

Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey

Hilda García y Romeo Madrigal

*El Colegio de la Frontera Norte
Consejo Estatal de Población del Estado de Nuevo León*

Resumen:

A través de una encuesta a 461 individuos de 60 años y más residentes en el área metropolitana de Monterrey se exploró la amplitud y el carácter de la relación de los viejos con las redes de apoyo formales e informales, así como los determinantes de dicha relación. En principio, los datos sugieren un panorama de alta dependencia económica y social de esta población derivado de ingresos y condiciones de salud precarias. Por un lado, se observó que el sistema institucional facilitó principalmente el acceso a servicios de salud y pensiones, aunque la cobertura de este último servicio fue más restringida y diferenciada. Por otra parte, el estudio mostró que la familia, pero especialmente los hijos, desempeña un rol central para la subsistencia de los viejos, transfiriendo bienes y servicios no disponibles en el sistema formal de soporte.

Abstract:

Based in the results of a survey to 461 persons of 60 and over in the metropolitan area of Monterrey, Mexico, this study explored the extent and nature of the relationship of the elderly with their support networks -formal and informal-, as well as the factors determining such relationship. To begin, the results suggest a panorama of high economic and social dependency resulting from low income and poor health conditions. On the one hand, we observed that the institutional system provided principally access to health services and retirement income, though the coverage of pensions was restricted and differentiated. On the other hand, the study demonstrated that family, but especially children, play a central role in the subsistence of the elderly transferring goods and services not supplied by the formal support system.

Introducción

Como resultado de los cambios recientes en las tendencias demográficas del país, la población en México se encuentra inmersa en un claro proceso de envejecimiento y se estima que para el año 2020 1 de cada 10 mexicanos tendrá 60 años o más (Celade, 1993).

El crecimiento absoluto y relativo de la población envejecida en el país tendrá implicaciones directas sobre las políticas y sistemas sociales, y generará una presión creciente sobre los recursos humanos y materiales disponibles en las familias.

De la problemática que se anticipa como resultado del envejecimiento paulatino de la población resalta la relevancia de discutir quién asumirá la responsabilidad de diseñar las estrategias y programas necesarios, quién proveerá los recursos indispensables para la implantación de estos programas y quién absorberá los costos del envejecimiento de la población. En México, la carencia histórica de programas sociales específicos, y de infraestructura y equipamiento para la atención de la población envejecida, parece mostrar que los costos del envejecimiento de la población recaerán principalmente en las familias.

Diversos estudios, principalmente en los países industrializados, han indicado que una de las características del proceso de envejecimiento de la población es la creación de redes de apoyos formales e informales que operan como un sistema de soporte en la vejez. Estas redes consisten en un conjunto de recursos económicos o en especie que son consumidos o transferidos en circunstancias distintas y de manera combinada para contribuir al proceso de reproducción de este grupo social. Así, la reproducción social de los viejos y su calidad de vida depende tanto de los recursos acumulados individualmente como de los bienes y servicios que reciben de las redes; la accesibilidad a dichos recursos no es universal, ya que existe una serie de obstáculos individuales e institucionales que limitan y restringen el acceso a bienes y servicios, tales como pensiones, servicios médicos e ingreso.

Con el objeto de identificar y evaluar los factores del proceso de reproducción de la población envejecida en México, este trabajo examina tres dimensiones:

- a) la población envejecida como productora de recursos;
- b) la oferta de bienes y su transferencia desde el ámbito institucional o formal, y
- c) la transferencia de recursos desde el ámbito informal o familiar y comunitario.

El análisis se apoya en datos recopilados en 1992 mediante la encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey, misma que reporta información de 461 individuos de 60 años y más residentes en esta zona.¹ El área metropolitana de Monterrey (AMM) es una de las zonas más industrializadas y de más temprana urbanización en México.

¹ La encuesta fue diseñada y coordinada por Romeo Madrigal, como parte del programa de investigación del Consejo Estatal de Población del Estado de Nuevo León. El diseño muestral fue una muestra probabilística considerando los cinco estratos que para el AMM maneja el INEGI —estrato socioeconómico alto, medio alto, medio bajo y marginal—; se realizó una subestratificación en cada uno de los estratos agrupando las AGEB (Áreas geoestadísticas básicas), según el promedio de personas de la tercera edad por manzanas, esto con el fin de controlar las 500 entrevistas a realizar.

Como resultado, la densidad de servicios asistenciales y de salud, y en general, de apoyos institucionales para el bienestar de la población, es relativamente alta. De hecho, un porcentaje considerable de la población de 60 años y más disfruta de prestaciones sociales, tales como servicios médicos y pensiones. Aun en este contexto, las redes informales desempeñan un papel importante en la definición de la calidad de vida de la población envejecida. La amplitud y el carácter de la relación de los viejos con las redes de apoyo, así como los determinantes de dicha relación, es el propósito central de este trabajo.

La población envejecida del área metropolitana de Monterrey

Como resultado de los cambios en la dinámica demográfica del país, la población mexicana ha experimentado una sensible reducción en sus niveles de fecundidad y mortalidad. Una consecuencia de este proceso ha sido la reducción del número de nacimientos, lo que a su vez ha inducido una disminución proporcional de los grupos de edad localizados en la base de la pirámide poblacional y la ampliación de los grupos en edades productivas y envejecidas.² El corolario de este proceso es el envejecimiento relativo de la población, que se expresa en el engrosamiento del grupo de 60 años y más. Por otro lado, el incremento en las esperanzas de vida, el mejoramiento en las condiciones sanitarias y ambientales, el incremento en las oportunidades económicas de la población y una mayor educación son algunos de los factores que contribuyen a la elevación de la calidad de vida de la población y a la ampliación de las expectativas de vida para un número importante de individuos.

Hasta antes de la década de los noventa, el peso relativo que en la estructura de población tenía el grupo de edad de 60 años y más era relativamente estable, con niveles cercanos a 6 por ciento. La abrupta caída de la fecundidad a mediados de los años setenta revirtió dicha tendencia y facilitó la transición al

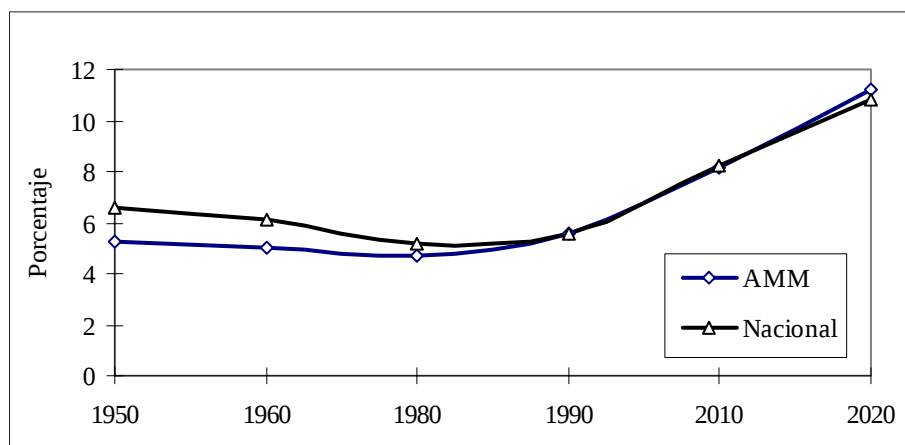
En cada estrato y subestrato se distribuyó la muestra proporcionalmente en función del número de personas de la tercera edad y se seleccionaron las manzanas correspondientes en forma proporcional al tamaño de la población.

