

Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento

Rebeca Wong, PhD,⁽¹⁾ Mónica Espinoza, MA,⁽²⁾ Alberto Palloni, PhD.⁽³⁾

Wong R, Espinoza M, Palloni A.
Adultos mayores mexicanos en contexto
socioeconómico amplio: salud y envejecimiento.
Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S436-S447.

Resumen

Objetivo. Describir el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), conocido también por su nombre en inglés: Mexican Health and Aging Study (MHAS). **Material y métodos.** Se hace una descripción del diseño del estudio, su trabajo de campo y contenido temático, sus alcances y potencial analítico. Se presentan resultados descriptivos acerca de temas selectos. Este es un estudio prospectivo de panel sobre personas de 50 años de edad o más en 2000. **Resultados.** En la encuesta inicial, realizada en 2001 con representatividad nacional y en áreas urbanas y rurales, se entrevistó aproximadamente a 15 200 personas. La encuesta de seguimiento realizada en 2003 recontactó exitosamente a más de 90% de los individuos entrevistados en la encuesta inicial y se realizaron 546 entrevistas sobre personas fallecidas entre 2001 y 2003. Se presentan resultados descriptivos de características demográficas, de salud, estilo de vida, apoyo institucional, pensiones, empleo, ayudas familiares y cambios en la salud a dos años. **Conclusiones.** Los adultos mayores en México presentan gran heterogeneidad, la cual se ilustra en forma concisa y breve en los resultados presentados. El estudio y las bases de datos derivadas tienen un gran potencial analítico para explorar múltiples dimensiones de la salud en adultos mayores.

Palabras clave: salud; envejecimiento; longitudinal; transferencias; bienes; ingreso; México

Wong R, Espinoza M, Palloni A.
Mexican older adults with a wide socioeconomic
perspective: health and aging.
Salud Publica Mex 2007;49 suppl 4:S436-S447.

Abstract

Objectives. Describe the *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*, also known by its name in English as the Mexican Health and Aging Study (MHAS). **Materials and Methods.** This article summarizes the study design, its fieldwork protocol, survey contents, scope and analytical potential. It also presents descriptive results on selected topics. This is a prospective panel study on persons aged 50 or older in the year 2000. **Results.** In the baseline survey, completed in 2001 with a national and urban-rural representation, about 15 200 interviews were completed. In the follow-up survey of the same persons in 2003, 90% of the attempted contacts resulted in successful interviews, and 546 interviews were completed about individuals who had died between the 2001 and 2003 visits. Descriptive results are presented on demographic characteristics, health, lifestyle, institutional support, pensions, employment, family help, and two-year changes in health. **Conclusions.** There is evidence of large heterogeneity among older adults in Mexico, which is illustrated in a brief and precise way in the results presented. This study and its databases have great analytical potential for exploring multiple dimensions in the health of older adults.

Key words: health; aging; longitudinal; transfers; wealth; income; Mexico

- (1) Maryland Population Research Center, University of Maryland. EUA.
(2) Office of Population Research, Princeton University. EUA
(3) Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin. EUA

Fecha de recibido: 22 de septiembre de 2005 • Fecha de aceptado: 31 de enero de 2007
Solicitud de sobretiros: Dra. Rebeca Wong, Maryland Population Research Center, University of Maryland.
0124N Cole Student Activities Building 162. College Park, MD 20742. USA
Correo electrónico: wongr@umd.edu

Además del interés que se tiene en el bienestar de la población mexicana y de la necesidad de generar información para el diseño de políticas públicas, el estudio de la salud de los adultos mayores en México representa un interés científico especial. Las cohortes que cumplen los 60 años después del año 1990 tienen una característica única, pues están en su mayor parte compuestas por poblaciones que durante la infancia y niñez temprana fueron los beneficiarios de tecnologías médicas que redujeron notablemente la mortalidad durante los primeros cinco años de vida. Esto fue el producto de la difusión de antibióticos, la puesta en marcha de programas masivos de vacunación, y la implementación de intervenciones para erradicar vectores de enfermedades infecciosas y parasitarias. En contraste con lo sucedido en países desarrollados después de 1920, la sobrevivencia de estas cohortes es menos influenciada por mejoras en las condiciones de vida, sobre todo aquellas que afectan la nutrición, y mucho más la consecuencia de la rápida difusión de tecnologías médicas de bajo costo y, por lo tanto, accesibles a la mayoría de la población. Lo anterior puede tener consecuencias importantes, ya que existe evidencia de que la salud adulta está afectada por las experiencias de los primeros años de vida. La sobrevivencia a edades adultas de grupos que experimentan condiciones de pobreza y mala nutrición que, antes de la aplicación masiva de tecnologías médicas no habrían podido llegar más allá de los primeros años de vida, tendrá efectos importantes en la composición por estado de salud de los ancianos después de los años 1990-2000.¹

El subdesarrollo de los mercados financieros y el acceso limitado a los mismos, así como los bajos niveles de cobertura de seguridad social para apoyar la vejez,^{2,3} deben implicar que el papel del trabajo individual y los negocios familiares como fuentes de apoyo económico para los adultos mayores puede ser más prominente que en los países desarrollados. La acumulación de bienes en formas no financieras, así como el desarrollo de arreglos residenciales no nucleares y las ayudas familiares o de redes sociales, pueden ser algunas de las otras estrategias de apoyo que la población mexicana utiliza para solventar sus necesidades de consumo en la vejez. De esta manera, el estudio de la vulnerabilidad económica y sus implicaciones para la salud cobran dimensiones adicionales bajo estos contextos, distintos a los que se estudian tradicionalmente en países desarrollados ya envejecidos.^{4,5} Además, la población mexicana, sobre todo a partir de mediados del siglo XX, ha usado la migración internacional a EUA como estrategia de vida, fenómeno que ha afectado tanto a los emigrantes directamente como a las familias y comunidades involucradas;^{6,7} por ello, el fenómeno de

migración repetida y la migración de retorno cobran importancia para el estudio de la salud y el envejecimiento poblacional en México.

