



El Trimestre Económico

ISSN: 0041-3011

trimestre@fondodeculturaeconomica.com

Fondo de Cultura Económica

México

Puig, Andrea; Pagán, José A.; Soldo, Beth J.
ENVEJECIMIENTO, SALUD Y ECONOMÍA. La Encuesta Nacional sobre Salud y
Envejecimiento en México
El Trimestre Económico, vol. LXXIII (2), núm. 290, abril-junio, 2006, pp. 407-418
Fondo de Cultura Económica
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31340946007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

NOTAS Y COMENTARIOS

ENVEJECIMIENTO, SALUD Y ECONOMÍA

La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México*

*Andrea Puig, José A. Pagán y Beth J. Soldo***

RESUMEN

México vive una transición demográfica en la cual el porcentaje de la población mayor de 50 años de edad crece aceleradamente como resultado de un aumento considerable en la esperanza de vida. Dicha población tiene necesidades particulares que deben ser tomadas en cuenta en la formulación de políticas, sobre todo en materia de acceso a servicios de salud y seguridad social. En este artículo presentamos una descripción general de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (Enasem), un estudio de panel que comenzó en 2001 y que ofrece una oportunidad única para abordar temas demográficos y económicos complejos por medio de la exploración de las características personales, transferencias socioeconómicas e indicadores de salud para una muestra de 15 186 adultos de edad media y avanzada. También presentamos los resultados más relevantes de diferentes estudios que han utilizado la Enasem hasta la fecha. Nuestra revisión indica que México enfrenta desafíos considerables para satisfacer la demanda de servicios médicos para una población que es amenazada por una creciente presencia de enfermedades crónicas, sobre todo para la población de edad avanzada que no cuenta con cobertura de seguro médico.

ABSTRACT

Mexico is experiencing a demographic transition in which the percentage of the population older than 50 years of age is growing rapidly as a result of increases in life expectancy. This population has special needs that must be taken into account when formulating policy, especially in terms of access to health care services and social security. In this article we present a general description

* *Palabras clave:* envejecimiento, salud, seguridad social, seguro médico. *Clasificación JEL:* I100, J100, J140. Artículo recibido el 11 de mayo y aceptado el 7 de noviembre de 2005. Este estudio fue financiado por los Institutos Nacionales de Salud (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento) de los Estados Unidos (NIH/NIA Grant No. AG18016, The Mexican Health Aging Study, Beth J. Soldo, P.I.).

** Andrea Puig, Health Care Systems Department, The Wharton School, University of Pennsylvania, Filadelfia, Pensilvania (correo electrónico: apuig@wharton.upenn.edu). José A. Pagán, Department of Economics and Finance, University of Texas-Pan American, Edinburg, Tejas (correo electrónico: pagan@wharton.upenn.edu) y Leonard Davis Institute of Health

of the Mexican Health and Aging Survey (MHAS), a panel study that began in 2001 and that provides a unique opportunity to study complex demographic and economic issues through the exploration of personal characteristics, socioeconomic transfers and health indicators for a sample of 15 186 middle and older age adults. We also present the most important results from different studies that have used MHAS up to date. Our review shows that Mexico faces substantial challenges in order to be able to satisfy the demand for health services for a population that is being increasingly threatened by chronic disease, particularly the elderly population that lacks health insurance coverage.

INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios demográficos mundiales más importantes de la actualidad es sin duda el aumento en la proporción de la población de edad avanzada. Se estima que alrededor de 6.9% de la población mundial (cerca de 419 millones de personas en 2000) tenía 65 años o más (ONU, 1999). En la América Latina, aunque sólo 5.5% de la población sobrepasa los 65 años, se estima que en 2050 esta proporción aumentará a 18.1% (NRC, 2001). No hay duda de que este proceso de transición demográfica está estrechamente relacionado con factores que la sociedad debe anticipar de manera adecuada, como distintos perfiles epidemiológicos, dificultades macroeconómicas, pautas laborales cambiantes, nuevas normas sociales, etc. Por ello, es de suma importancia que cualquier tipo de planeación o política pública que pretenda lidiar con una sociedad que envejece esté sustentada en datos que reflejen de modo apropiado estos cambios demográficos.