² Dentro del proceso inicial que acompaña el envejecimiento de una sociedad, se observa que la disminución de la fecundidad juega un papel determinante, mientras que en un segundo plano se encuentran los cambios en la mortalidad y las ganancias en las esperanzas de vida al momento del nacimiento. La baja en la fecundidad modifica directamente el peso relativo de los grupos en edades infantil y juvenil sobre el total de la población, incrementándose el peso en los grupos en edades intermedias y avanzadas. Este proceso de envejecimiento se denomina envejecimiento por la base.

envejecimiento de las estructuras de población, lo cual se manifestó hasta alrededor de la década de los noventa (gráfica 1).

Por lo que toca a la evolución del grupo de edad de 60 años y más en el AMM, éste tiene una trayectoria similar al nacional, aunque las proyecciones describen un escenario con niveles relativos mayores a los proyectados nacionalmente (gráfica 1). Los datos sobre volumen de población en el AMM alcanzaba la cifra de 142 942 individuos en 1990, es decir, alrededor de 5.5 por ciento de la población total en el área.³ Respecto a las expectativas de crecimiento de este grupo social, se estima que para finales del siglo la población envejecida representará alrededor de 6.3 por ciento de la población total, y que alcanzará 8.1 y 11.2 por ciento en los años 2010 y 2020, respectivamente (gráfica 1).

GRÁFICA 1
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 1950-2020



Fuente: CELADE, 1993 y Madrigal, 1993b.

En caso de que las proyecciones anteriores resultaran acertadas, el volumen de población esperado para el área en el año 2000, sería aproximadamente igual a la población total que tuvo el AMM en 1940. En 20 años, esto es, para el año 2020, el tamaño de esta población se multiplicará por 2.3, por lo que alcanzaría un volumen cercano a los 520 000 individuos (Madrigal, 1993a).

³ Conviene aclarar que el AMM siempre ha mantenido una menor proporción de personas de edad avanzada que el resto del estado.

Es interesante hacer notar que este proceso está desarrollándose en un contexto relativamente favorable como resultado de las condiciones económicas y sociales prevalecientes en esta zona. El AMM es una de las cuatro áreas con mayor participación económica en el país y el dinamismo de su economía contrasta con el estancamiento e inestabilidad de otras regiones de México. De hecho, se ha observado que a pesar de la crisis económica de los años setenta y ochenta, esta zona logró mantener un sistema de estratificación ocupacional que le permitió la reabsorción de miles de obreros y empleados despedidos, mientras que, en materia social, fue posible que algunos sectores de la población experimentaran cierta mejoría en sus niveles de vida (Vellinga, 1988). Asimismo, algunos indicadores de calidad de vida, tales como disponibilidad de servicios públicos, hacinamiento, vivienda, educación e ingreso, son considerablemente altos en el AMM. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), siete de los nueve municipios que integran el AMM presentan grados de marginación muy bajos, y algunos como San Pedro Garza García, San Nicolás Garza y Monterrey se encuentran entre los 20 municipios con menores niveles de marginación en México (CONAPO, 1993).

En general, la situación de los viejos del AMM refleja las condiciones descritas. Por ejemplo, puede observarse que los niveles de participación económica de la población de 60 años y más y la proporción de pensionados y jubilados en el AMM son característicos del nivel de desarrollo urbano-industrial típico del área. Por ejemplo, en 1990 Nuevo León fue el estado con los niveles más bajos de población de 60 años y más activa (22 por ciento). Esta cifra contrasta con los niveles encontrados en Chiapas y Quintana Roo, donde la proporción de activos era de poco más de 40 por ciento, mientras que a nivel nacional esta proporción era de 28.6 por ciento. Respecto a la población de jubilados y pensionados, Nuevo León, el Distrito Federal y Yucatán son las entidades con los porcentajes más altos de individuos en esta condición, esto es: 24, 27.9 y 24.2 por ciento, respectivamente. En el extremo opuesto se encuentran los estados de Oaxaca, Zacatecas y Guerrero, con porcentajes por debajo de 6 por ciento (INEGI, 1993). Estos diferenciales resultan del desarrollo de los mercados de trabajo regional y de la evolución de instituciones laborales, gubernamentales y no gubernamentales que propician, por ejemplo, el retiro más temprano de las actividades económicas.

Calidad de vida de la población envejecida

De la capacidad de satisfacer las necesidades de alimento, vestido, salud, recreación y vivienda depende la calidad de vida y, en última instancia, la reproducción social de la población envejecida. La trayectoria laboral de los individuos, su situación familiar, su estado de salud física y mental son algunos de los factores que condicionan el desarrollo de dicha capacidad y, por lo tanto, el acceso de las personas a los diferentes tipos de recursos y satisfactores disponibles en su entorno. En esta sección examinaremos las condiciones de salud y el vínculo con el mercado de trabajo, con el objeto de explorar su efecto sobre la independencia física y social de la población envejecida y la accesibilidad de este grupo a los satisfactores necesarios para su reproducción.

Funcionalidad física

No obstante que una diversidad de estudios sobre el envejecimiento ponderan los aspectos sociales y culturales del proceso (Atcheley y Seltzer, 1976), es innegable que los factores biológicos e individuales del mismo son de gran relevancia para la calidad de vida de los viejos, ya que condicionan su funcionalidad social y productiva. Siguiendo este planteamiento, algunos autores enfatizan que el envejecimiento es un fenómeno heterogéneo que afecta a los individuos de manera diferenciada, según su historial de salud y *status* social. En términos generales, entre los estudiosos parece existir consenso sobre el vínculo entre el aumento en la edad y el deterioro físico y mental de los individuos (Ham, 1993a; Bazo, 1990 y Müller y Pantelides, 1991). Al respecto, Domínguez (1992: 80) puntualiza que la probabilidad de padecer enfermedades para los individuos de 65 años y más es 31 veces la probabilidad de enfermarse para la población infantil. Habría que agregar que a la frecuencia de la enfermedad se adiciona un aumento en la severidad del padecimiento y en la complejidad del tratamiento requerido para restablecer la salud.

Es obvio, entonces, que antes de analizar a la población envejecida del AMM en relación con su capacidad de producir recursos materiales, es necesario hacer algunas consideraciones sobre sus condiciones de salud. Con este propósito, el autorreporte sobre padecimiento de enfermedades y su descripción, en la encuesta de la tercera edad, fueron examinados desde diferentes ángulos. Como puede observarse en el cuadro 1, del total de individuos de la muestra, 56.8 por

ciento declaró padecer o haber padecido alguna enfermedad durante los 30 días previos al levantamiento de la información. El padecimiento de enfermedades fue una condición que estuvo asociada predominantemente con mujeres, con individuos del grupo en edades entre 64 y 74 años y con población inactiva.