Estos aspectos sirvieron como motivación y justificación para diseñar y desarrollar un estudio nacional y longitudinal de la salud de la población de adultos mayores en México con una perspectiva socioeconómica amplia. Asimismo, se buscó maximizar la comparabilidad del estudio mexicano con trabajos anteriores realizados en Estados Unidos desde 1992 (específicamente el *Health and Retirement Study*, HRS). Se percibió que, a pesar de la existencia de encuestas especializadas aplicadas a la población en México, como las encuestas nacionales de salud, de nutrición, empleo e ingreso/gasto, hacía falta un estudio dedicado a la dinámica de la salud y el envejecimiento de los adultos mayores que combinara las diversas áreas que conforman el desarrollo de este sector, desde su niñez hasta su situación actual, así como las áreas que forman su bienestar en una variedad de dimensiones además de la salud.⁸ Asimismo, se percibió que era importante estudiar el *proceso* de envejecimiento, y se buscó realizar un estudio longitudinal para poder iniciar estudios de la dinámica de la salud y el proceso del envejecimiento, a partir de los 50 años, lo que permitirá a su vez examinar el proceso de cambios socioeconómicos y en la salud que pudieran manifestarse desde las etapas anteriores a las edades tradicionales de retiro.

Material y métodos

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), también conocido por su nombre en inglés: Mexican Health and Aging Study (MHAS), es un trabajo prospectivo de panel sobre personas de 50 años de edad o más en el año 2000, financiado por el National Institute on Aging / National Institutes of Health de Estados Unidos. La investigación fue realizada por investigadores de las universidades de Pensilvania, Maryland y Wisconsin (Estados Unidos), y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, México). El protocolo de investigación se elaboró en coordinación con el INEGI y fue evaluado y aprobado por la Mesa de Revisión Institucional (Institutional Review Board) para ética y bioseguridad de las tres universidades involucradas. El personal del INEGI, al hacer contacto inicial con los adultos mayores, les explicó el objetivo del estudio y les aseguró la confidencialidad y anonimato de su participación, tras lo cual les pidió su consentimiento oral informado, de acuerdo con lo que establecen los principios éticos para las investigaciones con sujetos humanos de la Declaración de Helsinki. La encuesta inicial fue realizada en 2001, y en 2003 se completó una encuesta de seguimiento con las

mismas personas. La muestra para la encuesta inicial fue seleccionada a partir de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) del cuarto trimestre de 2000 realizada por el INEGI. La ENE se aplica a una muestra aleatoria obtenida con un proceso de selección multietápico y estratificado, en áreas urbanas y rurales en las 32 entidades federativas del país. A partir de la muestra ENE, se seleccionaron aleatoriamente 11 000 hogares que contaran por lo menos con una persona de 50 años de edad o más, para formar parte del ENASEM. Dado el interés especial en el estudio acerca de la migración de los individuos a Estados Unidos en alguna etapa de su vida, se distribuyó la muestra con una sobremuestra de 1.7 a 1 en entidades donde históricamente se ha concentrado gran proporción de la migración hacia ese país (Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit y Zacatecas). Si en el hogar elegible residía más de una persona mayor, se realizó una selección aleatoria para que una de ellas formara parte del ENASEM. Si la persona seleccionada estaba casada o unida, y la pareja residía en el mismo hogar, ésta también fue entrevistada como parte del estudio sin importar su edad. El objetivo fue completar entrevistas directas con la(s) persona(s) en cada hogar. Cuando esto no era posible por razones de salud, hospitalización o ausencia temporal, se realizó una entrevista por informante sustituto.

Para la segunda visita en 2003, se buscó reentrevistar a todas las personas de edad elegible y sus parejas, aun cuando se hubieran mudado entre 2001 y 2003. Si las parejas se habían separado, se trató de entrevistar a cada individuo de la misma (y sus parejas actuales si así era el caso). Además, si alguna persona entrevistada en 2001 había fallecido, en 2003 se entrevistó a un familiar o informante adecuado. De esta forma, en 2003 se hicieron entrevistas directas, por informante sustituto o sobre personas fallecidas. En la encuesta del 2001 se entrevistó a 15 186 personas para una tasa global de respuesta de 91.8 por ciento. De este total, 1 032 fueron entrevistas por sustituto. El seguimiento en 2003 recontactó exitosamente a 93% de los individuos entrevistados originalmente, y se levantaron 546 entrevistas acerca de personas fallecidas entre 2001 y 2003. Para mayores detalles, puede consultarse la página de internet www.mhas.pop.upenn.edu, donde se encuentra la descripción del estudio, los documentos metodológicos, y se proporciona acceso al público a las bases de datos.

El contenido de la entrevista incluyó:

- *Medidas de salud:* autorreportes de condiciones, síntomas, estado funcional, estilo de vida (por ejemplo historia de tabaquismo, consumo de alcohol, y ejercicio), depresión, dolor, desempeño de lectura y estado cognoscitivo.

