

## Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado

**Rebeca Wong\***

**María Aysa Lastra\*\***

*El propósito de este artículo es presentar un marco conceptual para estudiar la salud de la población en edad avanzada, junto con un comentario acerca de la necesidad de realizar estudios integrados con dicho propósito. Se incluye además un resumen de un nuevo proyecto, el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem), y se mencionan otras bases de datos que pudieran coadyuvar al avance de dichos estudios.*

Palabras clave: salud, envejecimiento, demografía, México.

Fecha de recepción: 2 de febrero de 2001. Fecha de aceptación: 8 de mayo de 2001.

### Introducción

A partir de los años setenta se han registrado reducciones en las tasas de fecundidad y mortalidad, a la vez que aumentos en la esperanza de vida de los mexicanos. Como resultado de estas tendencias demográficas, la estructura de la población se ha transformado de manera importante. La población de 65 y más años representaba 4.5% de la población total en 1997, con una tasa de crecimiento acelerada de 2% en 1970, 3.7% en 1990, y 3.9% en 1998 (Tuirán, 1998). Aun cuando la población en edades avanzadas es relativamente numerosa (4.3 millones), es la velocidad de su crecimiento la que puede presentar grandes retos para la provisión de servicios sociales y de salud en el ámbito nacional. Por ello es fundamental que los investigadores y aquellos que toman las decisiones entiendan las consecuencias del envejecimiento poblacional y la naturaleza de los procesos económicos y sociales que acompañan al envejecimiento. Una de las consecuencias más significativas involucra a la salud, pese a que representa la dimensión del bienestar más importante en edades medias y avanzadas (Ham Chande, 1999; Tuirán, 1999).

\* Georgetown University, Center for Population Research. Correo electrónico: [rwong@georgetown.edu](mailto:rwong@georgetown.edu)

\*\* Population Studies Center, University of Pennsylvania. Correo electrónico: [aylastra@ssc.upenn.edu](mailto:aylastra@ssc.upenn.edu)

La población de México se encuentra en medio de dos transiciones: la demográfica y la epidemiológica. La transición demográfica se caracteriza por el descenso de la fecundidad y la mortalidad. Estas tendencias producen un cambio en las causas de muerte, que pasan de las enfermedades infecciosas y parasíticas asociadas con la mortalidad en edades jóvenes, a un patrón de enfermedades crónicas, accidentes y homicidios asociados con la mortalidad en edades adultas (Kalache, 1996; Kinsella, 2000). Gradualmente aumenta la frecuencia de casos con enfermedades crónicas y degenerativas (Frenk *et al.*, 1989). A este fenómeno de cambio en las causas de muerte se le conoce como “transición epidemiológica”. Actualmente el patrón epidemiológico en México se caracteriza por una interacción entre condiciones crónicas y enfermedades infecciosas; estas últimas se presentan como residuo de un régimen epidemiológico pasado. Esta interacción, conocida como “polarización epidemiológica”, aunada al hecho de que la población en edad avanzada es sobreviviente del régimen epidemiológico anterior, puede manifestarse en ella con una carga de síntomas, limitaciones físicas, e incapacidad. Este fenómeno presenta características más graves en México que en los países que se encuentran en etapas anteriores o posteriores de la transición. Es decir, que la prevalencia de la discapacidad puede ser mayor de lo que hubiera sido si el envejecimiento incidiera sobre individuos que no hubieran sobrevivido las enfermedades infecciosas. Esto nos lleva a concluir que el estudio de la salud entre las personas de edad avanzada en México es de fundamental importancia para los académicos interesados en el bienestar de la población y los encargados de formular políticas sociales.

El propósito de este artículo es presentar brevemente un marco conceptual para examinar los determinantes de la salud entre la población de edad avanzada, complementándolo con un comentario acerca de la necesidad de realizar estudios integrados para alimentar dicho marco conceptual. La hipótesis del trabajo es que el estudio de las múltiples facetas de la salud de la población de edad avanzada en México se encuentra fragmentado, a consecuencia de que los datos con que se cuenta para analizar las condiciones actuales y diseñar políticas públicas permiten ver solamente fragmentos de la problemática.

La primera parte del artículo aborda brevemente un marco conceptual para realizar estudios integrados de la salud entre la población de edad avanzada, combinando los aspectos de salud con los de bienestar en general. Se argumenta enseguida sobre la necesidad de adoptar un enfoque integrado al estudiar la salud, en particular la de poblacio-

nes de edad avanzada. En la segunda parte, utilizando trabajos ya realizados por diversos autores, se hace un resumen de la situación de las personas de edad avanzada en contraste con la población de otros grupos de edad. Para ello se toman en cuenta los estudios sobre niveles de pobreza, cobertura de servicios de salud, cobertura de seguridad social, reportes de morbilidad y utilización de servicios de salud. Este análisis permite concluir que los datos actuales con que se cuenta en México no permiten un examen integrado que considere los múltiples determinantes de la salud en la última etapa del ciclo vital de la población. Al final se presenta un resumen del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, actualmente en desarrollo con la colaboración de varias instituciones de México y Estados Unidos.

### **La salud y el bienestar de la población de edad avanzada**

El estudio de la salud como parte fundamental del bienestar de la población en edad avanzada, no solamente debe incluir el marco epidemiológico y el estado funcional de las personas. Es necesario entender el proceso del envejecimiento como un fenómeno dinámico y multidimensional, en el que los estilos de vida de las diferentes generaciones y los ambientes —tanto sociales como físicos— a los que están expuestos los individuos tienen efectos en el deterioro de su salud, por lo tanto, en su estado al llegar a una edad avanzada. Este deterioro necesariamente está asociado con aspectos laborales, económicos y familiares que influyen en el bienestar de la población.

Primero y debido a la naturaleza del deterioro de la salud que se da con mayor frecuencia entre personas de edad avanzada, la salud mental adquiere particular importancia: no solamente interesa la salud física sino también la mental. Segundo, el concepto de deterioro lleva implícito un aspecto dinámico y una naturaleza acumulativa, es decir: el estado de salud en la etapa de edad avanzada puede depender en gran medida de las condiciones de salud y los comportamientos relacionados con ésta a lo largo de la vida.

### **La salud en edad avanzada: un resultado complejo**

Generalmente, los demógrafos en México suelen mantenerse al margen de los estudios socioeconómicos de salud de la población, con ex-

cepción de los referentes a mortalidad. Sin embargo existen modelos establecidos para estudiar el comportamiento humano respecto a la salud. Éstos se han derivado fundamentalmente de los modelos de Becker para el estudio del comportamiento humano en general y en particular el capital humano (Becker, 1964). Un trabajo seminal fue el de Grossman (1972), quien adaptó la teoría del capital humano para obtener una explicación sobre la demanda por la salud y la atención a la salud.