Respecto a la relación entre salud y sexo femenino, es pertinente mencionar que algunos estudios indican que las mujeres suelen tener una percepción más negativa sobre su propia salud, además de ser más proclives a declarar este tipo de problemas (Bazo, 1990; Redondo y 1990; Novak, 1993). Asimismo, el que el envejecimiento sea una condición que afecta principalmente a las mujeres, como resultado de niveles de sobrevivencia más altos, también contribuye a que la relación entre enfermedad y sexo tenga un perfil predominantemente femenino. Según la encuesta, en el AMM 57.9 por ciento de la población envejecida eran individuos del sexo femenino.⁴ Al considerar las condiciones de salud de la población encuestada, según el sexo, encontramos que mientras 65.5 por ciento de las mujeres declaró padecer alguna enfermedad, este indicador fue casi 21 puntos porcentuales menor entre los hombres. Los padecimientos más comunes entre las mujeres fueron alta presión, reumatismo, artritis y diabetes, todas ellas enfermedades que requieren tratamiento médico permanente.

Por lo que concierne a la relación edad-enfermedad, los resultados de la encuesta son consistentes con los hallazgos de otros estudios, aunque destaca el hecho de un mayor autorreporte de padecimientos entre individuos del grupo de edad de 60 a 74 años respecto a individuos del grupo de 75 años y más (cuadro 1). En el primer grupo, el porcentaje de individuos que declaró tener o haber tenido problemas de salud fue de 57.3 por ciento, mientras que el mismo indicador fue de 55.2 por ciento entre la población con 75 años y más. Esta diferencia, que pudiera atribuirse a las características del levantamiento de la información, posiblemente está relacionada con el hecho de que los individuos que logran sobrepasan el límite de los 75 años de edad son personas generalmente sanas debido a factores genéticos y a estilos de vida que retardan el advenimiento de las enfermedades, especialmente de los padecimientos crónico-degenerativos.

Por lo que toca a la condición de actividad, la población envejecida del AMM es predominantemente inactiva, ya que 8 de cada 10 viejos estaban fuera del mercado de trabajo al momento de la encuesta. La diferencia de este indicador entre hombres y mujeres es de 6 contra 9 por cada 10 individuos, respectivamente.

⁴ Esta cifra es muy cercana a la proporción de mujeres que para el AMM reportó el Censo de Población y Vivienda de 1990 dentro del grupo de población de 60 años y más (54.7 por ciento).

Entre los inactivos, 61 por ciento declaró el padecimiento de alguna enfermedad, mientras que entre los activos este indicador fue de 38 por ciento. De hecho, la incapacidad para el trabajo por razones de salud fue una situación que reportó 6 por ciento de los viejos económicamente inactivos captados por la encuesta, aunque este porcentaje alcanzó 17 por ciento entre los hombres.

CUADRO 1
CONDICIÓN DE SALUD DE POBLACIÓN ENVEJECIDA
POR SEXO, EDAD Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

	<i>Enfermos</i>	<i>Sanos</i>	<i>No especificado</i>	<i>Total</i>
<i>Sexo</i>				
Masculino	44.8	54.6	0.5	100.0
Femenino	65.5	34.1	0.4	100.0
<i>Edad</i>				
60 a 74	57.3	42.1	0.6	100.0
75 y más	55.2	44.8	0.0	100.0
<i>Condición de actividad</i>				
Activos	38.5	60.4	1.0	100.0
Inactivos	61.6	38.1	0.3	100.0

Fuente: *Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey*, COESPONL, 1993.

Una dimensión adicional de la relación entre salud y funcionalidad física es la de la naturaleza de las enfermedades que padecen los viejos del AMM. El cuadro 2 describe las enfermedades padecidas por la población analizada.⁵ Se aprecia un predominio de las enfermedades no fatales, crónicas o incapacitantes, entre los que sobresalen, en orden de importancia, la alta presión (32.3 por ciento), el reumatismo (29.3 por ciento), la artritis (26.2 por ciento) y la diabetes (18.9 por ciento). Una característica de las enfermedades reportadas es que tienden a generar dependencia, además de ser altamente demandantes de atención médica.

A manera de contraste, conviene tener en cuenta la experiencia de los países industrializados, en donde la población envejecida está alcanzando mayor edad

⁵ La información del cuadro reporta los casos de padecimientos múltiples.

en mejores condiciones de salud (Bazo, 1990, Arber y Ginn, 1990 y Novak, 1993). Por lo que toca a México, Gutiérrez (1993) señala que existe un desfase entre el incremento en las esperanzas de vida al momento del nacimiento y las esperanzas de vida en salud. Lo anterior significa que se ha logrado retardar el momento de manifestación de las enfermedades que verdaderamente son causa de muerte, pero no se ha podido retardar la aparición de enfermedades no fatales crónicas o incapacitantes, como la diabetes, artritis, demencia, deterioro de la memoria, fracturas y depresión. De esta manera, la ganancia lograda en las esperanzas de vida incrementa la proporción de personas expuestas a riesgos de padecer enfermedades incapacitantes.

CUADRO 2
TIPO DE ENFERMEDADES EN POBLACIÓN ENVEJECIDA
(Porcentajes)

<i>Enfermedad</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
Diabetes	12.9	23.2	18.9
Alta presión	18.6	42.3	32.3
Angina de pecho	1.5	6.0	4.1
Corazón	4.1	16.1	11.1
Intestinal	10.8	17.2	14.5
Respiratoria	12.9	17.6	15.6
Circulatoria	10.3	23.2	17.8
Artritis	20.6	30.3	26.2
Reumatismo	19.6	36.3	29.3
Insomnio	7.7	24.0	17.1
Tumores	0.5	1.5	1.1
Llagas	2.1	2.2	2.2
Fracturas	4.6	6.0	5.4
Otros	15.5	15.7	15.6

Fuente: *Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey*, COESPONL, 1993.

Status, género y edad

Junto con las condiciones de salud, otros factores, tales como la edad, el género y la condición de clase, restringen la participación de los viejos en su autosostenimiento y en el de sus familias. De hecho, la salud misma es un

elemento subordinado a todos estos factores, si la salud es entendida como un proceso social que depende del tipo de relaciones que los individuos mantienen con su entorno a través del trabajo, la familia y otras instituciones sociales. Así, por ejemplo, el *status* social condiciona la salud a través de la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los individuos, los ingresos que perciben, las características de sus viviendas y la disponibilidad o no de servicios públicos en ellas.

La condición de género y la edad cronológica, por otra parte, definen el nivel de acceso de los individuos a las instituciones y a los recursos que contribuyen a las condiciones generales de vida de las personas.

Diferentes argumentos han sido presentados para caracterizar como relaciones de género la vinculación de lo femenino y lo masculino con la esfera productiva. Socialmente existe una clara división sexual del trabajo que en distintos momentos y en sociedades particulares asignan a sus miembros diferentes responsabilidades en la producción de bienes. El tipo de relaciones que mantienen los individuos con lo público y lo privado no es inmutable y es posible observar que bajo determinadas circunstancias históricas las mujeres desempeñaron actividades antes consideradas “naturales” a lo masculino o viceversa. De hecho, dentro de una misma época, diferentes comunidades nacionales o regionales asignan responsabilidades divergentes a hombres y mujeres en relación con las actividades productivas (Benería y Roldán, 1992).