México vive una transición epidemiológica en la cual los individuos que sobrevivieron las altas tasas de mortalidad ocasionadas por enfermedades infecciosas durante la primera mitad del siglo XX están viendo ahora su salud afectada por enfermedades crónicas. En este sentido, la dinámica de salud de la población mexicana de edad avanzada está marcada por una interacción inusual entre las enfermedades crónicas (como por ejemplo el caso de la diabetes) y las enfermedades infecciosas que aún aquejan a la población como resultado del régimen epidemiológico anterior. El problema de esta dinámica de salud para la población de edad avanzada se agudiza cuando se consideran las disparidades socioeconómicas que existen en México y que están correlacionadas con factores como los riesgos de contraer enfermedades, la nutrición, las condiciones ambientales y la utilización de servicios médicos.

En este contexto, el estudio de las condiciones de salud y el de los determi-

nantes sociales y económicos de la salud para las personas mayores afectadas por esta transición es de vital importancia en el desarrollo de políticas públicas relacionadas con la economía de la salud, los mercados laborales y la seguridad social. Por ejemplo, resulta necesario entender la manera en que cambios estructurales en los riesgos de mortalidad y morbilidad afectan la salud y la longevidad de los adultos. Asimismo, se debe investigar la manera en que este proceso se relaciona con determinantes sociales y económicos durante la vida de las personas de edad avanzada.

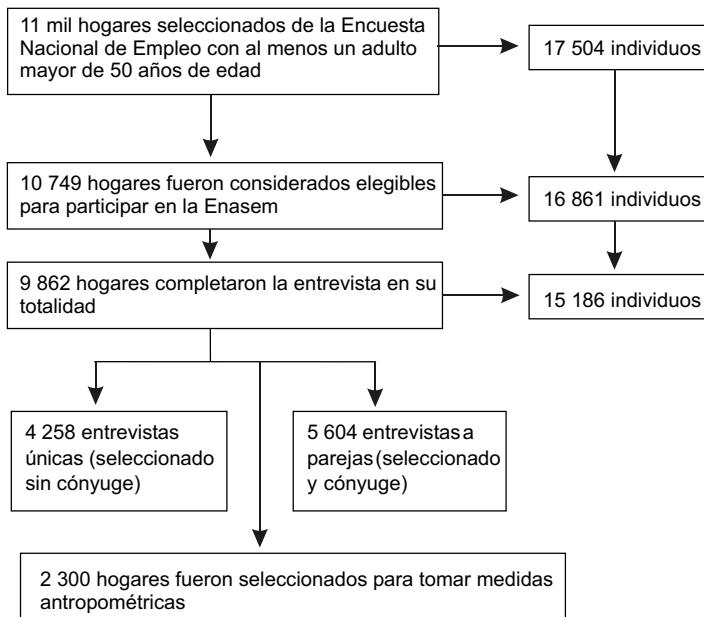
Para analizar adecuadamente los diferentes efectos del envejecimiento de la población es necesario contar con datos longitudinales de factores demográficos, socioeconómicos y financieros. Los Estados Unidos y algunos países europeos tienen varios años de experiencia en el desarrollo e instrumentación de este tipo de estudios. Por ejemplo, desde 1992 el Estudio de Salud y Jubilación (Health and Retirement Study, HRS) ha recabado información cada dos años de la salud y el nivel socioeconómico de una muestra de más de 22 mil adultos mayores de 50 años. De la misma manera, el proyecto SHARE (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) reúne información respecto al efecto socioeconómico del envejecimiento en poblaciones mayores de 50 años de 11 países europeos (Dinamarca, Suecia, Francia, Bélgica, Holanda, Alemania, Suiza, Austria, España, Italia y Grecia).