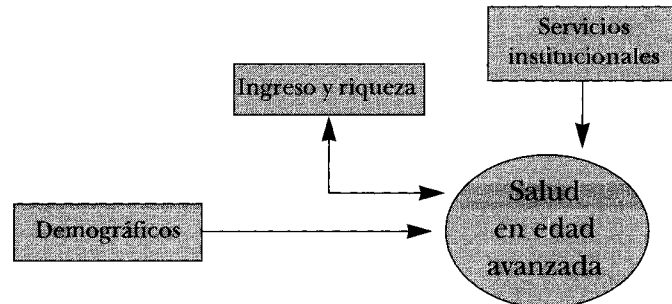
Los modelos socioeconómicos de salud consideran que la salud individual es un bien que produce satisfacción al individuo, por lo que lo desea para su consumo. Para poder consumir dicho bien, el individuo debe producirlo mediante la combinación de una serie de insumos, como el tiempo, el conocimiento relacionado con la salud, el ingreso, y los servicios de salud disponibles. Asimismo, se considera a la salud como un bien de capital humano al que se le pueden hacer inversiones adicionales y que sufre deterioros a lo largo del ciclo vital. Por ello se afirma que la salud en un momento dado depende de lo acumulado en el pasado (Grossman, 1972; DaVanzo y Gertler, 1990; Figueroa, 1996). Sin embargo, es difícil medir esto último con estudios transversales de población.

Para nuestros propósitos de adaptar este modelo al estudio de la salud en edades avanzadas, es preciso tener presente una característica fundamental: que la salud es un bien que tiene aspectos duales. Por un lado, como bien de consumo, es deseable por sí misma; el individuo se siente bien si tiene buena salud y además ésta le permite disfrutar de otros bienes de consumo. Por otro lado, la salud también puede considerarse como una inversión, es decir, la salud es deseable porque permite al individuo realizar actividades productivas en el mercado de trabajo o en la economía familiar, tanto en el momento actual como en el futuro. Es importante reconocer elementos de ambos tipos de bienes e incluirlos en el modelo. Por ejemplo, se espera que la motivación para obtener salud con fines de inversión cambie conforme el individuo avanza hacia las etapas tardías del ciclo vital, ya que el periodo restante para obtener beneficios sobre la inversión hecha se va reduciendo conforme aumenta la edad. Por ello se espera que el modelo de determinantes socioeconómicos de la salud difiera de acuerdo con la edad de la población que se esté estudiando (Wong y Figueroa, 1999).

El modelo reconoce explícitamente la diferencia entre los estudios poblacionales de la salud y los de los servicios de salud. Estos últi-

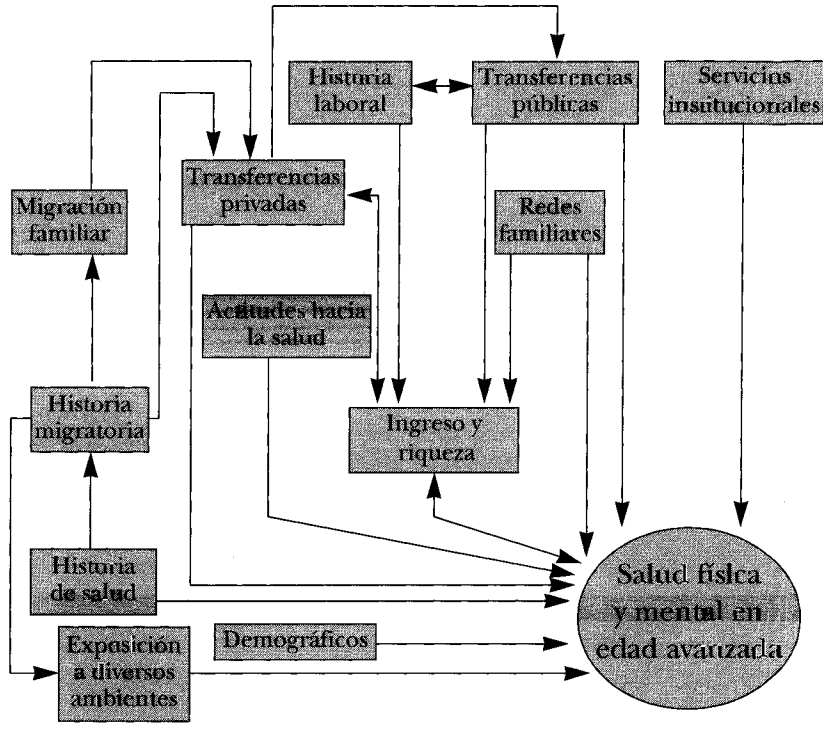
nos desempeñan un papel en la producción de la salud individual o familiar, y por lo tanto son deseables también, pero su demanda deriva de la demanda por la salud misma. El papel del ingreso o nivel socioeconómico personal o familiar es importante en el modelo y tiene efectos sobre la salud, ya que las restricciones económicas establecen prioridades de consumo entre ésta y otros bienes, e inhiben el acceso a su atención. El modelo básico se puede resumir como se ilustra en la figura 1, la cual indica que los determinantes de la salud para las personas de 60 años y más son ingreso y riqueza, servicios institucionales, y características demográficas (sexo, edad, educación, estado civil, posición dentro del hogar, etcétera).

FIGURA 1



Se puede argumentar que el marco conceptual presentado puede ser mejorado, en particular cuando se trata de estudiar la salud de los individuos de edad avanzada, pues debe considerarse en sus múltiples dimensiones (Vellas, 1996), por ejemplo física y mental. Además de las variables mencionadas por el modelo tradicional, otros factores tienen efectos directos e indirectos en ella y pueden ayudar a entender la dinámica del proceso de envejecimiento. Entre los factores con efectos directos se encuentran las actitudes y percepciones hacia la salud y hacia el uso de servicios, las redes familiares, las transferencias privadas y la exposición acumulada de la persona a diversos ambientes. Los indirectos incluyen la historia laboral y de salud, la experiencia migratoria del individuo y de su red familiar, y las transferencias públicas (véase la figura 2).

FIGURA 2



El marco presentado en la figura 2 no pretende ser exhaustivo ni definitivo, pero tiene como propósito mejorar la especificación del modelo tradicional para estudiar la salud de personas en edades media y avanzada, es decir, hacia el final del ciclo de vida. La figura 2 ilustra también la complejidad de la salud resultante, así como algunas de las interrelaciones de los determinantes.

Las características demográficas del individuo, en particular la edad y el sexo, así como su historial de salud, laboral y en su caso migratorio, tienen efectos sobre la salud. La falta de atención médica en la infancia, la malnutrición y la secuela de enfermedades manifestadas a temprana edad, tienen efectos sobre la salud en etapas posteriores de la vida adulta, y se pueden manifestar como discapacidades y como una mala calidad de vida. El historial laboral del individuo tie-

te repercusiones similares al historial de salud, sin embargo sus efectos son indirectos. Por un lado, las personas que participaron en el mercado laboral formal tienen mayores probabilidades de contar con los beneficios de los servicios de salud y discapacidad que proveen los sistemas de seguridad social. Por otro lado, el haber participado en la fuerza de trabajo puede incrementar la riqueza acumulada a cierta edad, y la posibilidad de contar con una pensión de retiro a edad avanzada (la provisión de servicios públicos y de pensiones está representada en la figura 2 como transferencias públicas). De manera que aquellas personas que trabajaron formalmente, no sólo pueden tener bienes personales que contribuyen a su riqueza, sino mayor acceso al sistema de seguridad social, el cual incluye pensiones y servicios médicos. Un aspecto importante del estudio de la salud física y mental en personas de edad avanzada es la forma en que cambian las actitudes y percepciones acerca de la salud con la edad, y la interacción con proveedores de servicios. Como se mencionó anteriormente, las actitudes y percepciones acerca de la salud suelen modificarse al reducirse la motivación de obtener buena salud como un bien de inversión para el futuro. Asimismo, el costo psicológico de la interacción con proveedores de servicios de salud puede aumentar con la edad al reducirse la funcionalidad física y la movilidad independiente que permiten al individuo tener acceso a los servicios de salud y usarlos.