El cuadro 3 describe la relación que sostiene o mantuvo la población envejecida con el mercado de trabajo y su vínculo con la condición de género. Los datos de la encuesta reportan que mientras 39.2 por ciento de los hombres permanecían activos al momento de la encuesta, el porcentaje de mujeres era apenas de 7.5. El vínculo de lo femenino con lo doméstico y de lo masculino con lo extradoméstico se aprecia con mayor claridad en la definición que hicieron de sí mismos los entrevistados que se encontraban fuera del mercado de trabajo. La encuesta muestra que entre la población femenina inactiva, 96.4 por ciento identifica el hogar como su ámbito principal de acción. En contrapartida, la población masculina se declaró como jubilada o pensionada (59.3 por ciento), incapacitada para trabajar (16.9 por ciento), en otra actividad (23.7 por ciento) y en ningún caso en el hogar.

Por otra parte, la edad-norma es una categoría social que regula la relación de los individuos con los ámbitos de lo normativo, institucional y grupal y otorga un significado a la edad en relación con la funcionalidad social de los individuos. Así, la edad-norma define el momento en que los niños deben asistir

la edad del matrimonio y aquélla en que la población debe retirarse del mercado de trabajo (Atcheley and Seltzer, 1976).

CUADRO 3
POBLACIÓN ENVEJECIDA POR CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Y SEXO

<i>Condición</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
PEA	39.2	7.5	20.8
Hogar	0.0	89.1	51.6
Jubilado o pensionado	36.1	1.5	16.1
Incapacitado	10.3	1.1	5.0
Otro	14.4	0.7	6.5
<i>Total</i>	100.0	100.0	100.0

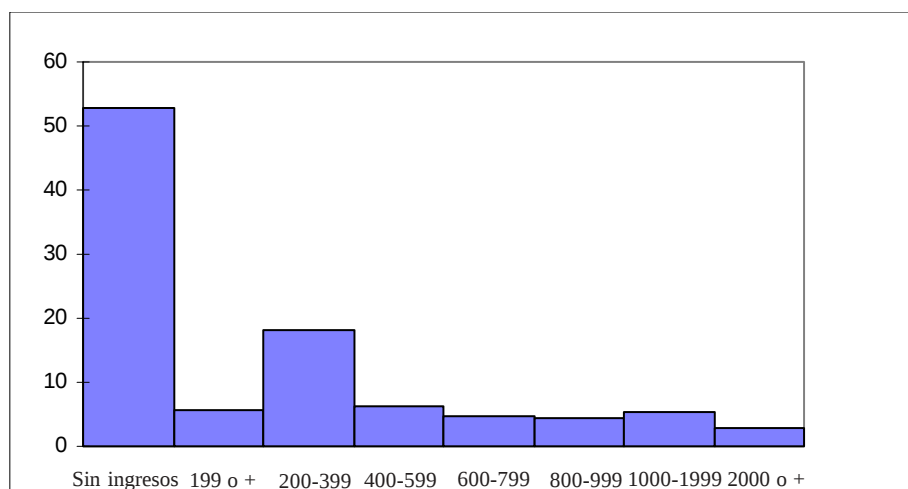
Fuente: *Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey*, COESPONL, 1993.

La conexión entre la edad-norma y el mercado de trabajo se manifiesta de manera diferente, según se trate de comunidades rurales o urbanas. En el ámbito urbano, la presencia de instituciones que regulan las relaciones de trabajo marca con claridad el momento del retiro de la actividad productiva. No obstante su intención de marcar la entrada a una etapa de goce del tiempo libre, es común que este evento sea vivido con gran tensión bajo determinadas circunstancias como resultado de la inexistencia de instituciones que garanticen una transición apropiada para los retirados, asegurándoles el acceso a pensiones adecuadas, servicios médico y actividades recreativas (Russell, 1987). Para este grupo, la salida del mercado de trabajo puede significar una sensible reducción del ingreso o bien, la pérdida de la única fuente de ingreso.

Como era de esperarse, la fuente principal de ingresos de la población envejecida del AMM depende de su relación pasada o actual con el mercado de trabajo. Los datos de la encuesta reportan que 47.7 por ciento de la población contaba con ingresos de algún tipo, incluyendo salarios, pensiones, rentas, donativos y otros no especificados (gráfica 2). Entre los entrevistados que contaban con alguna forma de ingreso, las fuentes más comunes fueron las pensiones (27.8 por ciento) y los salarios (18 por ciento). Los ingresos obtenidos de fuentes distintas a las anteriores favorecieron alrededor de 3 por ciento de los entrevistados. Obviamente, la falta de ingresos estuvo asociada, predominantemente, con población inactiva y con las mujeres. Entre la población

inactiva, 65.2 por ciento no declaró ingreso alguno, mientras que entre las mujeres este indicador fue de 76.8 por ciento. *Vis-a-vis*, fue más común que los hombres (80 por ciento) tuvieran alguna forma de ingreso que las mujeres (23.2 por ciento).

GRÁFICA 2
NIVEL DE INGRESOS DE LA POBLACIÓN ENVEJECIDA EN EL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY
(porcentaje)



Dentro del grupo de entrevistados que reportó alguna forma de ingreso, el valor mediano de las percepciones fue de 399 pesos, cantidad equivalente a 1.8 veces el salario mínimo mensual para el AMM al momento de la encuesta. Como ha sido observado, el cálculo monetario del valor de la canasta de consumo básico excede los dos salarios mínimos, lo que provoca que las familias que obtienen ingresos por debajo de ese nivel no estén en condiciones de satisfacer apropiadamente sus necesidades básicas (CONAPO, 1993). Así, el nivel de ingreso reportado por los viejos del AMM es claramente insuficiente bajo esta óptica.

Redes sociales de apoyo a la vejez

Las condiciones de salud y la situación financiera de la población envejecida del AMM sugieren un panorama de alta dependencia económica y social. En este

sentido, resulta clara la participación de otras instancias como proveedoras. Quiénes y de qué manera están contribuyendo a este proceso puede ser respondido a través del análisis de las redes sociales de las que hacen uso los viejos para satisfacer sus necesidades materiales y afectivas en las condiciones de precariedad descritas.

De acuerdo con su origen y las características de las interacciones, las redes de apoyo se clasifican en formales e informales. Las redes formales hacen referencia al vínculo de este grupo con instituciones públicas y privadas que brindan algún tipo de servicio a la población envejecida. Una característica de la relación de los viejos con este tipo de redes es que los contactos están mediados por barreras económicas o institucionales que norman la interacción, lo que limita los contactos a un segmento de la población envejecida. Respecto a las redes informales, éstas describen la relación personalizada de los viejos con individuos con quienes mantienen lazos de parentesco, amistad o de otro tipo. Por su propia naturaleza, estas redes tienden a cambiar como consecuencia de transformaciones en las necesidades que las originan, lo que hace necesario observar su estructura y funcionamiento bajo las distintas circunstancias económicas y de salud de los viejos.

Las redes formales

En el AMM, la población encuestada identificó a los diferentes institutos de seguridad social, al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y a los proveedores privados de servicios de salud dentro de la esfera de las redes formales. Por su importancia en términos de cobertura, en esta sección nos concentramos en el análisis de los institutos de seguridad social y los proveedores privados.