Hasta hace algunos años, en México existía relativamente poca información de estos temas. Sin embargo, desde 2001 y gracias al esfuerzo conjunto de investigadores en las Universidades de Pensilvania, Maryland y Wisconsin, y con el apoyo de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos (National Institute of Health, NIH) y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), datos longitudinales han sido recabados en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (Enasem; Mexican Health and Aging Study, MHAS). El propósito de este artículo es presentar un panorama general de la Enasem, describiendo las diferentes áreas de interés y la metodología utilizada en la encuesta. También presentamos un resumen general de los resultados de algunos estudios que han utilizado la Enasem y analizamos las consecuencias de estos resultados para la implantación de políticas públicas relacionadas con la economía de la salud, mercados laborales y seguridad social.

I. ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

La Enasem es un estudio de panel que proporciona una oportunidad única para abordar temas demográficos y económicos complejos mediante la exploración de las características personales, historia migratoria, características comunitarias, transferencias socioeconómicas e información de varios indicadores de salud para la población mexicana. A la fecha, se han llevado a

GRÁFICA 1. Descripción de la selección y distribución de la muestra en la Enasem 2001



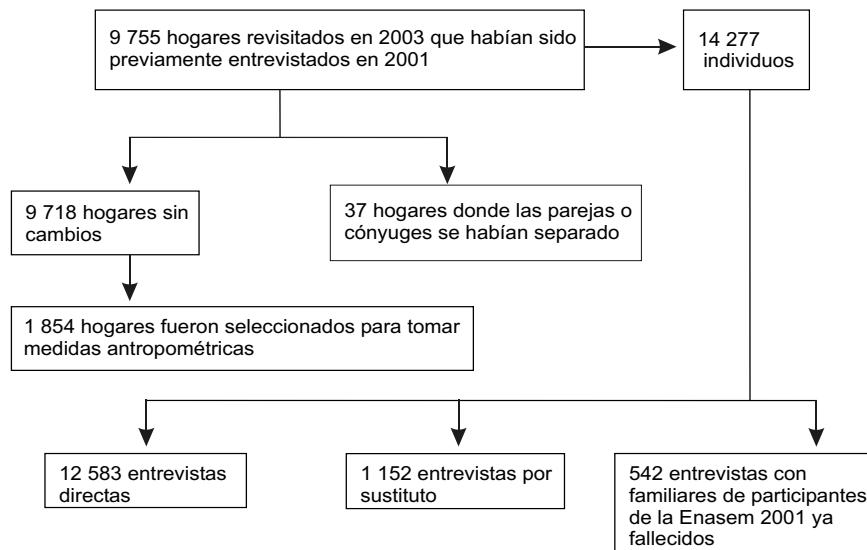
cabo dos encuestas correspondientes a los años 2001 y 2003, y se prevé continuar realizando encuestas de seguimiento cada dos años.

La encuesta inicial (2001) abarca una muestra nacional de la población mexicana de 50 años o más, así como sus cónyuges-compañeros(as) sin importar su edad. Se llevó a cabo una entrevista directa individual, y se obtuvieron entrevistas por sustituto por motivos de salud o ausencia temporal que no permitieron la entrevista directa (7.8% de las entrevistas). Las entrevistas fueron hechas en persona por entrevistadores de tiempo completo con duración promedio de 82 minutos.

La muestra de la Enasem se seleccionó basándose en la muestra del cuarto trimestre de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) 2000 que levanta el INEGI. Se seleccionaron 11 mil hogares con al menos un residente de 50 años de edad o más. Una sola persona mayor se seleccionó para la entrevista en hogares con más de un residente mayor. Del total de la muestra se seleccionó una submuestra de 2 300 hogares para también tomarle medidas antropométricas. La muestra total de la Enasem 2001 fue de 15 186 personas, con una tasa de respuesta de 91.85% (véase gráfica 1).