En los casos en que las personas en edad avanzada carecieran de una historia laboral estable y por ende recibieran transferencias públicas insuficientes, los familiares —mediante las transferencias privadas— podrían suplir estas deficiencias. Dichas transferencias pueden provenir tanto de la familia nuclear como de la familia extendida.

En la figura 2 se aprecia que el ingreso tiene efectos directos en la salud en edad avanzada, ya que al aumentar el ingreso mejoran la nutrición de las personas mayores, su acceso a servicios médicos y su cuidado personal. Sin embargo, influyen en el ingreso las redes familiares y las transferencias privadas y públicas. A la vez, las transferencias privadas están afectadas por el historial migratorio del individuo y por el de su familia o red de apoyo.

Dado que la migración es un proceso selectivo, aquellos que tuvieron una infancia y una juventud saludable contaron con mayores oportunidades de migrar y adaptarse a ambientes con condiciones diferentes a las del lugar de origen. Esta exposición a diversos ambientes tiene efectos sobre la cantidad y la calidad de vida en la vejez. Las condiciones de trabajo, alimentación y sanidad en el área de destino

pueden afectar la calidad y la esperanza de vida de los migrantes, tanto de manera positiva como negativa.

El aumento de las discapacidades y la pérdida de funcionalidad en edad avanzada provocan que las personas mayores de 60 años requieran la ayuda de otras personas para poder actuar adecuadamente. Sus incapacidades pueden ir desde realizar pagos de diversos servicios hasta requerir ayuda para bañarse, comer y vestirse. Estas ayudas no son necesariamente de carácter financiero, sino que requieren que los parientes o amigos contribuyan con tiempo para sustituir a la persona mayor en dichas actividades. Contar con apoyo físico y emocional provoca que mejore la condición mental de la persona en edad avanzada (y por ende que se beneficie su estado general de salud) y se realice un intercambio de bienes en el interior de la familia. Por ejemplo, una hija(o) que se muda a la casa de sus padres, contribuye con los cuidados a las personas mayores, pero al mismo tiempo las personas mayores contribuyen con la vivienda para la hija(o). Otro caso se presenta cuando el padre se muda a la casa del hijo(a) y ayuda en las labores domésticas e incluso contribuye con apoyos financieros al gasto de ese hogar.

Finalmente, los servicios institucionales y comunitarios –que van desde la recolección de basura y la reparación de calles hasta la organización de actividades culturales o sociales– tienen efectos sobre el estado de salud de las personas de edad avanzada. El suministro de servicios públicos oportunos y de calidad provee ambientes adecuados para desarrollarse y llevar a cabo sus actividades. Para el caso de las personas en edad avanzada, debido a su disminuida capacidad funcional y al aumento en su fragilidad, esto es aún más trascendente en cuanto a los efectos sobre su estado de salud.

Esta breve descripción de un marco conceptual para estudiar la salud de las personas de edad avanzada ilustra que la salud es resultante de una interacción de factores acumulados (del pasado), de condiciones actuales, y de actitudes y comportamientos que pueden también obedecer a expectativas futuras. Esto implica que la salud es un fenómeno complejo, con una característica dinámica muy importante, sobre todo en edades avanzadas. Por ello, resulta difícil progresar en los estudios sobre covariantes poblacionales de la salud a partir de encuestas en hogares de corte transversal y con propósitos limitados.

Enseguida se presenta un resumen de algunos de los aspectos determinantes de la salud y el bienestar de la población de edad avanzada en México. El propósito es mostrar que en el país se cuenta con



bases de datos que permiten estudiar diversos segmentos del marco conceptual expuesto. También se incluye un resumen de las bases de datos de que se dispone y un comentario sobre la naturaleza fragmentada y estática del estudio socioeconómico de la salud que los datos permiten.

### *Salud*

México está experimentando una transición epidemiológica inacabada, de ahí que las principales causas de mortalidad de las personas de 65 años y más, al igual que las causas de morbilidad, sean una mezcla de enfermedades crónicas y degenerativas con enfermedades infecciosas. Las principales causas de muerte en personas mayores de 65 años son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares, seguidas por enfermedades pulmonares, deficiencias en la nutrición y enfermedades infecciosas (Gutiérrez, 1999; Ruiz Arregui *et al.*, 1996; Castro *et al.*, 1996).

Al hablar del estado de salud de las personas de 60 años y más es preciso mencionar los problemas de discapacidad que enfrentan. El aumento de su esperanza de vida indica un aumento en el número de años, pero no necesariamente en su calidad de vida. El incremento de la esperanza de vida es mayor que el aumento de la esperanza de vida libre de invalidez (Gutiérrez, 1999). Debido a que su capacidad funcional va disminuyendo a medida que aumenta su edad, las personas en edad avanzada no sólo requieren servicios de salud sino también servicios adicionales de apoyo en sus actividades cotidianas. Acorde con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 1994, 1% de las personas mayores de 60 años y menores de 64 no puede realizar actividades diarias básicas, pero este porcentaje asciende a 14% en el caso de las personas que tienen entre 90 y 94 años (Garrido, 1999).

Las personas mayores reportan en general más discapacidades y mayores índices de morbilidad en enfermedades crónicas y degenerativas que los jóvenes. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1994 (ENSA-94), 61% de las niñas entre 0 y 14 años declara haber tenido enfermedades agudas, mientras que 37% sólo menciona enfermedades crónicas. Para el caso de los varones incluidos en este grupo de edad, los indicadores son similares, lo que indica que no hay diferencias de género en el reporte de salud. Por otro lado, el grupo de personas de edad avanzada (65 años y mayores)

menciona enfermedades crónicas con mayor frecuencia ( 64% de las mujeres y 68% de los hombres dicen sufrir al menos una enfermedad crónica), mientras que los reportes de enfermedades agudas son menores (11 y 10% respectivamente). En conclusión, las personas en edad avanzada sufren en mayor medida de enfermedades crónicas, mientras que los niños y jóvenes presentan enfermedades agudas que generalmente requieren atención médica inmediata.