Salud y seguridad social

En relación con el carácter y la intensidad de las interacciones entre esta población y los proveedores de servicios de salud es obvio que éstas se encuentran mediadas por el nivel de deterioro de la salud de los viejos. Como señalamos, un atributo observado en este grupo es el incremento en la demanda de servicios médicos y hospitalarios como resultado del aumento en la frecuencia de la enfermedad, su severidad, así como la complejidad del tratamiento requerido. Algunos datos que ilustran al respecto, refieren que los cuidados médicos de las personas de edad avanzada suelen representar más del doble de

los gastos requeridos para la atención de enfermos más jóvenes, en tanto los gastos por hospitalización pueden ser hasta 10 veces superiores (Golbert, 1991: 38 y Canada's Treasury Board Secretariat, 1977, citado por Novak, 1993).

En México, el Sistema Nacional de Salud está integrado por tres subsistemas, de los cuales dos son de carácter público y uno privado. Los organismos públicos de salud son financiados parcial o totalmente con recursos del Estado y son los responsables de la seguridad social en el país. Una parte de éstos están dirigidos a atender las demandas de servicios de salud de la población abierta, mientras otro segmento atiende las necesidades de la fuerza de trabajo asalariada y del sector público.⁶ Los servicios coordinados de salud en los estados y los organismos estatales descentralizados⁷ son un ejemplo de los servicios ofertados a población abierta, en tanto que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son los organismos más representativos de la seguridad social⁸ (Laurell, 1991: 464 y Rodríguez, 1993: 303). Los servicios de salud del sector privado presentan elevados costos, por lo cual sus servicios son demandados básicamente por los estratos socioeconómicos medios y altos.

Como se aprecia, existen barreras para acceder a los distintos subsistemas de salud, algunas de las cuales son institucionales, como las que impone la seguridad social, mientras otras pueden ser económicas, como las de los servicios coordinados y los proveedores privados de salud. El cuadro 4 muestra a los proveedores de servicios de salud de los cuales la población envejecida del AMM es derechohabiente.⁹ Se identificaron poco más de 10 organismos proveedores de servicios de salud, entre los cuales los más representativos son los de la seguridad social. Al respecto, 69.6 por ciento de la muestra era derechohabiente del IMSS, mientras que 4.8 y 0.9 lo eran del ISSSTE e ISSSTELEON, respectivamente. La Universidad (1.1 por ciento), Cuauhtémoc/Famosa (1.1 por ciento) y otros (5.0 por ciento), cubrían la demanda de servicios de poco más de 7 por ciento. Tan sólo 17.8 por ciento de la población envejecida

⁶ Estas instituciones funcionan con aportaciones tripartitas, a través de cuotas de los trabajadores, los patrones y el Estado.

⁷ Este subsistema cubre las necesidades en salud de la "población abierta", por lo que atiende básicamente las necesidades de la población de bajos recursos económicos.

⁸ Existen condiciones particulares para que la población envejecida se vincule con la seguridad social y adquiera el *status* de derechohabiente. Dicha condición puede ser resultado del vínculo pasado o presente con el ámbito productivo, principalmente con el sector formal de la economía, así como también por la transferencia del beneficio por ser dependiente económico de algún trabajador con derecho a seguridad social.

⁹ Una observación a los datos sobre proveedores es que incluyen los casos múltiples de derechohabencia.

declaró no contar con derechohabiencia a servicios de salud. Respecto a este último dato, éste es un indicador aproximado del porcentaje de población envejecida que pudiera estar haciendo uso de los servicios privados o coordinados de salud.

CUADRO 4
POBLACIÓN ENVEJECIDA DERECHOHABIENTE
A SERVICIOS DE SALUD

<i>Proveedores de servicios</i>	<i>Población derechohabiente</i>
Instituto Mexicano del Seguro Social	69.6
ISSSTE	4.8
ISSSTELEON	0.9
Universidad	1.1
Maestros	0.4
Nova	0.2
Vidriera	0.4
Cuauhtémoc/Famosa	1.1
Otros	5.0
Sin servicio	17.8

Fuente: *Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey*, COESPONL, 1993.

En adición a las barreras institucionales y económicas mencionadas, faltaría por considerar las geográficas y de calidad de la atención en los servicios que ofrecen los proveedores de salud. La relevancia de la localización de los establecimientos de salud es obvia en el caso de la población envejecida, considerando sus limitaciones para desplazarse en forma independiente largas distancias o para acceder a espacios diseñados sin consideración de las restricciones que impone el padecimiento de discapacidades. Por lo que toca a la calidad de los servicios para la población envejecida, en general éstos tienen que desarrollarse a contracorriente, considerando que la capacidad instalada del sistema de salud en México ha estado más orientada a la atención materno-infantil que a problemas geriátricos.

El sistema previsional

En México, el otorgamiento de pensiones económicas está vinculado con el mercado de trabajo y está reestringido a la población asalariada¹⁰ que cotizó sistemáticamente a la seguridad social. Hasta hace poco existían en México cuatro modalidades previsionales:

- a) El IMSS;
- b) planes privados complementarios al IMSS;
- c) los institutos de seguridad social para el sector gubernamental, y
- d) las empresas paraestatales (Ham, 1993b).

Para un grupo importante de la población envejecida, el sistema de pensiones representa la única fuente de ingresos monetarios después de la separación del empleo por retiro, invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, e idealmente este sistema es el responsable de proveer los recursos económicos necesarios para el sostenimiento de este grupo social y de sus dependientes. No obstante, el otorgamiento de las pensiones se caracteriza por contar con políticas redistributivas escasas y diferenciadas y por excluir al sector de la población trabajadora no asalariada (Ham, 1993b y Laurell, 1991).

El porcentaje de población cubierta con pensiones en el AMM muestra lo restrictivo de este beneficio, ya que solamente 27.8 por ciento de la población entrevistada disponía de ingresos por este concepto. En relación con su monto, se reportaron pensiones que rebasaron los 2 mil pesos, aunque también hubo casos en los que éstas fueron menores a los 100 pesos. En general, los montos de las pensiones tienden a concentrarse por debajo de los 400 pesos mensuales, como fue referido por 71 por ciento de los entrevistados, y el valor modal se encontraba entre los 300 y los 399 pesos, cantidad que percibió 54.7 por ciento de los pensionados.

Las redes informales

El otro eslabón del sistema de soporte a la vejez lo constituyen las redes informales. El estudio de estas redes incluye el análisis del agregado de individuos con quienes los viejos interactúan. Este agregado representa el

¹⁰ El otorgamiento de las prestaciones del seguro por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte depende de que el beneficiario haya cotizado al menos 500 semanas y de que cumpla con algunos requisitos de edad.

conjunto de relaciones familiares, amistosas, laborales y de otra índole acumuladas a lo largo de la vida. Aunque el número de individuos con quienes interactúa esta población puede ser ilimitado, sólo algunos de estos individuos forman parte de la red. Según Lawton y Moss (1987), los hilos de la red los integran los individuos con quienes los viejos mantienen una relación individualizada, lo que implica la existencia de contactos cara a cara. Asimismo, estos contactos normalmente están mediados por relaciones simbólicas, como el amor, la solidaridad y la amistad. Una cualidad adicional de las interacciones es que usualmente involucran relaciones recíprocas.

La relación entre los viejos, su familia y el círculo de amigos conforman los lazos de la red. La situación cónyugal, el tamaño del hogar, la presencia de hijos sobrevivientes y el número de amigos son factores clave en el análisis de este tipo de redes.