La Enasem es representativa nacional de los 13 millones de mexicanos nacidos antes de 1951, así como de dos estratos de residencia: urbano y rural.

GRÁFICA 2. Descripción de la selección y distribución de la muestra en la Enasem 2003



El contenido de la encuesta incluye siete áreas principales: medidas de salud, antecedentes, familia, transferencias de recursos, información económica, vivienda y medidas antropométricas. El cuadro 1 describe las distintas secciones de la encuesta y proporciona ejemplos de las variables incluidas en cada una de ellas, mientras el cuadro 2 presenta estadísticas descriptivas ponderadas para un subconjunto de estas variables.

La segunda ronda de la Enasem se levantó de mayo a septiembre de 2003 e incluyó entrevistas en 9 755 hogares. Las parejas que se separaron fueron consideradas individualmente (37 parejas). Asimismo se incluyeron en la segunda ronda de entrevistas los casos en los que un nuevo cónyuge-esposo(a) hubiera sido registrado(a). La muestra total de la Enasem 2003 fue de 14 277 personas (12 583 entrevistas directas, 1 152 entrevistas por sustitutos y 542 entrevistas con familiares de participantes de la Enasem 2001 ya fallecidos). La tasa de respuesta total fue de 93.32% (véase gráfica 2).

Cabe destacar que uno de los objetivos principales de la Enasem es comparar las dinámicas de salud de la población mexicana de edad avanzada con las de los migrantes nacidos en México que viven en los Estados Unidos en edades comparables, y las de los estadounidenses cuyos padres nacieron en México. Por tal motivo, la Enasem tiene un formato similar al HRS de los Estados Unidos. Aunque se buscó que la Enasem, el HRS y otros estudios longitudinales en otros países fueran sumamente compatibles para así compa-

CUADRO 1. Categorías incluidas en el cuestionario básico de la Enasem

<i>Sección</i>	<i>Descripción</i>	<i>Número de preguntas</i>	<i>Ejemplos de variables</i>
A	Datos demográficos	43	Fecha de nacimiento, estado civil, historia migratoria, lengua materna
B	Hijo fallecido	23	Para cada hijo(a): atributos demográficos, salud actual y en la niñez, escolaridad
B	Hijo no residente	23	Para cada hijo(a): atributos demográficos, salud actual y en la niñez, escolaridad
C	Salud	77	Autoinformes de condiciones, síntomas, estado funcional
D	Servicios de salud	24	Frecuencia de uso de servicios de salud, preferencia de oferente de servicios, gastos médicos
E	Ejercicios cognoscitivos	13	Capacidad de lectura, habilidades verbales, capacidad motriz, habilidad para copiar figuras geométricas, etcétera
F	Padres y ayuda a padres	52	Escalaridad de los padres, ayuda financiera a los padres, tipo de vivienda de los padres
G	Ayuda financiera otorgada o recibida	31	Ayuda financiera y de tiempo proporcionada a y recibida por el informante de sus hijos
H	Funcionalidad y ayuda	35	Dificultad para realizar actividades como subir escaleras o caminar; necesidad de ayuda para realizar actividades diarias
I	Empleo	20	Estado laboral actual, ocupación, beneficios recibidos en el empleo, situación financiera
J	Vivienda	29	Tipo de vivienda, ubicación, materiales de construcción, valor de la propiedad
K	Pensión, ingreso y bienes	91	Fuentes y cantidades de ingreso (salarios, pensiones y ayudas del gobierno). Monto de deudas
L	Medidas antropométricas	9	En 20% de la muestra se midieron peso, estatura, circunferencia de cintura, cadera y pantorrilla, altura de la rodilla y equilibrio

CUADRO 2. Estadísticas descriptivas para variables seleccionadas de la Enasem 2001