- *Antecedentes:* salud y condiciones de vida en la niñez, educación, alfabetismo, historia migratoria, historia marital.
- *Familia:* listados de todos los hijos (incluyendo los que no residen con el adulto mayor y los ya fallecidos); para cada uno, sus atributos demográficos, indicadores resumen de salud actual y en la niñez, educación, actividad económica actual, migración. Experiencias migratorias de los padres y hermanos. Características sociodemográficas de todos los residentes del hogar actual.
- *Transferencias:* ayuda financiera y de tiempo proporcionada a, y recibida por el informante de sus hijos, indexado a cada hijo; ayuda financiera y de tiempo a los padres.
- *Datos económicos:* fuentes y cantidades de ingreso incluyendo salarios, pensiones, y ayudas del gobierno; tipo y valor de bienes. Uso/proveedor/gastos de servicios de salud. Se utilizaron preguntas de rescate para reducir la falta de respuesta en todas las variables sobre cantidades.
- *Trabajo:* aspectos de la historia laboral, ocupación, posición en el trabajo, y lugar de trabajo habitual.
- *Ambiente de la vivienda:* tipo, ubicación, materiales de construcción, otros indicadores de calidad de la vivienda, regularidad de la propiedad y disponibilidad de bienes de consumo duradero.
- *Antropométricas:* en una submuestra de 20%, se midió peso, estatura, circunferencia de cintura, cadera, pantorrilla, altura de la rodilla y balance sobre una pierna.
- *Impresiones personales:* autoevaluación de la salud en general, opinión personal del estado económico individual, del nivel de control en decisiones, del nivel de ayuda familiar.
- *Viudez:* Para las personas que enviudaron entre 2001 y 2003, los cambios económicos, de trabajo y de residencia ocurridos como resultado del fallecimiento del cónyuge.

Se realizó una validación externa de la información con la base de datos del ENASEM 2001, comparando una serie de resultados básicos con los obtenidos con estudios similares sobre encuestas en hogares en México alrededor del año 2000. Se hicieron comparaciones con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) realizada por la Secretaría de Salud; y los siguientes estudios realizados por el INEGI en México: XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2000), y la ENE 2000. Por ejemplo, al contrastar el ENASEM 2001 y la ENSA 2000, las dos encuestas con énfasis temático en autorreporte de aspectos de salud, se obtienen

resultados altamente comparables. El índice de masa corporal obtenido en la ENSA 2000 para personas de 50 años o más es de 30.5 en promedio, comparado con 27.2 en el ENASEM 2001. Diabetes es reportada por 15.5% de la población de 50 años o más en la ENSA 2000, comparado con 14.9% en el ENASEM 2001. El índice estimado de consumo de tabaco y alcohol, y la altura promedio de las personas es similar en ambas encuestas. Utilizando la submuestra de 20% para la cual se cuenta tanto con el autorreporte como con la medición directa de estatura y peso, se encontró que, en promedio, ambas formas de medir los dos conceptos proporcionaron resultados similares. En resumen, se concluye que los datos obtenidos por el ENASEM 2001 son confiables.⁹ Aunque algunos aspectos de la cobertura temática del ENASEM pueden obtenerse por separado con el apoyo de otras encuestas en México como las que se han mencionado, el estudio ofrece varias ventajas; entre ellas, poder profundizar en aspectos que son de importancia para el bienestar de los adultos mayores; poder vincular la variedad de temas, y, sobre todo, poder realizar análisis longitudinal, debido a que reúne los temas en un mismo panel.

En este artículo se presentan cuadros descriptivos de la distribución de la población de acuerdo con temas selectos que fueron enfatizados en el estudio, por sexo, grupos de edad (50-59, 60 o más) y área de residencia urbana o rural, definiendo áreas urbanas como aquellas de 100 000 o más habitantes. El objetivo de esta descripción es proporcionar un resumen de la heterogeneidad que existe entre los adultos mayores en México e ilustrar el alcance del estudio. Por cuestiones de espacio en los cuadros, se presentan resultados de las pruebas estadísticas t- de igualdad entre los estimadores, solamente para área urbana *versus* área rural. Para propósitos de este artículo se usaron las entrevistas con personas (seleccionadas o cónyuges) de 50 años o más. A menos que se aclare lo contrario en los tabulados correspondientes, se usaron tanto las entrevistas directas como por sustituto, y las estadísticas presentadas fueron ponderadas por los factores de expansión para representar el total de la población mexicana de este sector de edad en el año 2000.

Resultados

El ENASEM 2001 es representativo de la población de 50 o más años de edad hacia fines del año 2000, que estaba integrada por aproximadamente 14 millones de habitantes. Un poco más de la mitad son mujeres, un poco más de la mitad tiene 60 años o más, y también un poco más de la mitad reside en áreas rurales. Estas cohortes de la población alcanzaron relativamente baja

educación, con una tercera parte que reportó no haber recibido ningún año de educación formal. Respecto a la migración, 40% de ellos declaró que nunca ha migrado fuera de su comunidad de residencia, y 8% dice que alguna vez en su vida emigró (para trabajar o residir) a Estados Unidos de América.

El cuadro I presenta el desglose de características demográficas por sexo, edad y residencia urbana / rural. Los patrones encontrados encajan con la etapa de la transición demográfica en que se encuentra la población mexicana y los cambios que se han dado con el desarrollo social y económico de las últimas décadas. Las cohortes de edad 50-59 tienen mayor nivel de educación que los de 60 o más, y una mayor proporción de hombres que de mujeres vive con su pareja. En cuanto a los contrastes por área de residencia, la población rural tiene un nivel menor de educación, una mayor proporción de casados y una mayor proporción de la población que nunca ha emigrado de su comunidad de nacimiento que los residentes urbanos. El cuadro II resume dimensiones de la salud, selectas entre las que incluyó el estudio. Uno de los indicadores más utilizados en la literatura para evaluar la salud general de adultos mayores en estudios poblacionales es el autorreporte general de salud (medido en cinco categorías: excelente, muy buena, buena, regular, mala). En general, las mujeres autoevalúan peor su salud que los hombres, y las personas de mayor edad peor que los más jóvenes. Asimismo, el autorreporte global de salud tiende a ser peor en áreas rurales que en urbanas.