El hogar y los hijos como una fuente de apoyo

El *status* marital es una variable de singular relevancia, ya que permite adentrarnos en la relación que los eventos soltería, matrimonio, divorcio y viudez guardan con la vida familiar. La condición civil de la población envejecida del AMM muestra que se trata de individuos predominantemente casados o viudos. Los casados representaban 64 por ciento de los casos, mientras que los viudos eran 29.7 por ciento. Existe una estrecha relación entre viudez y sexo femenino, ya que 8 de cada 10 viudos era población de este sexo. El vínculo entre el sexo y la condición de casado o unido indica que mientras ésta fue la condición de 8 de cada 10 hombres, entre las mujeres esta relación fue de 5 de cada 10. Los datos sobre *status* marital anticipan la existencia de diferencias para ambos sexos que pueden resultar en arreglos familiares variados. Aunado a lo anterior, deben considerarse los cambios en la dinámica como resultado de las tendencias demográficas recientes. Por ejemplo, se aprecia una ampliación en el ciclo de vida de la familia como resultado del incremento en las esperanzas de vida; este hecho permitió, por un lado, la prolongación del tiempo de convivencia de la pareja conyugal, mientras que por otro, facilitó la convivencia entre los viejos e individuos de distintas generaciones (Gee, 1988, citado por Novak, 1993).

El tamaño del hogar¹¹ de la población envejecida del AMM era de cuatro miembros en promedio. En forma más específica, casi tres de cada cuatro

¹¹ Está referido a los individuos que unidos o no por lazos de parentesco comparten un espacio de residencia común, además de compartir los gastos para comer.

hogares contaban con tres o más miembros, mientras que casi la mitad de éstos (47.5 por ciento) tenía cinco miembros o más. Los hogares con dos miembros¹² representaban 20.4 por ciento de los hogares, en tanto que los hogares unipersonales¹³ eran apenas 5.2 por ciento.

En términos del número de recursos humanos disponibles en el hogar, el grupo de la población envejecida es posiblemente el más vulnerable, ya que la presencia de otros miembros es importante para el mantenimiento de la vivienda, la provisión de cuidados en caso de enfermedad o la asistencia durante visitas al médico, compras y otras actividades cotidianas. Cabe mencionar que entre los individuos que vivían solos, poco más de una cuarta parte (29.2 por ciento) no tenían hijos, 8.3 por ciento tenía uno, 62.5 por ciento tenía más de dos y más de un tercio contaba con ocho hijos o más.

Los amigos y vecinos como una fuente de apoyo

Son variadas las funciones que los amigos y vecinos desempeñan en el apoyo a los viejos. Novak (1993) hace un recuento al respecto y las describe de la siguiente manera:

- a) durante la vejez y la juventud, las personas disfrutaban más visitando a sus amigos que a familiares que residen fuera del hogar. Al respecto, más viejos eligen amigos de su mismo grupo de edad debido a que se identifican como iguales, esto es, sus intereses y limitaciones son semejantes;
- b) la población envejecida sin hijos crea una red de amistad que suple de manera importante la ausencia de hijos o familiares. Rampel concluye que la “familia no es necesariamente un elemento crucial en la determinación de la calidad de vida de los viejos” (1985: 347, citado por Novak, 1993), y
- c) los vecinos y amigos participan más como confidentes, es decir, en el apoyo emocional, que en actividades de la vida diaria, como transporte, compras o mantenimiento del hogar (Chapell, 1980, citado por Novak, 1993).

¹² 67 por ciento de estos hogares estaban integrados por una pareja conyugal, mientras que el resto residía con un hijo (19.1 por ciento), algún pariente (5.5 por ciento) o sus padres (4.3 por ciento).

¹³ Respecto a estos hogares, 87 por ciento estaban integrados por mujeres.

CUADRO 5
TRANSFERENCIA DE BIENES Y SERVICIOS A POBLACIÓN ENVEJECIDA
POR PARTE DE AMIGOS Y VECINOS

<i>Tipo de transferencias</i>	<i>Amigos</i>	<i>Vecinos</i>
Espiritual o moral	53.6	47.9
Económico	5.0	3.3
Alimentos	5.0	4.6
Médicos	1.7	1.7
Compañía	46.9	49.5
Otro	4.1	2.4
Ninguno	29.1	29.7

Fuente: *Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey*, COESPONL, 1993.

El cuadro 5 es una representación del tipo de relaciones existentes entre la población envejecida y sus amigos y vecinos. Aunque el papel predominante está asociado con la provisión de apoyo moral o espiritual y con el otorgamiento de compañía (50 por ciento), la interacción incluye también apoyo económico, alimenticio y médico.

Interacción y transferencia de recursos

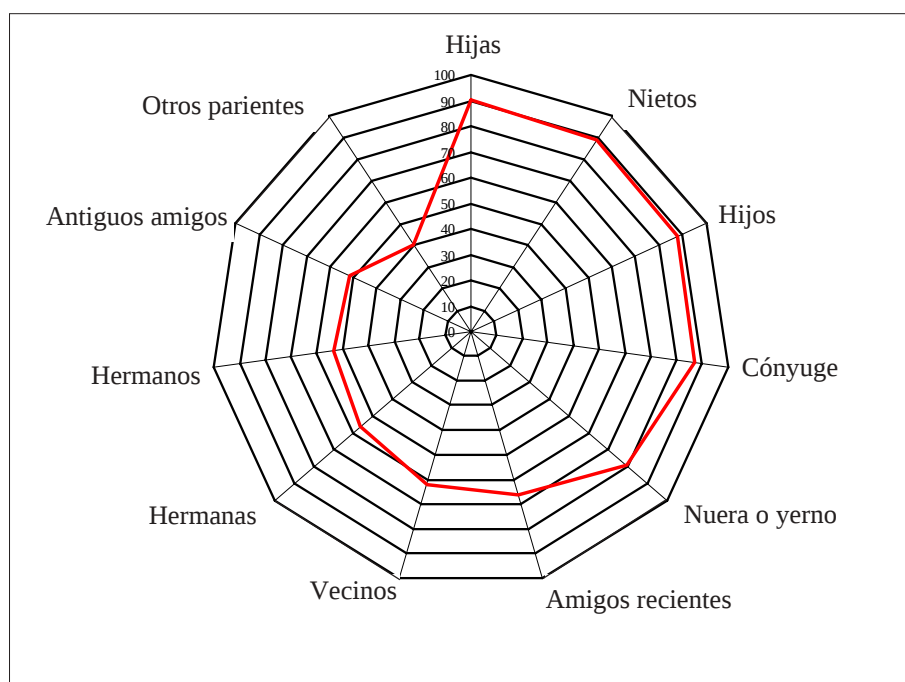
Aunque algunos estudios indican que la reciprocidad es una característica de las redes informales, los datos de la encuesta presentan problemas para evaluar el nivel de reciprocidad de las relaciones entre los viejos y su familiares, amigos o vecinos. En el mejor de los casos, es posible establecer las características de los apoyos recibidos por la población envejecida, pero no los otorgados por ésta. La forma cómo estos apoyos son valorados por los viejos es discutida a continuación.