	<i>Media o porcentaje</i>	<i>Error estándar</i>
Edad	62.37	0.18
Mujer (%; 1 = sí; 0 = no)	53.98	0.87
Casado(a) (%; 1 = sí; 0 = no)	68.71	0.85
Salud pobre o mala (%; 1 = sí; 0 = no)	63.28	0.84
Número de hijos(as) que nacieron vivos(as)	6.01	0.06
Ha vivido-trabajado en los Estados Unidos (%; 1 = sí; 0 = no)	7.56	0.36
Habla dialecto o lengua indígena (%; 1 = sí; 0 = no)	7.77	0.46
Reside en área más urbanizada (%; 1 = sí; 0 = no)	47.48	0.85
Años de escolaridad	4.13	0.09
Trabajó durante el pasado año (%; 1 = sí; 0 = no)	28.30	0.75
Ingreso mensual (pesos 2001)	4 061.78	778.38
Valor de los bienes del hogar (pesos 2001)	356 954.20	13 369.51
No tiene seguro médico (%; 1 = sí; 0 = no)	44.37	0.86
Visitó algún médico el año anterior (%; 1 = sí; 0 = no)	63.73	0.82

rar y contrastar adecuadamente indicadores socioeconómicos y de salud con mayor precisión, la Enasem fue adaptada a los problemas particulares de salud de la población mexicana. Por tanto, esta encuesta no sólo incluye datos acerca de la presencia de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, sino que el estudio se enfoca también en recabar datos específicos de los episodios de enfermedades que eran comunes en México durante el siglo pasado como la tuberculosis, el cólera, la fiebre reumática y otras.

II. CÓMO OBTENER LOS DATOS DE LA ENASEM

Toda la información relativa a la Enasem puede obtenerse gratuitamente por medio del sitio de Internet <http://www.mhas.pop.upenn.edu>. En este portal se puede accesar tanto a los cuestionarios como a los datos de la Enasem de 2001 y de 2003. Los datos están disponibles en los formatos de SPSS, SAS y STATA. Cabe señalar que casi todos los documentos se encuentran disponibles en inglés y en español. Antes de descargar la información es necesario registrarse como usuario de los datos de la Enasem. Este registro tiene el propósito de mantener una lista de usuarios para comunicaciones futuras.

El sitio de Internet también incluye los datos con imputaciones para las variables económicas que son afectadas por la falta de respuestas a algunas de estas preguntas (por ejemplo, ingreso, riqueza y gastos médicos). Todas las imputaciones fueron estimadas con métodos de imputación múltiple y regresión secuencial en IVEware (Raghunathan *et al.*, 2001; Wong y Espinoza, 2004).

III. ALGUNOS RESULTADOS DE LA ENASEM

Con la finalidad de puntualizar la necesidad de utilizar instrumentos como la Enasem para explorar la interacción de variables socioeconómicas con indicadores de salud, a continuación presentamos un panorama general de los resultados más relevantes que han sido publicados en revistas académicas o informes técnicos.

Entre los hallazgos más notorios de la Enasem se encuentra el hecho de que el autoinforme de salud y el estado funcional de las mujeres mexicanas de 50 años o más presenta una situación desventajosa en comparación con la de los hombres. Palloni, Soldo y Wong (2002) muestran que los promedios de funcionalidad reducen la esperanza de vida saludable en un promedio de cinco años (18% de la esperanza de vida total) para los hombres y por siete años (22% de la esperanza de vida total) para las mujeres. Asimismo, 10.9% de los hombres y 12% de las mujeres sufren de una condición de salud crónica, considerándose en esta categoría enfermedades como el cáncer, ataques al corazón, enfermedades respiratorias o embolia cerebral.