El autorreporte de enfermedades crónicas como cáncer o embolia cerebral es bajo (menos de 3% en el total). El reporte correspondiente de enfermedades del corazón (3%) y pulmonar (6%) es también relativamente bajo, y es mayor en el medio urbano que en el rural, con excepción del autorreporte de embolia cerebral. Esto puede deberse al poco contacto de la población con el sistema formal de salud, el cual se da menos en las áreas rurales que las urbanas. La diabetes (15%) autorreportada es mayor entre personas de mayor edad, y entre mujeres en general más que entre hombres. Casi uno de cada cinco adultos mayores reportan que fuman actualmente; el consumo de alcohol y tabaco es mayor entre las personas más jóvenes comparado con los que tienen 60 años o más, y entre los hombres mucho mayor que en las mujeres. El ejercicio (definido como trabajo físico pesado, incluyendo deportes, por lo menos tres veces por semana) es más común entre las cohortes jóvenes, y entre los hombres comparados con las mujeres. Asimismo, el estilo de vida (consumo de tabaco y alcohol y hacer ejercicio) es peor también en áreas urbanas que rurales. Aunque estos resultados no están incluidos en los cuadros, es importante señalar que la autoevalua-

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y TASA ESPECÍFICA DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS* DE LAS PERSONAS DE 50 O MÁS
AÑOS POR EDAD, SEXO Y RESIDENCIA URBANA/RURAL. MÉXICO, 2001

	Urbano [‡]						Rural						Total urbano	Total rural	Total	
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer						
	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total				
Distribución de la población	9.9	10.1	20.0	12.3	12.8	25.0	10.8	15.9	26.7	12.5	15.7	28.2	45.0	55.0	100.0	
Años de educación	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
0 años	8.9	21.0	15.0	15.0	24.8	20.0	26.0	44.6	37.1	38.8	53.1	46.8	17.8	«	42.1	31.1
1-5 años	22.7	31.4	27.1	27.1	34.5	30.9	44.7	40.6	42.3	41.2	32.8	36.6	29.2	«	39.3	34.8
6 años	25.7	19.4	22.5	21.9	19.1	20.5	14.1	8.9	11.0	12.9	8.5	10.5	21.4	»	10.7	15.5
7 o más años	42.6	28.3	35.3	36.0	21.4	28.6	14.8	5.5	9.2	6.7	5.4	6.0	31.6	»	7.5	18.4
NS/NR	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.3	0.4	0.4	0.4	0.2	0.3	0.0	0.3	0.2	
Estado civil	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Soltero (a)	2.6	3.3	3.0	7.9	5.7	6.8	5.0	2.8	3.7	2.4	4.9	3.8	5.1	»	3.7	4.3
Casado (a)	75.4	67.6	71.5	54.3	38.7	46.4	69.4	58.9	63.1	66.5	43.6	53.7	57.5	«	58.3	57.9
Vive en unión libre	8.2	6.6	7.4	4.8	1.9	3.3	8.9	7.2	7.9	5.8	5.4	5.6	5.1	«	6.7	6.0
Divorciado (a)	1.0	1.5	1.3	3.6	2.9	3.2	0.6	0.5	0.5	1.4	0.8	1.1	2.4	»	0.8	1.5
Separado (a)	4.7	4.8	4.7	13.7	9.1	11.3	3.2	8.2	6.2	9.0	7.6	8.2	8.4	»	7.2	7.7
Viudo (a)	3.0	13.2	8.1	15.0	40.6	28.0	4.7	16.6	11.8	13.2	36.9	26.3	19.2		19.3	19.2
NS/NR	5.1	3.0	4.0	0.8	1.2	1.0	8.2	5.8	6.8	1.8	0.9	1.3	2.3		4.0	3.2
Historia migracional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Nunca migró	25.9	21.1	23.7	26.5	25.9	26.3	55.0	47.5	50.6	54.1	54.0	54.2	25.0	«	52.3	40.0
Migración doméstica [§]	64.2	63.0	64.1	70.6	68.9	70.1	32.0	36.0	34.4	43.7	43.1	43.4	67.0	»	39.0	51.6
Migración a EUA	9.2	15.1	12.3	2.2	4.9	3.6	12.8	16.4	15.0	1.9	2.7	2.4	7.4	«	8.5	8.0
NS/NR	0.7	0.8	0.8	0.7	0.3	0.5	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.6		0.2	0.4

* Tasa específica reportada por cada 100 personas

[‡] Residencia urbana se refiere a aquellas localidades con 100 000 habitantes o más

[§] Incluye migración realizada en el área urbana, rural y otro país diferente a EUA

Notas:

» o « : Diferencia significativa entre los dos grupos, con $.01 < p < .05$

» o « : Diferencia significativa entre los dos grupos, con $p < .01$

Fuente: ENASEM 2001. Datos ponderados

ción de la salud para esta población de 50 años o más se encontró altamente asociada con el autorreporte de enfermedades crónicas (del corazón, pulmonar, cáncer o embolia cerebral) y con problemas de funcionalidad, con una notable excepción.⁴ Esto parecería indicar que el autorreporte de salud pudo ser útil como indicador global de salud en estudios en la comunidad. La excepción mencionada al patrón de relación es obesidad, la cual no se encuentra estrechamente asociada con la autoevaluación de salud. El autorreporte de altura y peso permitió calcular la prevalencia de desnutrición y

obesidad por medio del cálculo del índice de masa corporal. Aproximadamente, 30% de la población objetivo se encuentra con desnutrición, y 15% con obesidad. La desnutrición es más común entre residentes de áreas rurales que entre los de áreas urbanas, mientras que la obesidad es más prevalente en las urbanas que en las rurales. Asimismo, se observa que tanto la desnutrición como la obesidad son más comunes en mujeres que en hombres. Cerca de 9% de la población reporta tener problemas de funcionalidad por lo menos con una actividad de la vida diaria (caminar, bañarse, comer,