### *Servicios de salud*

De acuerdo con estos antecedentes, se esperaría que la población en edad avanzada utilizara los servicios médicos con mayor frecuencia que el resto de las personas que se encuentran en otros grupos de edad. Sin embargo, los resultados obtenidos por Wong y Figueroa (1999) muestran que la utilización de servicios es mayor entre los jóvenes. De acuerdo con la ENSA-94, 41% de las personas enfermas entre 0 y 14 años de edad utilizó servicios médicos, mientras que sólo lo hizo 27% de la población mayor de 65 años. Lo anterior sugiere que un determinante importante del uso de los servicios de salud es el tipo y gravedad de la enfermedad que percibe el mismo enfermo, y no la simple presencia de un padecimiento. Es decir, los ancianos que padecen enfermedades crónicas, aunque esto ocurra con mayor frecuencia, utilizan menos los servicios de salud que los niños que padecen enfermedades agudas. La población de edad avanzada suele recurrir a la automedicación u otras prácticas para solventar sus necesidades de atención a la salud (Tapia Conyer *et al.*, 1996). Por otro lado, aun cuando la utilización de servicios sea relativamente baja, la población en edad avanzada tiene necesidad de cubrir gastos de atención médica de larga duración. Asimismo, debido a los problemas de salud que presenta, tiene necesidad de recibir la atención de personal especializado (Durán Arenas *et al.*, 1996).

Conforme a la estructura del sistema de salud en México, todas las personas tienen derecho a recibir atención médica si así lo requieren. No obstante, la cobertura de los servicios de salud como prestación laboral, es decir, que las personas tengan derecho a servicios médicos institucionales, puede calificarse de precaria. Los datos de la Encuesta Nacional de Empleo 1996 indican que 64% de la población femenina entre 12 y 15 años *no* tiene derecho a servicios médicos institucionales. El 36% que tiene cobertura médica se distribuye entre

los principales proveedores de la siguiente manera: 24% recibe servicios del IMSS,<sup>1</sup> 9% los recibe del ISSSTE, y 1% de los proveedores privados. En el grupo de mujeres de 60 años y más, se observa que 51% *no* tiene acceso a servicios médicos institucionales. El 49% que tiene cobertura médica está atendida como sigue: 40% por el IMSS, 7% por el ISSSTE, y 2% por algún proveedor privado. Esta evidencia indica que aunque la cobertura médica institucional sólo abarca a menos de la mitad de la población del país, en términos relativos las personas de edad avanzada gozan de mayor acceso a estos servicios que los jóvenes. Igualmente se observó que la cobertura de servicios médicos es similar para hombres y mujeres, aunque las probabilidades para estas últimas en todas las edades, son ligeramente mayores que para los hombres y se van incrementando con la edad (Parker y Wong, 2001).

#### *Actividad en el mercado de trabajo*

A partir de los años cincuenta las tasas de participación laboral de las personas de edad avanzada han venido disminuyendo. Esto no se ha debido necesariamente a que los ancianos voluntariamente quieran dejar de trabajar, sino a que la competencia con los jóvenes se ha intensificado, y las personas mayores han quedado en desventaja respecto a sus competidores. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Empleo 1995, aquellas personas en edad avanzada que participan activamente en el mercado laboral desempeñan jornadas semanales de 35 horas o más, lo que indica que son trabajadores de tiempo completo y que trabajan empleando toda su capacidad hasta cierta edad y después se retiran completamente (Pedrero, 1999).

Aunque en general ha disminuido la presencia de las personas en edad avanzada en la fuerza laboral, se pueden observar ciertas diferencias en cuanto a género, lugar de residencia, situación en el trabajo y posición en el hogar. Los hombres tienen mayor participación en el mercado laboral que las mujeres (Salas, 1999). Ellas son económicamente más dependientes que los hombres, pero esto lo complementan con su trabajo doméstico, el cual representa una contribución importante a la economía del hogar. Respecto al lugar de residencia, las tasas de participación son mayores en las zonas urba-

<sup>1</sup> De acuerdo con la ENE-96, aproximadamente 40 millones de mexicanos están afiliados al IMSS.

nas que en las rurales. En cuanto a la posición en el trabajo cabe mencionar que el porcentaje de las personas en edad avanzada que trabajan por su cuenta en actividades agrícolas, de servicios y comerciales principalmente, es más alto que el de los otros grupos de edad (Pedrero, 1999). El autoempleo, canal alternativo de las personas mayores para disponer de recursos después de haber sido desplazadas del mercado laboral formal, podría implicar la falta de cobertura de los servicios de salud. Esta hipótesis podría probarse si se conocieran las historias laborales de los ancianos y la cobertura de servicios médicos de los que disponen. Sin embargo, este hecho no implica que estén limitados en cuanto a cobertura de servicios médicos. Las personas en edad avanzada tienen usualmente dos maneras de acceder a servicios institucionales: por jubilación o porque dependen de una persona empleada que está afiliada al sistema institucional.

La actividad en el mercado de trabajo puede representar un mayor riesgo de salud para aquellos que participan que para quienes no participan. Se reporta, por ejemplo, que existen diferencias de género en cuanto a discapacidades generadas por la actividad laboral. Los datos del módulo de Seguridad Social incluido en la Encuesta Nacional de Empleo 1996 indican que 27% de los hombres de 60 años y mayores reportó una discapacidad, mientras que solamente 19% de las mujeres de ese grupo lo hizo. El hecho de que los hombres padezcan más discapacidades que las mujeres puede deberse a que las discapacidades están asociadas con la historia laboral y los hombres han tenido en las últimas décadas mayor participación en el mercado de trabajo que las mujeres (Parker y Wong, 2001).

### *Ingreso*

Si bien no existen muchos estudios sobre el ingreso de las personas de edad avanzada en México, hay algunas excepciones (Rubalcava, 1999; Solís, 1999). Sin embargo, los resultados de un trabajo reciente (Parker y Wong, 2001) muestran que el ingreso de las personas de edad avanzada en México se puede calificar de precario ya que sólo 20% de los económicamente activos en este grupo de edad gana más de dos salarios mínimos y 56% menos de uno. Si se fija la línea de pobreza extrema en dos salarios mínimos, se obtiene que 8 de cada 10 tienen ingresos laborales por debajo de la línea de pobreza. Es importante mencionar que esto no necesariamente implica que todos ellos

se clasifiquen como pobres, ya que su nivel de consumo no sólo depende de sus ingresos laborales.

De acuerdo con la Encuesta Nacional Ingreso-Gasto 1996, los niveles de consumo no son diferentes entre los hombres y las mujeres en edad avanzada, pero en cuanto al lugar de residencia los contrastes son considerables. Quienes viven en áreas urbanas muestran mayores niveles de consumo que los que viven en áreas rurales. Las personas de edad avanzada de las zonas urbanas se encuentran en desventaja respecto de los niños; sin embargo en las áreas rurales los viejos tienen mayores niveles de consumo que los niños. Usando la ENSA-94, se encontraron diferencias importantes en el reporte de enfermedades y el uso de servicios de acuerdo al nivel de riqueza (Wong, 2000).<sup>2</sup> Los resultados sugieren que, en el caso de las personas de 65 años y más, los de mayor riqueza dicen tener más enfermedades que los de menor riqueza marginalmente.<sup>3</sup> Sin embargo, cuando se observa el uso de servicios de salud de aquellos que reportan alguna enfermedad, los de mayor riqueza usan servicios médicos más que los de menor riqueza y las diferencias son considerables. Al incluir en el modelo el acceso a servicios institucionales, las diferencias entre los grupos de riqueza desaparecen.