Niveles de convivencia y de apoyo

Las gráficas 3 y 4 evalúan el nivel de convivencia y apoyo de los miembros de la red con la población envejecida. Los datos captan la relación de los viejos con miembros genéricos de la red, esto es, hijos, nueras, hermanos, etc. Es conveniente aclarar que los datos evalúan de manera muy general la convivencia y el apoyo derivado de la red, ya que si un hijo visita regularmente a sus padres

envejecidos y convive continuamente con ellos, la interacción de este miembro evalúa positivamente al conjunto de los hijos. Lo mismo sucede con cualquier otro miembro de la red.

GRÁFICA 3
NIVEL DE CONVIVENCIA DE LA POBLACIÓN ENVEJECIDA
CON LOS MIEMBROS DE LA RED INFORMAL EN EL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY



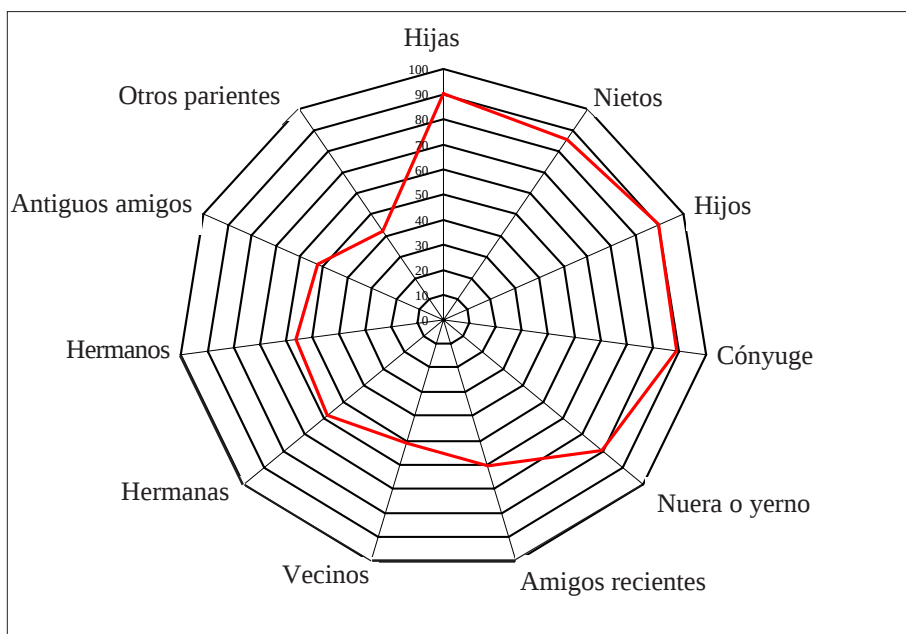
Las gráficas tienen una estructura circular con un núcleo y diferentes ejes. El núcleo está representado por la población envejecida, mientras que los ejes representan généricamente a los miembros de la red. Por lo que respecta a los valores expresados, éstos describen la evaluación más alta¹⁴ que los entrevistados otorgaron a las interacciones con distintos miembros de la red.

Como se aprecia en las gráficas, existen variaciones en la interacción de los viejos con distintos miembro de la red, aunque no hay duda sobre el papel de las

¹⁴ Los valores reportados en los gráficos describen el porcentaje de población envejecida que calificó como “buena” el nivel de convivencia y el apoyo recibido por los miembros de la red.

hijas como proveedoras de apoyo y convivencia, ya que en ambos casos fueron el miembro mejor evaluado (90 por ciento de los entrevistados). Por lo que respecta al resto de los miembros de la familia, el cónyuge fue evaluado en cuarto sitio en términos de convivencia (87.3 por ciento), ligeramente por debajo de los nietos (88.8 por ciento) y los hijos (88 por ciento). En términos de apoyo, la situación no es muy diferente, ya que el cónyuge fue evaluado en tercer sitio (89 por ciento), ligeramente por abajo de los hijos (89.8 por ciento). Las nueras y los yernos ocuparon la quinta posición en la estructura de ambas redes, ya que fueron mejor evaluados que los hermanos y las hermanas, amigos y otros parientes. De hecho, sólo 50 por ciento de la población envejecida evaluó la convivencia y el apoyo de los hermanos con el más alto rango.

GRÁFICA 4
NIVEL DE APOYO A LA POBLACIÓN ENVEJECIDA
POR LOS MIEMBROS DE LA RED INFORMAL EN EL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY



La identificación de matices en los niveles de convivencia no son exclusivos de los parientes de línea ascendente y descendente, sino también entre los ascendentes y los amigos y vecinos. Al respecto, encontramos que el nivel de convivencia y apoyo de los viejos con los amigos fue evaluada como buena en una frecuencia mayor, respecto a la otorgada a los hermanos.

Sin duda, el nivel de apoyo y convivencia está determinado por la frecuencia de las interacciones entre los viejos y los diferentes componentes de la red. Como se señaló en otro trabajo, una característica de las reuniones de los viejos con hijos y nietos es que éstas fueron más frecuentes que las reuniones con ningún otro componente de la red. Al mismo tiempo, los amigos ocuparon una posición importante en términos de frecuencia de la interacción en comparación con los hermanos y otros parientes de línea ascendente (García, 1994).

Transferencias económicas y de servicios

Como se observó al inicio del trabajo, los ingresos económicos derivados de donativos o transferencias no involucraron a un amplio sector de la población envejecida del AMM; a captaciones por salarios y pensiones fueron las fuentes más importante de ingreso.

Los cuadros 6 y 7 ilustran cómo participan los miembros de la red en la transferencia de dinero y servicios a la población envejecida. Los datos se refieren a la transferencia de recursos económicos en un escenario de emergencia, y el cuadro 6 muestra que los hijos fueron la principal fuente de apoyo (51.8 por ciento) para los viejos en esta circunstancia. El cónyuge fue referido en segundo lugar (8.9 por ciento), mientras que otros miembros de la familia fueron mencionados pocas veces. El recurso extrafamiliar fue utilizados en 8 por ciento de los casos y sólo 15.6 por ciento de los entrevistados señaló no haber experimentado nunca una situación de emergencia.

Una lectura de estos datos, de acuerdo al sexo de los viejos, indica la existencia de algunas diferencias entre quienes transfirieron recursos económicos en caso de emergencia. En el cuadro 6 se muestra que mientras las mujeres acudieron básicamente a familiares, los hombres se apoyaron en no familiares. En forma más detallada, las mujeres demandaron dinero a los hijos (56.6 por ciento), al cónyuge (14.2 por ciento), hermanos (3.7 por ciento) y otros familiares (3.7 por ciento), en tanto la población masculina acudió a los hijos (45.4 por ciento), otros no familiares (6.7 por ciento) y a los amigos (5.7 por ciento). Solamente 13.9 por ciento de las mujeres y 18 por ciento de los hombres declaró no haber tenido este tipo de emergencias.

CUADRO 6
TRANSFERENCIAS ECONÓMICAS A POBLACIÓN ENVEJECIDA

<i>Miembros</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
Cónyuge	1.5	14.2	8.9
Hijos	45.4	56.6	51.8
Hermanos	1.5	3.7	2.8
Nietos	1.0	2.6	2.0
Otros familiares	3.1	3.7	3.5
Amigos	5.7	2.2	3.7
Vecinos	0.5	1.9	1.3
Otros no parientes	6.7	2.6	4.3
Instituciones	3.9	3.7	8.0
No procede	18.0	13.9	15.6

Fuente: Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1993.