Cuadro II
TASA ESPECÍFICA DE AUTORREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y ENFERMEDADES* POR EDAD,
SEXO Y RESIDENCIA URBANA/RURAL. PERSONAS DE 50 AÑOS O MÁS. MÉXICO, 2001

	Urbano [‡]						Rural						Total urbano	Total rural	Total	
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer						
	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total				
Autoevaluación de salud [§]	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			
Excelente	3.6	3.0	3.3	2.1	2.2	2.2	1.5	1.5	1.5	0.3	0.4	0.3	2.7	»	0.9	1.7
Muy buena	8.7	6.1	7.4	5.0	3.6	4.3	5.5	3.0	4.0	2.1	2.9	2.5	5.7	»	3.2	4.4
Buena	41.0	33.6	37.2	35.6	26.7	31.2	39.3	27.9	32.5	24.9	23.2	24.0	33.9	»	28.1	30.8
Regular	39.8	41.3	40.6	46.4	51.4	48.9	41.7	43.9	43.0	57.8	48.0	52.5	45.2	«	48.0	46.7
Mala	6.8	16.0	11.5	10.9	16.1	13.4	11.9	23.7	19.0	15.0	25.5	20.7	12.6	«	19.9	16.5
NS/NR	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0
Autorreporte de enfermedad																
Corazón	2.5	5.2	3.9	2.7	3.4	3.1	1.0	2.4	1.9	2.8	3.1	2.9	3.4	»	2.4	2.9
Pulmonar	4.5	7.6	6.1	5.9	6.6	6.3	3.0	6.6	5.1	5.9	6.8	6.4	6.2		5.8	6.0
Cáncer	0.9	2.7	3.7	3.0	2.2	2.3	0.6	1.0	2.2	4.3	2.6	2.8	2.1		1.9	2.0
Embolia cerebral	1.9	2.7	1.9	2.3	1.9	2.8	1.9	4.9	1.9	2.0	1.9	2.6	2.6		2.9	2.7
Hipertensión	24.3	35.6	30.1	39.0	55.1	47.2	19.0	30.4	25.8	42.7	44.6	43.7	39.6	»	35.1	37.2
Diabetes	14.9	18.3	16.6	15.6	23.2	19.5	8.2	12.0	10.4	15.1	15.1	15.1	18.2	»	12.9	15.3
Fuma																
Alguna vez	68.8	69.3	69.0	28.3	26.8	27.5	58.5	63.1	61.2	16.1	22.9	19.9	46.0	»	40.0	42.7
Actualmente	36.2	23.8	30.0	14.5	9.6	12.0	28.4	22.6	25.0	5.1	6.4	5.8	20.0		15.1	17.3
Toma alcohol																
Alguna vez	90.9	90.3	90.6	54.6	40.9	47.6	88.2	79.9	83.3	35.5	29.4	32.1	66.7	»	57.0	61.4
Actualmente	61.9	46.2	54.0	24.6	16.3	20.4	56.1	32.1	41.7	14.1	11.8	12.8	35.3	»	26.9	30.7
Hace ejercicios	37.8	26.3	32.0	25.1	16.2	20.7	65.7	43.6	52.5	30.5	21.6	25.7	25.7	«	38.4	32.5
Clasificación según IMC [‡]	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0
Desnutrición	8.4	11.3	9.9	16.3	25.9	21.2	27.6	36.5	32.9	44.8	52.3	49.0	16.1	«	41.2	29.9
Bajo peso	4.2	6.6	5.4	3.9	6.0	5.0	4.2	6.9	5.8	4.7	7.4	6.2	5.2	«	6.0	5.6
Normal	36.2	39.5	37.9	20.2	20.3	20.2	31.7	27.7	29.3	13.1	15.7	14.5	28.1	»	21.7	24.6
Sobrepeso	36.5	31.5	34.0	38.5	29.3	33.8	24.2	19.1	21.1	21.0	14.0	17.1	33.9	»	19.1	25.7
Obesidad	11.0	8.3	9.7	14.4	14.2	14.3	9.1	8.3	8.6	10.9	7.9	9.2	12.2	»	8.9	10.4
Obesidad marcada	2.9	1.4	2.2	4.6	2.6	3.6	2.1	1.0	1.4	3.5	1.7	2.5	2.9	»	2.0	2.4
Obesidad mórbida	0.8	1.4	1.1	2.2	1.7	2.0	1.0	0.5	0.7	1.9	0.9	1.4	1.6		1.1	1.3
Problema de funcionalidad																
Actividades vida diaria (AVD)																
Caminar	2.1	5.6	3.9	2.6	9.4	6.1	0.7	10.3	6.4	2.2	10.2	6.6	5.1		6.5	5.9
Bañarse	1.2	3.4	2.3	1.5	8.8	5.2	0.5	6.0	3.8	3.2	6.1	4.8	3.9		4.3	4.1
Comer	0.5	2.8	1.6	1.3	4.8	3.1	0.4	3.4	2.2	1.4	3.2	2.4	2.5		2.3	2.4
Ir a la cama	2.7	5.1	3.9	3.1	9.0	6.1	1.7	7.8	5.4	4.6	10.1	7.6	5.2		6.5	5.9
Usar el excusado	1.6	3.4	2.5	2.1	7.5	4.8	0.8	5.0	3.3	2.7	7.6	5.4	3.8		4.4	4.1
Por lo menos tiene 1 AVD	3.8	8.4	6.2	5.0	13.8	9.5	2.3	13.9	9.0	6.2	13.7	10.3	8.0		9.7	8.8
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)																
Preparar comida	10.2	15.7	13.0	1.7	9.0	5.3	17.0	23.1	20.6	2.4	6.5	4.6	8.7		12.2	10.6
Hacer compras	3.6	8.8	6.2	4.0	16.0	9.9	6.2	15.4	11.7	3.8	11.5	8.0	8.3		9.7	9.1
Tomar medicamentos	0.3	3.6	1.8	1.6	6.7	4.1	2.7	8.0	5.9	1.2	5.9	3.7	3.0		4.7	4.0
Manejar dinero	0.3	2.9	1.6	1.1	7.3	4.2	0.6	6.3	4.0	1.8	5.0	3.5	3.0		3.8	3.4
Por lo menos tiene 1 AIVD	11.3	17.8	14.6	5.1	19.1	12.0	19.1	24.8	22.5	5.6	14.7	10.5	13.2		16.2	14.8
Por lo menos tiene 1 AIVD o AVD	13.4	21.4	17.5	7.3	24.5	16.0	20.6	28.8	25.6	10.1	23.1	17.3	16.7		21.2	19.1