### *Pensiones*

El sistema de pensiones en México no representa un papel importante en la provisión de ingresos para las personas de edad avanzada. Su probabilidad de recibir una pensión es de alrededor de 30%. Las pensiones por discapacidad son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres, y ellas reciben más pensiones por viudez o sobrevivencia. Estos resultados son congruentes con la participación relativa de los hombres y las mujeres en el mercado laboral en las pasadas décadas.

Respecto a la relación entre la educación y la probabilidad de recibir pensión en edad avanzada, los estudios sugieren que a medida

<sup>2</sup> La riqueza fue medida como disponibilidad de artículos de consumo duradero en el hogar, como televisor, estufa de gas, y motocicleta, coche o camioneta. Se definió a los de mayor riqueza como aquellos que tienen televisor, estufa de gas y coche; los de riqueza media tienen televisor y estufa; y los de menor riqueza carecen de los tres artículos.

<sup>3</sup> Probabilidades calculadas por grupos de edad utilizando un modelo multivariado probit.

que aumentan los años de escolaridad la probabilidad de tener una pensión en la vejez es mayor. Las diferencias de género que existen en esta variable son marginales después de los siete años de escolaridad. De lo anterior se puede inferir que las personas con mayor nivel educativo son las que tienden a lograr el acceso a trabajos en el sector formal, el cual está más desarrollado en las áreas urbanas que en las rurales. Por lo tanto, la residencia en áreas urbanas y la educación formal están positivamente relacionadas con la probabilidad de contar con una pensión en la vejez (Montes de Oca, 2000; Parker y Wong, 2001).

#### *Apoyo familiar y redes familiares*

El hecho de que el número de personas en edad avanzada esté aumentando y el sistema de pensiones no sea suficientemente amplio para cubrir sus necesidades tiene efectos sobre el papel que desempeñan las familias como proveedoras de los bienes –tanto financieros como en especie– que se requieren para atender las necesidades de las personas de edad avanzada.

De acuerdo con un análisis de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México 1994, Montes de Oca (1999) encuentra que las hijas proveen a los ancianos con ayuda en especie, mientras que los hijos les proporcionan ayuda financiera. El hecho de que las mujeres entre 40 y 60 años sean quienes suelen cuidar a los ancianos, las limita en su actividad laboral, por lo que se podría sugerir que su ingreso laboral es reducido. Sin embargo, la autora del análisis sugiere un sistema de transferencias en el interior del hogar. Es decir, las transferencias de recursos financieros no sólo van de los hijos varones a los padres, sino que los padres transfieren parte de estos recursos financieros a las hijas que les proporcionan cuidados.

El anterior esquema de transferencias familiares es más frecuente en las áreas rurales donde, como se mencionó anteriormente, el sistema de pensiones es menos significativo que en las áreas urbanas. Apparentemente, el apoyo familiar sustituye a las pensiones (Wong, 1999).

Dada la baja cobertura de los servicios de salud y de las pensiones, la depresión del mercado laboral para las personas de edad avanzada, y por ende la disminución de sus flujos de ingreso, el apoyo familiar tiene un importante papel en la atención y satisfacción de necesidades de los viejos. Sin embargo, se ha observado que estos sis-

temas de apoyo familiar no son sistemas de dependencia sino de transferencias (Rubalcava, 1999). Las personas de edad avanzada transfieren a sus hijos, o a sus proveedores de recursos en la vejez, bienes y servicios como trabajo doméstico, preparación de alimentos o cuidado de los niños.

Además de los sistemas de respaldo familiar o social, y el apoyo en forma de transferencias públicas, las personas de edad avanzada pueden solventar sus necesidades económicas sosteniéndose por medio de sus bienes además de su propio ingreso. Es decir, que el proceso de acumulación de riqueza o bienes en las edades productivas sería una estrategia de sobrevivencia. Sin embargo, puesto que México no se ha caracterizado en las últimas décadas por mantener un sistema financiero eficiente y confiable, se podría pensar que las personas mayores de 60 años acumularon riqueza en sus años productivos en forma de negocios o bienes raíces, en lugar de ahorros, y que parte de su consumo actual depende de esos activos. Sin embargo, no se conocen datos sobre la tenencia de bienes raíces ni de negocios para personas de edad avanzada, por lo que esta hipótesis sólo se podrá probar cuando se tenga la información adecuada. Por otro lado, se conoce poco sobre la dinámica de los apoyos familiares, la prevalencia de intercambios y la relación de éstos con el cambio o deterioro de la salud de las personas mayores.

Otra estrategia de sobrevivencia en la edad avanzada puede ser la migración doméstica e internacional durante edades productivas, o el brindar apoyo a los hijos para que migren. Los miembros de una familia, como grupo, pueden usar la migración como una estrategia para mejorar sus niveles de vida, diversificar sus fuentes de ingreso, y enfrentar los riesgos por medio de las remesas. Las personas que migran generalmente lo hacen para buscar empleos temporales mejor remunerados en comparación con aquellos a los que tienen acceso en el área de origen. Estos movimientos migratorios los exponen a riesgos de salud diferentes a los que existen en el área de origen, y que pueden afectar la salud de las personas de edad avanzada. Al mismo tiempo, los movimientos migratorios pueden servir para obtener mejores niveles de ingreso o mayor acumulación de bienes. Sin embargo, se sabe poco del efecto que la migración anterior del anciano o la migración actual de sus familiares puede tener en su bienestar durante edades avanzadas.

Una estrategia más de sobrevivencia en la edad avanzada puede ser el haber invertido en los hijos en términos de educación y de apo-

yo financiero. Esta inversión o pacto intergeneracional informal, puede aumentar los apoyos financieros y en especie con que cuenten las personas, aunque no los garantiza. Otro mecanismo para obtener seguridad en la vejez puede ser el matrimonio. Como se ha mencionado anteriormente, en varios estudios se advierte que posiblemente las mujeres sean más beneficiadas que los hombres, ya que la esperanza de vida de ellas es mayor que la de ellos. Dado este ciclo de vida en promedio más largo, las mujeres necesitan ingresos por un periodo más prolongando de tiempo que los hombres para mantener sus niveles de consumo estables.<sup>4</sup> En el caso del matrimonio, las esposas pueden heredar algunos de los bienes que la pareja adquirió durante el matrimonio, y en caso de que el esposo haya tenido acceso al sistema de pensiones, su pensión puede ser transferida parcialmente a su viuda, sirviendo como un flujo de ingreso.

Aunque la participación económica de las mujeres se ha incrementado notablemente en las últimas décadas, la mayoría de las que actualmente tienen 60 años o más no tuvo una participación laboral que les permita disfrutar de sus pensiones y servicios de salud en la vejez. No obstante, como se mencionó anteriormente, se observa que en su papel de esposas, viudas o madres, las mujeres tienen acceso a estos servicios debido a la actividad laboral de su cónyuge o de sus hijos (Wong, 2000). El acceso a servicios médicos en la vejez podría ser más importante que la pensión por viudez, ya que el tratamiento geriátrico y de enfermedades crónicas puede ser costoso.