CUADRO 7
ATENCIÓN A POBLACIÓN ENVEJECIDA
POR MOTIVOS DE ENFERMEDAD

<i>Miembros</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
Cónyuge	75.3	27.0	47.3
Hijos	65.5	73.8	70.3
Hermanos	4.6	9.0	7.2
Nietos	9.8	15.0	12.8
Otros familiares	10.3	11.2	10.8
Amigos	5.7	6.7	6.3
Vecinos	4.1	7.5	6.1
Otros no parientes	1.5	3.7	2.8
No procede	6.2	12.4	9.8

Fuente: Encuesta Situación Actual de las Personas de la Tercera Edad en el Área Metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1993.

Respecto a la atención por motivos de salud (cuadro 7), los miembros de la red tienen una participación más activa respecto a la que denota la transferencia de dinero. Nuevamente se observa que los hijos son quienes más participan en esta tarea (70.3 por ciento), seguidos de los cónyuges (47.3 por ciento), nietos (12.8 por ciento) y otros familiares (10.8 por ciento). Es notable que solamente 9.8 por ciento de esta población declaró no haber necesitado atención por motivos de enfermedad.

Al igual que en el caso anterior, los datos presentan algunas diferencias de acuerdo al sexo de la población envejecida. Aunque en ambos casos los hijos tienen un papel predominante en la prestación de servicios, es interesante resaltar que mientras las mujeres fueron atendidas por los hijos (73.8 por ciento), cónyuge (27 por ciento) y nietos (15 por ciento), los hombres fueron atendidos por sus cónyuges (75.3 por ciento), seguidos de los hijos (65.5 por ciento) y otros familiares (10.3 por ciento).

Conclusiones

1. En términos de las servicios y transferencias que se derivan de la red formal sobresalen los servicios prestados por la seguridad social y otros proveedores de salud. Encontramos que a pesar de la existencia de barreras institucionales, un porcentaje importante de la población envejecida del AMM accede a servicios de salud, mientras que en el caso del otorgamiento de pensiones económicas, el beneficio es restringido y diferenciado.
2. La familia es la institución que está solventando los costos de reproducción de la población envejecida del AMM. Según sugieren los datos, esta institución participa activamente en la transferencia de bienes y servicios aunque en menor medida en la transferencia de dinero. En este punto destaca el papel de los hijos como los principales proveedores.
3. El tamaño de la familia es uno de los factores que en el corto y mediano plazos estará garantizando a la población envejecida la disponibilidad de recursos de apoyo. Sobre este punto resulta relevante los cambios que experimenta la fecundidad y el efecto sobre el tamaño de la familia. Este fenómeno reduce el número de hijos, lo que significa una disminución en el número potencial de cuidadores.
4. La migración es otro componente demográfico que debemos seguir de cerca, debido a que la salida de población joven del hogar, aunada a la

disminución en el tamaño de la familia, están planteando cambios a la estructura de las redes informales.

5. El estudio de las redes informales demanda el uso de métodos y técnicas más cualitativas. Es necesario conocer los distintos arreglos de las redes en el tiempo, es decir, cómo se modifica el tamaño y la composición de éstas de acuerdo a las necesidades de los viejos. En este punto hay que considerar que la demanda de recursos varía de acuerdo con el nivel de deterioro de la salud de los viejos.

Bibliografía

ARBER, Sara y Jay Ginn, 1993, "Gender and Inequalities in Health in Later Life", in *Social Science Medical*, vol.36, núm.1, Great Britain.

ATCHELEY, Robert y Mildred M. Seltzer, 1976, *Introduction, The Sociology of aging*, Selected Reading, en Robert Seltzer y Midred M. Seltzer (eds), Miami University. USA.

BAZO, María Teresa, 1990, *La sociedad anciana*, Siglo XXI, España.

BENERÍA, Lourdes y Martha Roldán, 1992, *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México*, El Colegio de México, FCE/Economía latinoamericana.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA, 1993, *Boletín demográfico*, año XXVI, No. 51, Chile.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 1993, *Sistema automatizado sobre la marginación en México 1990*.

DOMÍNGUEZ Alcón, Carmen, 1992, "Envejecimiento y familia", en *Papers*, núm. 40, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

GARCÍA Pérez, María Hilda, 1994, "Envejecimiento, políticas sociales y familia: el caso del área metropolitana de Monterrey", tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte.

GARZA, Gustavo, 1993, "Expansión y diversificación industrial, 1960-1980", en Gustavo Garza (coord.), *Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey*.

GOLBERT, Laura, 1991, "El bienestar de los ancianos: un problema para la seguridad social", Kopoff, René A. y María Julieta Oddone, (comp.), en *Dimensiones de la vejez en la sociedad Argentina*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

GUTIÉRREZ, Luis Miguel, 1993, "Prevención médica para el envejecimiento", en *Seminario sobre envejecimiento demográfico en México*, 25-17 octubre, mimeo, Ciudad de México.

HAM Chande, Roberto, 1993a "Envejecimiento demográfico y seguridad social", en *Demos*, UNAM, Ciudad de México.

HAM Chande, Roberto, 1993b, "México: país en proceso de envejecimiento", en *Comercio Exterior*, México.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, 1993, "La tercera edad en México", *XI Censo General de Población y Vivienda*, México.

LAURELL, Asa Cristina, 1991, "Crisis, neoliberal health policy, and political processes in Mexico", in *International Journal of Health Services*, vol. 21, núm. 3.

LAWTON, Powell y Miriam Moss, 1987, "The social relationships of older people", in *Critical Issues in agings policy*, en Edgar F. Borgatta y Rhonda J. V. Montgomery (edit), USA.

MADRIGAL, Romeo, 1993a, *Envejecimiento en el área metropolitana de Monterrey, Seminario sobre envejecimiento demográfico en México*, SOMEDE, Ciudad de México, mimeo.

MADRIGAL, Romeo, 1993b, "La transición demográfica", en *Metropolización y dinámica demográfica, Atlas de Monterrey*, en Gustavo Garza (coord), cap. 4.

MULLER, María S. y Edith A. Pantelides, 1991, "Aspectos demográficos del envejecimiento", en René A. Knopoff y María Julieta Oddone (comp), *Dimensiones de la vejez en la sociedad Argentina*, Centro Editor de América Latina.

NOVAK, Mark, 1993, *Aging & society. A canadian perspective*, Canada, Nelson Canada.

REDONDO, Nelida, 1990, *Ancianidad y pobreza, una investigación en populares urbanos*, CEPEV, ed. Humanitas, Argentina.

RODRÍGUEZ Hernández, Francisco, 1993, "Desigualdad regional y distribución de los recursos para la atención de la salud en México", en Raúl Bejar Navarro y Héctor Hernández Bringas (coord), *Población y desigualdad social en México*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México.

RUSSELL, Hatch Laurie, 1987, "Research on men's and women's retirement attitudes: implications for retirement policy", en Edgar F. Borgatta y Rhonda J.V. Montgomery, *Critical Issues in Aging Policy. Linking research and values*, Sage, USA.

VELLINGA, Menno, 1988, *Desigualdad, poder y cambio social en Monterrey*, Siglo XXI, México.

ZÚÑIGA, Víctor, 1993, "El crecimiento migratorio", en Gustavo Garza (coord), *Metropolización y dinámica demográfica, Atlas de Monterrey*, Cap.4.