* Tasa específica reportada por cada 100 personas

‡ Residencia urbana se refiere a aquellas localidades con 100 000 habitantes o más

§ No incluye entrevistas por sustituto

IMC= Índice de masa corporal= Peso (kg) / (altura)² en (m²)

Clasificación:

Desnutrición: mujeres= <17 kg/m²; hombres= <18 kg/m²Bajo peso: mujeres= 17-20 kg/m²; hombres= 18-20 kg/m²Normal: mujeres= 21-24 kg/m²; hombres= 21-25 kg/m²Sobrepeso: mujeres= 25-29 kg/m²; hombres= 26-30 kg/m²Obesidad: mujeres= 30 - 34 kg/m²; hombres= 31-35 kg/m²Obesidad marcada: mujeres= 35-39 kg/m²; hombres= 36-39 kg/m²Obesidad mórbida: mujeres= ≥ 40 kg/m²; hombres= ≥ 40 kg/m²

Notas:

» o < : Diferencia significativa entre los dos grupos, con .01 < p < .05

»» o << : Diferencia significativa entre los dos grupos, con p < .01

Fuente: ENASEM 2001. Datos ponderados

usar excusado y traslado a la cama). Estas limitaciones las declaran en mayor medida los de mayor edad que los jóvenes, y las mujeres más que los hombres, aunque esto último solamente en áreas urbanas.

El cuadro III resume características de seguridad social, empleo y bienestar económico, medido como bienes de consumo duradero en la vivienda de residencia. Se encuentra que un poco más de la mitad de los adultos mayores reportan tener derecho a servicios médicos; la población de mayor edad reporta mayor cobertura de seguro médico que los jóvenes, y las mujeres tienen igual o un poco mayor que los hombres. Entre las personas de 60 años o más, 45% de los hombres en áreas urbanas reporta tener pensión de jubilación, comparado con 16% de hombres en áreas rurales.

Una característica única también del ENASEM es que permitió cuantificar tanto el ingreso como el valor de los bienes acumulados en esta población. La importancia de los bienes resalta porque el ingreso puede dejar de ser un determinante dominante del bienestar económico de los individuos, sobre todo en edad avanzada. En resultados presentados en otros trabajos,⁴ se encontró que entre la población de 50 años o más, una de cada seis personas reporta que no tiene ninguna fuente de ingreso, mientras que 10% dice que su única fuente es el apoyo familiar. Por otro lado, se encuentra que, para esta población, 60% del valor neto de sus bienes es en forma de vivienda. Se concluye que, cuando se incluyen bienes en el estudio, se puede llegar a conclusiones diferentes respecto al bienestar económico que cuando se utilizan solamente el ingreso y sus fuentes.

El cuadro IV presenta un resumen de la tipología de los hogares de residencia, las generaciones actualmente vivas y las ayudas familiares dadas y recibidas por los adultos mayores. Un poco más de la mitad vive en hogares nucleares y la propensión a vivir solos o en hogares extendidos es mayor para los de mayor edad y para las mujeres más que los hombres. Casi tres cuartas partes de esta población declara que no tiene padres que le sobrevivan. En relación con el número de hijos actualmente vivos, 6% reporta no tener hijos, mientras que más de dos tercios declara tener cinco o más, con una diferencia notable por área de residencia. En cuanto a las ayudas recibidas y dadas por los adultos mayores con su red familiar, se encuentra que 20% proporciona ayuda económica y 54% la recibe. La propensión a dar este tipo de apoyo es mayor entre los hombres, y a recibirla mayor entre las mujeres. Asimismo, esta ayuda es más probable que sea *dada* por las cohortes jóvenes, y que sea *recibida* por los de mayor edad. En general, se encuentran patrones similares de ayudas dadas y recibidas en las áreas urbanas y las rurales. En cuanto a los apoyos no económicos (quehaceres del hogar, mandados

y transporte), 42% de los adultos mayores reporta haber dado y 48% declara que recibieron ayuda de este tipo en los últimos dos años. Usando esta base de datos en panel,¹⁰ se ha encontrado que las ayudas familiares entre los adultos mayores y sus hijos son muy dinámicas y que parecen responder diferencialmente a choques de salud y factores económicos.