La evidencia muestra que los apoyos familiares a las personas de 60 años y mayores no sólo se dan en el interior de las familias nucleares (Montes de Oca, 1999). En el caso mexicano éstos se reciben también de la familia extendida y de la comunidad. Así, las redes de apoyo intergeneracionales no sólo provienen de la descendencia, es decir, de los hijos y los nietos. También se presentan en la ascendencia, como los padres, y dentro de una misma generación, es decir entre los hermanos. Se sabe que las redes familiares consisten en una serie de intercambios dentro de una familia extendida o nuclear. Por otro lado, las personas de edad avanzada no sólo reciben apoyos financieros o en especie de sus hijos o parientes, sino que ellos también actúan como proveedores de esos apoyos.

<sup>4</sup> Adicionalmente, los hombres no tuvieron derecho a pensiones por viudez hasta 1997.



En conclusión, en esta sección se resumió que el primer problema del estado de salud de la población mexicana en edad avanzada es que está expuesta a enfermedades degenerativas propias de su edad, y también a enfermedades infecciosas que aumentan el riesgo de muerte y discapacidad. El bienestar de las personas de edad avanzada depende en gran parte de su salud, pero también del acceso a servicios médicos. Este acceso está determinado por dos variables: el ingreso y la historia laboral del individuo o la posibilidad de ser dependiente de un trabajador afiliado. Sin embargo, la cobertura de servicios de salud en general es baja, ya que en promedio, menos de 50% cuenta con ella. En términos comparativos con los otros grupos de edad, las personas en edad avanzada son las que disfrutan de una mayor cobertura de servicios, aunque, por comportamientos o actitudes que se desconocen, las personas mayores de 60 años registran un menor uso de estos servicios que los niños. Debido a que su participación en el mercado laboral es limitada, los ingresos de este grupo de personas no se pueden calificar como permanentes y generalizados. Las pensiones que podrían abatir este problema no tienen el alcance esperado, y solamente un pequeño porcentaje de la población en edad avanzada recibe una pensión por jubilación.

En resumen, en esta sección se ha ilustrado con una selección de resultados que existen datos en México para examinar diferentes segmentos del marco conceptual que se presentó para estudiar la salud de la población en edad avanzada. Por ejemplo, cuando se citaron resultados sobre salud y utilización de servicios de salud, no fue posible relacionarlos con la extensión de las redes familiares, la historia de migración, o la presencia de pensiones. Los datos que proporcionan las encuestas de salud tradicionales no siempre están acompañados de información sobre redes familiares y experiencia laboral o migratoria. Igualmente, las encuestas sobre empleo proporcionan datos sobre experiencia laboral, pero no cuentan con referencias acerca de la salud actual o pasada. Las encuestas demográficas que contienen la información sobre migración y fecundidad, por ejemplo, carecen de datos acerca de salud.

Las bases de datos sobre salud a escala nacional con que se cuenta son de corte transversal, es decir, que no incluyen un componente longitudinal que permita analizar el atributo dinámico de la salud. Además, resalta la carencia de estudios de carácter poblacional en los que la población de edad avanzada sea el universo del estudio, con algunas excepciones (Ham, 1998). La Encuesta Nacional de las Necesi-

dades de los Ancianos en México se realizó en 1980 como parte de un estudio llevado a cabo en múltiples países por la Organización Panamericana para la Salud (OPS), pero su contenido y metodología fueron limitados, ya que sólo pueden proporcionar información descriptiva. La Encuesta sobre la Situación de las Personas de la Tercera Edad en el Área de Monterrey, de 1992, estuvo restringida geográficamente a esa área y no contenía aspectos relativos a la salud. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 incluyó solamente a la población de menos de 60 años y excluyó la información socioeconómica. Otras dos encuestas se limitaron a la Zona Metropolitana de la Ciudad de México: la Encuesta de Salud Dental y Nutricional de 1995, y la Encuesta de Uso de Servicios entre Derechohabientes del IMSS Mayores de 60 Años, de 1997. La Encuesta Nacional de Salud 1994, y la similar del año 2000, se centraron en los gastos en salud y las fuentes de atención entre los usuarios, excluyendo redes familiares o historias de migración, y su interés no se enfocó en la población de los adultos de edad avanzada, por lo que las enfermedades crónicas recibieron relativamente poca atención. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1989 y la similar de 1998, junto con las Encuestas Nacionales de Salud, son instrumentos para conocer el estado nutricional de la población, y se caracterizan por incluir muestras biológicas que permiten una medición directa del estado de salud de la población, aunque excluyen el detalle socioeconómico, de red familiar y de apoyo e historia migratoria que requiere el marco conceptual integrado. La Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento de 1994 cubrió muchos de los aspectos que se manejaron en el marco conceptual integrado, pero presentó algunos problemas metodológicos y su cobertura por grupos de edad fue limitada debido al reducido tamaño de la muestra.

Recientemente se ha iniciado un esfuerzo serio por realizar encuestas con propósitos múltiples sobre personas de edad avanzada en México; se intenta captar en ellas la variedad de factores covariantes de la salud. Las encuestas Sabe (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe) se completaron en siete de las ciudades capitales de países de Latinoamérica, incluyendo la Zona Metropolitana de la Ciudad de México en el año 2000. Aunque la encuesta en la Ciudad de México proporcionará información reciente sobre el envejecimiento y los factores de interés mencionados en el marco conceptual integrado, el estudio tiene limitantes respecto a cobertura geográfica y en cuanto a que no se planea un componente longitudinal.

Enseguida presentaremos un resumen de otro estudio que se está desarrollando. Su diseño es longitudinal, pues trata de captar la dinámica del envejecimiento y sus factores determinantes en México.

### **Resumen del Enasem**

El Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) es de tipo longitudinal, y pretende recabar información sobre las características de las personas de edad media y avanzada en los años 2001 y 2003. Este estudio ha sido desarrollado por investigadores de la Universidad de Pennsylvania, la Universidad de Georgetown y la Universidad de Wisconsin, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). También se cuenta con asesores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Instituto Nacional de Nutrición (INN) en México. El financiamiento para llevar a cabo este proyecto proviene principalmente de una beca de investigación otorgada por el National Institutes on Aging/National Institutes of Health.<sup>5</sup>

El objetivo general del estudio es investigar acerca de la dinámica peculiar de la salud mexicana en un contexto socioeconómico amplio. Con la primera encuesta se propone generar una base de información estadística a escala nacional con representación urbana y rural acerca de las características demográficas, sociales, de salud, redes familiares, apoyos familiares y financieros, y el estado de actividad y jubilación de personas de 50 años o más, seleccionadas a partir de su edad en el año 2000. Se entrevistará directamente a éstos y a sus cónyuges (sin importar la edad) en 11 000 hogares. Con el diseño longitudinal se propone conocer no solamente el estado de bienestar de las personas de edad media y avanzada en un momento dado, sino además averiguar qué cambios se dan con el tiempo en cada una de estas condiciones. Esta encuesta enfrenta retos por la heterogeneidad de la población que cubre, ya que el mismo instrumento se aplica en áreas urbanas y rurales, a personas de un amplio rango de edades (de 50 a 80 años o más), lo que puede ser una desventaja. Por otro lado,

<sup>5</sup> Próximamente aparecerá una página en Internet donde se describe el estudio con mayor detalle y se incluye un resumen de las aportaciones metodológicas que hace mediante sus encuestas por entrevistas conducidas en hogares. Para obtener mayor información, dirigirse a Rebeca Wong, correo electrónico: [rwong@georgetown.edu](mailto:rwong@georgetown.edu)

su cobertura geográfica y por grupos de edad permitirá probar hipótesis relacionadas con estos campos.