En cuanto al bienestar económico de la población encuestada, Wong y Espinoza (2002) encontraron que según la Enasem 2001 el ingreso promedio de los mexicanos de 50 años de edad o más es de cerca de 3 578 pesos mensuales. Por otro lado, el valor individual promedio de los bienes es menos de 200 mil pesos, en su mayor parte en forma de vivienda. Cabe destacar que las distribuciones de ingreso y de los bienes están muy sesgadas. Asimismo, Wong y Espinoza (2003) registran que el sueldo formal es el ingreso principal para más de 50% de los mexicanos de 50 años de edad o más; 10% depende sólo de ayuda familiar, 8% se sostiene sólo con pensiones y 4% recibe ingreso sólo de fuentes no laborales. Según los resultados preliminares de la Enasem, uno de cada seis mexicanos mayores de 50 años afirma que no recibe ningún ingreso.

En el ámbito del aseguramiento de la población, la Enasem confirma tendencias presentadas por Nigenda *et al* (2003). Según la Enasem más de 40% de los mexicanos mayores de 50 años o más no cuenta con cobertura para atención médica. La gran mayoría de los que cuentan con cobertura la obtiene por medio del IMSS o el ISSSTE, debido a que son trabajadores, jubilados o cónyuges de personas con cobertura. El 25% de los derechohabientes del IMSS y 35% de los del ISSSTE reciben cobertura porque son padres del asegurado.

En concordancia con lo que se ha registrado en otros países, la falta de seguro médico afecta significativamente el acceso a servicios médicos. Por ejemplo, Pagán, Puig y Soldo (2005) utilizaron los datos de la encuesta para demostrar que los adultos sin cobertura de seguro médico tienen menores probabilidades de recibir pruebas de detección de hipertensión, niveles anormales de colesterol, diabetes, así como de cáncer cervicouterino y de mama en el caso de las mujeres, y cáncer de próstata en los hombres.

Pagán, Ross, Yau y Polsky (2005) demuestran que la falta de cobertura de seguro médico en la población adulta de la Enasem está relacionada con una mayor propensión a automedicarse. Los autores estiman que un aumento de 10% en la proporción de adultos con seguro médico disminuiría las consultas a farmacéuticos entre 0.8 y 1.7%. El estudio concluye que un aumento en la proporción de la población asegurada no sólo incrementaría el acceso a los servicios de salud sino también podría cambiar la percepción general de la población en torno de los beneficios de la medicina moderna.

Una de las consecuencias de la transición epidemiológica que se vive en México es el aumento significativo de la prevalencia de la diabetes tipo 2. De acuerdo con la Enasem 15.7% de la población encuestada padece esta enfermedad. A este respecto Wong y Espinoza (2002) muestran que los adultos con diabetes en la encuesta tienen en promedio 20% más bienes que los que no la tienen.

Dado el carácter crónico de esta enfermedad, los diabéticos sin seguro médico tienen más dificultades para recibir los servicios de salud adecuados. Por ejemplo, en la población de diabéticos mayores de 50 años de la Enasem 2001, Pagán y Puig (2005) encontraron que la cobertura de seguro médico aumenta en 43% la probabilidad de haber visitado a un médico, disminuye en 44% la probabilidad de utilizar medicina alternativa (como homeópatas y curanderos) y en 66% la probabilidad de automedicarse. En este mismo estudio también se encontró que las personas con seguro médico tenían 1.84 más visitas al médico y 0.23 menos visitas a proveedores de medicina alternativa que las personas no aseguradas. Los autores concluyen que la cobertura de seguro médico no sólo aumenta la probabilidad de que los diabéticos tengan contacto con el sistema de salud tradicional, sino también reduce el uso de la medicina alternativa y la automedicación, prácticas que pueden poner en riesgo la salud de esta población.