El cuadro V proporciona un resumen de la dinámica a dos años de la salud autorreportada por los adultos de 50 años o más que fueron entrevistados en 2001 y vueltos a entrevistar en 2003 ($n = 12\,064$). Respecto a la autoevaluación de salud, el deterioro es mayor para las personas de 60 años o más que para las cohortes jóvenes, y tiende a ser mayor también para las áreas rurales que para las urbanas. En cuanto a enfermedades crónicas como cáncer, enfermedad respiratoria, enfermedad cardiovascular y embolia cerebral, se encuentran bajos porcentajes de nuevos reportes al considerar cada condición aislada. Sin embargo, al considerarlas en grupo, se aprecia que entre los que reportan en 2001 que no tienen alguna de estas cuatro condiciones, 5% declara tener por lo menos una de ellas en 2003. Los nuevos casos de obesidad medida se encuentran en mayor proporción entre personas de 50-59 años que entre los de 60 años o más; en mujeres más que en hombres, y en áreas urbanas más que en rurales.

Respecto a los problemas de funcionalidad en actividades de la vida diaria, entre los adultos mayores que reportaron no tener problemas en 2001, 6.5% declara tener por lo menos un problema en 2003. Esta propensión parece ligeramente mayor en mujeres que en hombres, en áreas rurales que en urbanas, y entre personas de mayor edad. Entre las personas que en 2001 reportaron que tenían por lo menos un problema de funcionalidad, 43% declaró seguir teniendo uno o más problemas en 2003, mientras que el resto reportó ya no tener problemas de funcionalidad con las actividades de la vida diaria. La propensión a mantener problemas de funcionalidad es mayor para las cohortes de mayor edad que para las jóvenes; pero parece ser igual para hombres que para mujeres, y en áreas urbanas que en rurales.

Conclusión

El presente artículo resumió brevemente la justificación, el diseño, y los principales resultados arrojados por el ENASEM 2001-2003. Las dos encuestas del estudio se realizaron exitosamente, y pudo formarse un panel con dos observaciones en individuos que representan a la población mexicana de 50 años o más en 2000. Las características demográficas reflejan la transición que se ha manifestado en la población, y se encuentra, por ejemplo, que las cohortes más jóvenes tienen mayores

Cuadro III
TASA ESPECÍFICA DE SEGURIDAD SOCIAL, BIENESTAR ECONÓMICO Y EMPLEO* POR EDAD, SEXO Y RESIDENCIA URBANA/RURAL.
PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS. MÉXICO, 2001

	Urbano [‡]						Rural						Total	
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Total urbano	Total rural
	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total		
Derecho a servicio médico	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Tiene	65.3	77.1	71.3	73.0	76.7	74.9	33.0	39.3	36.7	37.5	40.0	38.9	73.3	» 37.9 53.8
No tiene	34.5	22.8	28.6	26.8	23.3	25.0	66.6	60.6	63.0	62.4	59.9	61.0	26.6	62.0 46.1
NS/NR	0.2	0.1	0.1	0.2	0.0	0.1	0.4	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1 0.1
Tipos de servicios o prestaciones de salud [§]														
Seguro Social (IMSS)	49.4	60.3	54.9	56.6	59.7	58.2	21.5	28.2	25.5	26.6	28.0	27.4	56.7	» 26.5 40.1
ISSSTE	11.1	16.4	13.8	15.1	15.9	15.5	6.3	7.4	7.0	7.5	9.3	8.5	14.7	» 7.8 10.9
Pemex, Defensa o Marina	2.4	2.5	2.5	2.2	2.6	2.4	0.2	3.2	2.0	0.7	1.9	1.3	2.4	» 1.6 2.0
Seguro médico privado	4.9	4.6	4.8	3.9	4.1	4.0	2.4	1.2	1.7	1.2	1.0	1.1	4.3	» 1.4 2.7
Otro	1.4	1.3	1.4	1.3	1.6	1.4	3.9	2.3	3.0	4.4	2.7	3.5	1.4	3.2 2.4
No. de bienes de consumo [#]	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ninguno	0.5	1.8	1.2	0.3	1.3	0.8	6.3	12.8	10.4	7.0	14.4	11.2	1.0	10.9 6.4
1 a 2 bienes	4.8	9.6	7.4	3.4	6.8	5.1	35.7	31.2	32.9	27.3	29.0	28.3	5.9	30.2 19.1
3 a 4 bienes	22.2	26.6	24.7	3.1	22.9	23.0	27.3	33.9	31.5	35.7	32.4	33.8	23.6	32.8 28.6
5 a 6 bienes	72.5	61.9	66.7	73.2	69.0	71.0	30.7	22.1	25.3	30.0	24.2	26.7	69.6	26.1 46.0
Ingreso del indiv. y/o cónyuge por pensiones de:														
Jubilación	7.1	45.5	28.2	11.2	25.7	18.6	6.1	16.2	12.5	5.1	9.8	7.8	21.8	9.7 15.3
Viudez	0.0	0.0	0.0	5.6	13.0	9.4	0.0	0.3	0.2	3.2	6.2	4.9	6.2	3.0 4.5
Invalidez o accidente laboral	2.7	2.7	2.7	3.0	2.0	2.5	0.7	0.9	0.9	1.3	0.1	0.6	2.6	0.7 1.6
Otras	0.0	2.3	1.3	0.4	0.5	0.5	0.0	1.0	0.6	0.0	2.1	1.2	0.7	1.0 0.9
Características del empleo ^{&}														
Alguna vez trabajó	99.8	99.6	99.7	79.7	71.1	75.3	99.5	98.5	98.9	60.7	60.1	60.4	86.1	» 79.1 82.3
Trabaja actualmente	81.3	44.6	62.8	35.9	14.7	25.1	87.8	57.4	69.6	26.0	14.5	19.6	41.8	« 43.9 43.0
No. de años de trabajo [¶]	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nunca trabajó	0.3	0.2	0.2	21.9	29.1	25.5	0.9	2.7	2.0	47.0	47.3	47.1	14.3	« 25.6 20.3
1 a 9 años	0.1	0.7	0.4	21.7	18.3	20.1	1.1	0.8	0.9	14.7	11.9	13.1	11.4	» 7.3 9.2
10 a 19 años	1.4	1.4	1.4	15.0	12.3	13.6	1.1	1.2	1.2	12.8	6.6	9.4	8.2	» 5.5 6.8
20 a 29 años	8.5	2.2	5.3	14.9	10.5	12.8	7.1	2.4	4.3	8.6	9.4	9.0	9.4	» 6.8 8.0
30 a 39 años	50.2	14.7	32.2	15.3	9.9	12.6	34.5	5.4	17.1	9.4	8.0	8.6	21.3	» 12.7 16.7
40 o más años	38.4	78.6	58.8	10.4	17.6	14.0	53.2	84.6	72.0	7.1	15.4	11.6	33.8	« 40.5 37.4
NS/NR	1.1	2.2	1.7	0.8	2.3	1.5	2.0	2.9	2.5	0.6	1.4	1.0	1.6	1.8 1.7