Por un lado, la información será útil para valorar las políticas de salud, empleo, pensiones, y apoyo institucional tanto para las personas de edad avanzada como para su familia, la cual es reconocida como la institución donde se fomenta el cuidado a los ancianos. Por otro lado, la información constituye un material valioso para entender las condiciones actuales y los planes futuros de las personas de edad media, y para poder evaluar las políticas de empleo, salud, y pensiones correspondientes.

La muestra se seleccionará a partir de las observaciones de la Encuesta Nacional de Empleo levantada en octubre-diciembre de 2000 (ENE, 2000), y se realizará durante la primavera-verano de 2001 con sobremuestra en las principales entidades expulsoras de población migratoria a Estados Unidos. Se aplicará una entrevista individual con duración promedio de 80 minutos por persona. El cuadro 1 presenta un resumen de las secciones del cuestionario y su descripción.

Entre los objetivos particulares que se persiguen en la encuesta, cabe mencionar los siguientes:

- Examinar el proceso de envejecimiento y el impacto de las enfermedades y la discapacidad en un amplio panel representativo de los mexicanos mayores de 50 años.

- Evaluar los efectos de los comportamientos individuales, circunstancias de vida durante la infancia, historia migratoria y económica, características de la comunidad, y el sistema de transferencias familiares sobre múltiples consecuencias para la salud.

- Valorar la salud de todos los componentes de la población en México, de la cual los emigrantes son reclutados seleccionadamente: los emigrantes que regresaron a México después de estancias en Estados Unidos y los mexicanos que no tienen un historial de residencia en Estados Unidos; y,

- Considerar las formas en que los sistemas de transferencias entre generaciones afectan la dinámica de salud de las personas en edad avanzada, en un país donde la migración es común y las remesas podrían ser reembolsos de inversiones pasadas o seguros contra una vejez incierta.

Los datos serán de uso público, y permitirán poner a prueba algunas hipótesis sociodemográficas, no solamente referentes a los individuos de edad media y avanzada, sino también a su interacción con

CUADRO 1

<i>Secciones</i>	<i>Descripción</i>
▪ Tarjeta de registro de residentes del hogar	Información sociodemográfica acerca de los residentes habituales del hogar. Detalles sobre historia migratoria y salud infantil de los hijos residentes.
Sección A Datos demográficos	Información demográfica detallada acerca del entrevistado únicamente. Incluye aspectos de la historia de migración y la salud infantil.
Sección B Hijos no residentes	Una tarjeta de registro reúne datos sociodemográficos, historia de migración y salud infantil de los hijos que no residen en el mismo hogar que el entrevistado.
Sección C Salud	Estado de salud del individuo; tipo de enfermedades crónicas; condiciones y síntomas presentados así como tratamiento recibido en los últimos dos años. Escala de depresión y de estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, ejercicio).
Sección D Servicios de salud	Acceso a servicios de salud, gastos y fuente de pago de los gastos para servicios médicos.
Sección E Estado cognoscitivo	Estado cognoscitivo de las personas determinado mediante una serie de ejercicios que se le aplican al entrevistado.
Sección F Padres y apoyos a padres	Preguntas sobre los padres del entrevistado; información básica sobre hermanos, y una batería de preguntas acerca de apoyos financieros y en especie a los padres del entrevistado.
Sección G Ayuda de y para hijos	Apoyo económico y no económico dado a los hijos y recibido de los hijos.
Sección H Funcionalidad y ayuda	Funcionalidad del entrevistado para desempeñar sus actividades básicas e instrumentales y ayuda en especie que recibe para desempeñar estas actividades.
Sección I Empleo	Historia laboral y de contribución al sistema de pensiones y actividades voluntarias del entrevistado.
Sección J Vivienda	Características de la vivienda respecto a la funcionalidad del entrevistado, y valor de la vivienda.
Sección K Pensión, ingresos y bienes	Esta sección se divide en tres grandes baterías de preguntas: valoración monetaria de los bienes, medición de los ingresos actuales y futuros, y valoración de deudas del entrevistado (y su cónyuge).
Sección L Medidas antropométricas	Mediciones básicas sobre masa corporal y equilibrio del entrevistado. Se aplica solamente a una submuestra.

su familia de descendencia y ascendencia directa y sus redes de apoyo en general. Se espera que la información del Enasem pueda ser vinculada con la de otras bases de datos del INEGI, para así realizar estudios con datos de múltiples niveles, por ejemplo, además del individual y el del hogar, el comunitario. De esta manera se apreciará la respuesta de los individuos y sus familias a los cambios en las políticas públicas de carácter comunitario.

### Conclusiones

El examen de la situación de la población mexicana en edad avanzada presenta resultados mixtos. Por un lado, dicha población está expuesta a enfermedades crónicas propias de su edad, pero con residuos de padecimientos infecciosos característicos de la etapa epidemiológica en que se encuentra. Además, la cobertura de las instituciones en México, y específicamente de los servicios de pensiones y de salud es muy escasa para la población en general. Las desigualdades que se manifiestan en la población, con grandes contrastes entre los residentes de áreas urbanas y rurales, y los estratos socioeconómicos altos y bajos, se presentan también entre la población de edad avanzada. Por otro lado, la situación relativa en cuanto a cobertura de servicios de los que tienen 60 años o más es ventajosa si se compara con la de los otros grupos de edad, y no se encuentran grandes diferencias de género entre los grupos de edad avanzada. Aunque la cobertura institucional es muy escasa, la familia parece estar supliendo algunas de las carencias del sistema.

A pesar de la situación precaria que algunos datos proporcionados implican para la población de edad avanzada, es importante reiterar que en México *no* es el anciano quien se encuentra actualmente en situación desventajosa, sino el niño. Como parte del compromiso generacional, tanto los niños como los ancianos deberían recibir atención adecuada o por lo menos equitativa. Aparentemente, no se está cumpliendo el compromiso con los niños igual que con los ancianos.

Sin embargo, nuestro conocimiento de los fenómenos asociados con la salud de la población de edad avanzada está fragmentado. Por un lado sabemos acerca de su estado de salud física, pero no podemos asociarlo con las estrategias familiares de vida. Por otro lado, conocemos aspectos de la cobertura por pensiones y experiencia labo-

ral, pero no podemos asociarlos con la salud actual o las redes familiares. Esta fragmentación limita el conocimiento que se puede alcanzar para diseñar políticas de salud y de bienestar para la población. En una sociedad como la mexicana, donde los recursos para programas sociales son limitados, las políticas públicas de población tendrán necesariamente que tener conocimientos acerca de los recursos familiares o privados con que la población de edad avanzada pueda contar para poder alcanzar los objetivos de bienestar deseados.