Como se mencionó líneas arriba, uno de los aspectos más relevantes de la Enasem es su similitud con otros estudios internacionales del mismo tipo. Esta característica de la encuesta permite realizar comparaciones con otras poblaciones de adultos que enfrentan desafíos similares. Quizá una de las poblaciones de mayor interés sea la población estadounidense debido al alto número de migrantes mexicanos y al creciente tamaño de la comunidad de origen hispano. En este sentido la Enasem confirma las tendencias migratorias al mostrar que 14% de los hombres mayores de 50 ha trabajado o vivido alguna vez en los Estados Unidos (Kohler y Soldo, 2004). Utilizando datos de la Enasem y del HRS se encontró que tanto la obesidad como la diabetes son por lo menos tan prevalentes entre los mexicanos de 50 años de edad o más, como entre los adultos de edad similar en los Estados Unidos. En comparación con la población estadounidense encuestada en el HRS, Kohler y Soldo (2004) también encontraron que los mexicanos son más pesimistas respecto a su estado de salud.

IV. ANÁLISIS

Los resultados recabados hasta el momento por la Enasem revelan importantes datos acerca de las pautas de salud y envejecimiento en México, particularmente para las poblaciones más desfavorecidas. Por un lado, la Enasem muestra que las mujeres mayores de 50 años se encuentran en una situación desventajosa en comparación con los hombres en materia de su estado de salud. Esta subpoblación, en concordancia con lo observado en la mayoría de otros países (NRC, 2001), tiene una esperanza de vida más alta que la población masculina; sin embargo, las mujeres autoevalúan menos favorablemente su propia salud. Además, las mujeres muestran una presencia más alta de enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes. Estos datos indican que la población mayor de 50 años está compuesta en su mayoría por mujeres que tienen necesidades médicas particulares. Por ello es importante que los prestadores de servicios de salud estén preparados para atender a esta población de manera adecuada.

A pesar de que más de la mitad de los adultos mayores de 50 años afirma que el salario de un empleo es la forma principal de ingreso en el hogar, uno de cada seis mexicanos mayores de 50 años no cuenta con ninguna fuente de ingreso. Esta población es más vulnerable a experimentar insuficiencias en el acceso a servicios médicos puesto que cualquier gasto en el que incurra tiene un efecto relativamente grande en las finanzas del hogar. Además, los recursos económicos del hogar también están relacionados con la salud de los miembros. De acuerdo con la Enasem, los individuos que presentan buena salud también tienden a poseer más recursos que los que tienen salud mala o regular. Es de vital importancia entender los factores que están relacionados con las disparidades en la salud, sobre todo los que están estrechamente vinculados a los recursos económicos del hogar y que afectan el acceso a los servicios de salud de las poblaciones más vulnerables.

A su vez, la Enasem pone en evidencia que un porcentaje significativo de la población mayor de 50 años no tiene seguro médico. Las consecuencias de esta falta de cobertura son de extrema importancia. Por ejemplo, los individuos que cuentan con cobertura de seguro están en una mejor posición para detectar enfermedades crónicas y recibir el tratamiento adecuado. Por tal motivo, las recientes políticas de salud que han sido elaboradas para incrementar la cobertura de seguros médicos en México (por ejemplo, el Seguro Popular de Salud) podrían tener como resultado un aumento en la utilización de servicios preventivos y mejoras en la salud de la población.

La Enasem revela que uno de los principales desafíos del sistema mexicano de salud es —y será en los próximos años— combatir las enfermedades crónicas como, por ejemplo, la diabetes. Prevenir las complicaciones de la diabe-

tes es de suma importancia dado que esta enfermedad representa una carga significativa al sistema de salud. Se estima que el costo de la diabetes al sistema de salud en 2003 sobrepasó 317.6 millones de dólares (Rivera-Dommarco *et al.*, 2002). Por tanto, un incremento en la proporción de personas con seguro médico podría reducir estos costos al permitir mejores y más efectivas maneras de tratamiento para esta enfermedad crónica que afecta a una proporción tan alta de la población mexicana.

