.9	1.3	0.0
No trabaja	85.1	75.3	80.2	85.7	91.5	91.6	95.1	98.4	100.0
Busca trabajo	0.6	1.6	0.5	0.4	0.2	0.2	0.0	0.3	0.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Derecho a pensión o jubilación									
Recibe	17.4	17.1	20.1	17.6	17.4	14.1	18.9	7.0	3.1
No recibe	82.6	82.9	79.9	82.4	82.6	85.9	81.1	93.0	96.9
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ayuda de programas de gobierno									
Recibe	44.4	16.8	44.9	54.5	54.9	52.5	47.8	52.1	59.5
No recibe	55.6	83.2	55.1	45.5	45.1	47.5	52.2	47.9	40.5
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: estimaciones propias con base en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Microdatos de la Muestra Censal 2010.

Discusión

El incremento paulatino del número de adultos mayores que padecen discapacidades severas y quienes requieren cuidados diarios representará un reto cada vez más importante para las familias y el Estado. A ello se suma el aumento de la supervivencia, lo cual implica, de manera tautológica, que el riesgo de padecer alguna discapacidad durante la vida también se incrementa. Por esta razón, el aumento de las limitaciones en el

funcionamiento físico y mental estará estrechamente asociado con el incremento de las demandas de servicios sociales y de salud.

El escenario de los cuidados a los adultos mayores cambiará profundamente durante las próximas décadas. La transición demográfica conduce a nuevos desafíos: se incrementan y se modifican las demandas de cuidados en todas las etapas del ciclo de vida. Los cuidados a partir de la niñez que actualmente continúan siendo importantes se irán reduciendo, pero no dejarán de tener un peso muy importante; la población en edades laborales seguirá siendo muy cuantiosa y demandando servicios de salud específicos; en tanto se incrementará la dependencia de la vejez y de personas con necesidades de cuidados por razones de salud. En suma, es un panorama que debe ser entendido desde el lente de la complejidad.

Con todo, tratar de predecir cómo evolucionará el estado de salud general debido a los cambios en la estructura por edad de la población y en el progresivo envejecimiento, es una tarea difícil. Si bien los incrementos en la longevidad pueden influir en el estado de salud de la población, varias hipótesis pueden ser consideradas; los dos extremos son expansión de la morbilidad y compresión de la mortalidad, en medio quedan hipótesis con situaciones mixtas en cuanto a enfermedad y discapacidad (Chande et.al., 2010). En el caso que nos ocupa, el de Guanajuato, es previsible que se presente la expansión de la mortalidad y que se vivan más años, pero que una proporción importante de esos años se viva con enfermedad o discapacidad. Lo anterior podría representar un mayor costo de salud asociado a la población en edades avanzadas, tanto desde el punto de vista colectivo como en el plano familiar e individual.

En este sentido, el envejecimiento de la población conlleva que el porcentaje de hogares con adultos mayores aumente. Esto implica una convivencia cada vez más común con viejos dentro del hogar; lo cual debe implicar necesariamente el fortalecimiento de las redes familiares y sociales de apoyo a este sector de la población. Además, el aumento de la coexistencia de varias generaciones provocará que los adultos jóvenes enfrenten la situación de atender y sostener simultáneamente a sus hijos y a sus ascendientes (Vega, 2005). Al mismo tiempo, la reducción del tamaño promedio de los hogares en México —el cual se ubica en 4.3 miembros en la actualidad— implica contar con menos miembros para

aportar económicamente y ayudar en el cuidado de quienes están en situación de desventaja.

Un aspecto dentro de la familia que vale la pena destacar, es el papel que juega la mujer dentro de los cuidados hacia otros miembros del hogar. El progresivo cambio del rol social de la mujer, cuya incorporación a la actividad productiva remunerada sigue creciendo, conlleva a que muchas veces su actividad económica extradoméstica tenga que ser compatibilizada, no sin pocos malabares, con su tradicional papel en los cuidados de la familia, condición que las sobrecarga y las torna más vulnerables, provocando su potencial desgaste físico y anímico.

En suma, la planificación gerontológica y las políticas sociales deben buscar favorecer el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para afrontar los riesgos que implica una sociedad envejecida como lo será con más intensidad la guanajuatense. Los comportamientos sociales e individuales serán cruciales para reducir el grado de vulnerabilidad social en la vejez y prolongar nuestra existencia con razonables niveles de bienestar (Sánchez & Egea, 2011). Si bien es cierto que el envejecimiento poblacional es inevitable, el crear las condiciones para afrontarlo en las mejores condiciones es una tarea inaplazable.

Bibliografía

Arango, Joaquín (2000). Vidas más largas, sociedades más envejecidas. *Diario el País*. 23 de abril.

Cárdenas, Rosario (2014). “Desigualdad en la salud, escenarios y acciones”. En Cecilia Rabell Romero (coord.) *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 143-199.

Chande, Roberto; César González; María del Carmen García; Raquel Pêgo; José Alberto Valencia; Mariana Ortega y Víctor Vilchis (2010). “Envejecimiento de la población: Implicaciones sociales y políticas, impacto en la salud y desafíos para los sistemas”. En *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México*. México, Instituto Nacional de Geriátrica, 2010, pp. 128-139.

Consejo Nacional de Población (2012). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*. México, CONAPO.

Consejo Nacional de Población (2011). *Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México*. Serie Documentos Técnicos. México, CONAPO.

García, José María (2015). La discapacidad hoy. *Psychosocial Intervention* 2005 (14) 245-253.

INEGI (2011). *Diseño de la Muestra Censal 2010*, 13 páginas.

INEGI (2011b). *Instrumentos de Captación del Censo de Población y Vivienda 2010*. Cuestionario Ampliado. 12 páginas.

Livi-Bacci, Massimo (1999). *Historia Mínima de la Población Mundial*. España, Ariel.

Population Reference Bureau (2013). *World Population Data Sheet 2013*

Sanchez, Diego. y Carmen Egea (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Pap. poblac [online]*. 2011, vol.17, (69) pp. 151-185.

Vega, Daniel (2004). “Arreglos residenciales de los adultos mayores” en *La Situación demográfica de México 2004*. México, Consejo Nacional de Población 2005, pp. 43-51.