Hemos argumentado que el estudio socioeconómico de la salud se puede beneficiar de un estudio que se realice en forma integrada, por lo que la salud tiene que incluirse dentro de un estudio con propósitos múltiples, donde se cubran varias formas de medir la salud, así como aspectos sociodemográficos, económicos, de red familiar, y de historias de salud, laborales y de migración. Estos aspectos se han captado por separado en diversos estudios, lo cual ha permitido hasta ahora un conocimiento fragmentado del marco completo.

Se hizo un resumen de bases de datos respecto a México que pueden permitir un acercamiento a la situación de la salud de la población en edades avanzadas y sus factores determinantes, y se mencionaron en particular dos bases de datos recientes, o que estarán disponibles en un futuro cercano, con potencial para realizar estudios integrados de la salud. Una de ellas será representativa de la situación nacional y contará con atributos longitudinales. Con el detalle ofrecido por este tipo de datos, la sociodemografía de la salud y envejecimiento en México deberá producir una nueva generación de trabajos analíticos cuantitativos que contribuyan significativamente a la formación de políticas públicas.

Por otro lado, los estudios de propósitos múltiples y de carácter nacional tendrán las ventajas que se han mencionado, pero también mostrarán carencias que deberán resolverse complementándolas quizás con otras iniciativas. Es posible que un conocimiento más cercano acerca de las actitudes y expectativas futuras solamente se pueda dar con estudios cualitativos, lo que a escala nacional y longitudinal puede representar costos prohibitivos. Otro ejemplo es que las encuestas sociodemográficas de salud contienen solamente autorreportes de enfermedades y síntomas, que no son confirmados con el estudio clínico o de laboratorio. La necesidad de conocer aspectos clínicos detallados de la salud del individuo será difícil de satisfacer a escala nacional. Por ello, será de suma importancia realizar estudios complementarios a los estudios nacionales de propósitos múltiples. La futura

generación del estudio sociodemográfico de la salud en México puede estar basada en una interesante combinación de estudios nacionales longitudinales con módulos especiales aplicados a submuestras de la población, cuyo propósito será ahondar en diversos aspectos de interés, ya sea sustantivo o metodológico.

### Bibliografía

- Becker, Gary (1964), *Human Capital*, Nueva York, Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research (segunda edición).
- Castro, Victoria *et al.* (1996), "Las enfermedades crónicas en las personas de edad, 60-69 años", *Salud Pública de México*, vol. 38, pp. 438-447.
- DaVanzo, Julie y Paul Gertler (1990), *Household Production of Health: A Microeconomic Perspective on Health Transactions*, Santa Mónica, California, RAND, (RAND Note).
- Durán Arenas, Luis *et al.* (1996), "Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad", *Salud Pública de México*, vol. 38, pp. 501-512.
- Figuroa, María Elena (1996), *The Influence of Household Traits on the Outpatient Demand for Health Care: The Case of México*, tesis de doctorado, Baltimore, The Johns Hopkins University.
- Frenk, Julio *et al.* (1989), "The Epidemiological Transition in Latin America", en International Union for the Scientific Study of Population, *International Population Conference, New Delhi-1*, Lieja.
- Garrido Latorre, Francisco, Dolores Ramírez Villalobos y Héctor Gómez Dantés (1999), "Epidemiología del envejecimiento en México", en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 265-278.
- Grossman, Michael (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, pp. 223-255.
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (1999), "El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención", *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 125-147.
- Ham Chandé, Roberto (1998), "Condiciones de salud y bienestar de la población envejecida en la Ciudad de México", resumen del Proyecto Sabe, Organización Panamericana de la Salud (mimeo.).
- (1999), "El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades", *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 7-22.
- Kalache, A. (1996), "Ageing Worldwide", en S. Ebrahim y A. Kalache (eds.), *Epidemiology in Old Age*, Londres, British Medical Publishers.
- Kinsella, Kevin (2000), "Demographic Dimensions of Global Aging", *Journal of Family Issues*, vol. 21, núm. 5, pp. 541-558.



- Leñero Otero, Luis (1999), "Implicaciones intrafamiliares de la población en la tercera edad", *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 199-218.
- Lozano, Rafael, Laura Infante y Julio Frenk (1993), *Desigualdad, pobreza y salud en México*, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad.
- Massey, Doug y Emilio A. Parrado (1998), "International Migration and Business Formation in México", *Social Science Quarterly*, vol. 79, núm. 1.
- Montes de Oca Zavala, Verónica (1999), "Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México", *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 149-172.
- (2000), "Desigualdad estructural entre la población anciana en México: Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población de 60 años y más en México", ponencia presentada en la Reunión de la Sociedad Mexicana de Demografía, México, agosto (mimeo.).
- Omran, Abdel (1982), "Epidemiologic Transition", *International Encyclopedia of Population*, Nueva York, MacMillan & Free Press, pp. 172-173.
- ONU (1999), *Population Ageing 1999*, Nueva York (publicación núm. ST/ESA/SER.A/179).
- Parker, Susan y Rebeca Wong (1997), "Household Income and Health Care Expenditures in México", *Health Policy*, vol. 40, pp. 237-255.
- (2001), "Welfare of Male and Female Elderly in México: A Comparison", en Elizabeth Kats y Maria Corieia (eds), *The Economics of Gender in México*, Washington, The World Bank.
- Partida Bush, Virgilio (1999), "Perspectiva demográfica del envejecimiento en México", en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 25-40.
- Pedrero Nieto, Mercedes (1999), "Situación económica en la tercera edad", *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 77-102.
- Petersen, William (1975), *Population*, Nueva York, MacMillan (tercera edición).
- Rubalcava, Rosa María (1999), "Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares", en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 125-144.
- Ruiz-Arregui, Liliana y José A. Rivera Márquez (1996), "Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988", *Salud Pública de México*, vol. 38, pp. 430-437.
- Salas Páez, Carlos (1999), "Empleo y tercera edad: dinamismo y tendencias", en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 111-124.
- Salinas Ruiz, Alfonso (1999), "Las finanzas públicas en la seguridad social", en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 243-262.
- Solís, Patricio (1999), "El ingreso a la cuarta edad en México: una aproxima-

- ción a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos”, *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 43-64.
- Tapia Conyer, Roberto *et al.* (1996), “Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México: Encuesta Nacional de Adicciones 1993”, *Salud Pública de México*, vol. 38, pp. 458-465.
- Tuirán, Rodolfo (1998), “Situación y perspectivas demográficas”, *Papeles de Población*, vol. 4, núm. 16, pp. 17-38.
- (1999), “Desafíos del envejecimiento demográfico en México”, en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 15-22.
- Vellas, Pierre (1996), “Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva”, *Salud Pública de México*, vol. 38, pp. 513-522.
- Wong, Rebeca (2000), “Health, Utilization of Health Care, and Aging in México”, documento de trabajo, World Bank, febrero (mimeo.).
- (1999), “Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México”, en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, Conapo, pp. 145-170.
- y María Elena Figueroa (1999), “Morbilidad y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada: un análisis comparativo”, *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, pp. 103-124.