CONCLUSIONES

México está experimentando una transición epidemiológica caracterizada por una incidencia aún considerable de enfermedades contagiosas, a la vez que la población urbana es amenazada por enfermedades crónico-degenerativas. Dichas diferencias se agravan por el hecho de que el *status* de salud varía enormemente en ciertas subpoblaciones debido a las desigualdades sociales y económicas. Este fenómeno demográfico es sin duda un motivo de preocupación para las poblaciones más vulnerables, entre las cuales se encuentra el creciente número de adultos mayores de 50 años de edad. En México este problema cobra tintes aún más relevantes cuando se considera que no existe un sistema nacional de seguridad social o un seguro de salud universal que cubra a la totalidad de la población antes mencionada.

Es un hecho que se cuenta con poca información fehaciente que permita entender el bienestar económico de los individuos mexicanos mayores de 50 años. Al mismo tiempo, se requiere más información acerca de los bienes e ingresos que esta población tiene a su alcance para poder finalmente financiar su jubilación, así como los gastos médicos que enfrentarán en los próximos años. Por tal razón, es de suma importancia generar información que permita estudiar no sólo el bienestar económico de una población sino también su estado general de salud, sus tendencias migratorias y su nivel de aseguramiento y utilización de servicios de salud. La información recabada en la Enasem permite precisamente comparar las características de la población mexicana con poblaciones en otros países estudiadas con instrumentos similares. Se espera que la Enasem fomente el desarrollo de políticas que atiendan las necesidades de servicios de salud para esta población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kohler, Iliana, y Beth J. Soldo (2004), “Cross-National Comparability of Health and Mortality Measures-Evidence from the Mexican Health and Aging Study (MHAS) and the Health and Retirement Study (HRS)”, ponencia presentada en la reunión anual de la Asociación de Población de América, Boston, abril.

- National Research Council (NRC) (2001), *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*, Washington, National Academy Press.
- Nigenda, G., E. Troncoso, H. Arreola, M. López y L. M. González (2003), “Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México”, F. M. Knaul y G. Nigenda (comps.), *Caleidoscopio de la salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la Acción*, México, Fundación Mexicana para la Salud, pp. 209-225.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1999), *World Population Prospects, The 1998 Revision*, ST/ESA/SER.A/177, Nueva York, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Pagán, José A., y Andrea Puig (2005), “Differences in Access to Health Care Services between Insured and Uninsured Adults with Diabetes in Mexico”, *Diabetes Care* 28, pp. 425-426.
- , — y Beth J. Soldo (2005), “Health Insurance Coverage and the Use of Preventive Services by Mexican Adults”, Documento de Trabajo, University of Pennsylvania.
- , Sara Ross, Jeffrey Yau y Daniel Polksky (2005), “Self-Medication and Health Insurance Coverage in Mexico”, *Health Policy*, en prensa.
- Palloni, Alberto, Beth J. Soldo y Rebeca Wong (2002), “Health Status and Functional Limitations in a National Sample of Elderly Mexicans”, ponencia presentada en la reunión anual de la Asociación de Población de América, Atlanta, mayo.
- Raghunathan, T. E., J. Lepkowski, J. Van Hoewyk y P. Solenberger (2001), “A Multivariate Technique for Multiply Imputing Missing Values Using a Sequence of Regression Models”, *Survey Methodology* 27(1), pp. 85-95.
- Rivera-Dommarco, J. S. Barquera, F. Campirano, I. Campos-Nonato, M. Safdie y V. Tovar (2002), “The Epidemiological and Nutritional Transition in Mexico: Rapid Increase of Non-communicable Chronic Diseases and Obesity”, *Public Health Nutrition*, 14, pp. 113-122.
- Wong, Rebeca, y Mónica Espinoza (2002), “Bienestar económico de la población de edad media y avanzada en México: Primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México”, ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CELADE, División de Población de CEPAL, Santiago de Chile, 9-12 de diciembre.
- , y — (2003), “Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México”, *Papeles de Población*, núm. 37, julio-septiembre.
- , y — (2004), “Imputation of Non-Response on Economic Variables in the Mexican Health and Aging Study (MHAS/Enasem) 2003”, Reporte Técnico, Population Studies Center, University of Pennsylvania, julio.