* Tasa específica reportada por cada 100 personas

‡ Residencia urbana se refiere a aquellas localidades con 100 000 habitantes o más

§ Incluye aquellos que son derechohabientes de algún servicio de salud. Los porcentajes no suman al total que tiene derecho a servicio médico porque los entrevistados pueden reportar tener derecho a más de un servicio

Se consideran los siguientes bienes de consumo duradero en la vivienda: radio o grabadora, televisión, refrigerador, lavadora, teléfono y calentador de agua

& Incluye todos aquellos que trabajaron ya sea recibiendo o no pago o ganancia.

¶ No incluye entrevistas por sustituto

Notas:

» o « : Diferencia significativa entre los dos grupos, con .01 < p < .05

» o « : Diferencia significativa entre los dos grupos, con p < .01

Fuente: ENASEM 2001. Datos ponderados

Cuadro IV

TASA ESPECÍFICA DE LA TIPOLOGÍA DEL HOGAR, AYUDAS FAMILIARES DADAS/RECIBIDAS* POR EDAD, SEXO Y RESIDENCIA URBANA/RURAL. PERSONAS DE 50 AÑOS O MÁS. MÉXICO, 2001

Tipología del hogar [§]	Urbano [‡]						Rural						Total	
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Total urbano	Total rural
	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total		
Tipología del hogar [§]	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nuclear	70.1	56.6	63.3	57.8	41.5	49.5	62.1	54.0	57.2	58.0	44.5	50.5	55.6	53.8
Extendido	26.7	34.4	30.6	35.7	45.6	40.7	32.6	36.1	34.7	38.4	41.8	40.3	36.2	37.6
Unipersonal	3.3	8.9	6.1	6.5	12.9	9.8	5.3	10.0	8.1	3.5	13.7	9.2	8.2	8.6
Tipología de las generaciones														
Número de padres vivos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ninguno	50.4	88.5	69.5	51.0	89.5	70.5	53.8	91.8	76.5	57.5	88.2	74.5	70.0	75.5
Sólo uno	37.2	10.7	23.9	38.2	9.1	23.5	34.0	7.4	18.1	32.0	11.0	20.4	23.7	19.3
Ambos	12.4	0.8	6.6	10.8	1.4	6.0	12.2	0.7	5.3	10.5	0.8	5.1	6.3	5.2
Número de hijos vivos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ninguno	5.1	6.2	5.6	7.0	7.7	7.4	7.2	6.7	6.9	4.0	7.0	5.6	6.6	6.2
1 a 2 hijos	20.3	13.7	16.9	17.7	13.3	15.5	8.4	5.9	6.9	4.9	7.2	6.2	16.1	6.5
3 a 4 hijos	35.7	24.0	29.8	30.7	20.8	25.6	21.0	13.3	16.4	18.4	13.0	15.4	27.5	15.9
5 o más hijos	39.0	56.1	47.6	44.6	58.2	51.5	63.4	74.2	69.8	72.7	72.8	72.7	49.8	71.3
Ayuda económica otorgada [‡]	35.5	20.0	27.0	23.0	12.6	17.7	43.5	16.1	26.1	20.9	9.2	14.3	20.8	19.0
Menos de \$5000 pesos	24.7	31.6	27.5	29.4	52.0	37.6	50.6	51.4	50.9	40.9	64.6	49.5	33.2	50.3
\$5000 pesos o más, o \$200 mes	68.9	62.5	66.3	66.7	43.6	58.4	47.9	43.9	46.3	58.1	34.1	49.4	61.9	47.7
NS/NR	6.4	5.8	6.2	3.8	4.4	4.0	1.5	4.7	2.8	1.0	1.3	1.1	5.0	2.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ayuda no-económica otorgada [‡]	47.9	36.5	41.7	55.0	47.9	51.4	52.4	27.0	36.3	46.4	32.9	38.8	48.1	37.8
Ayuda económica recibida [#]	23.6	36.6	30.7	47.1	65.9	56.7	40.0	58.0	51.4	56.8	71.6	65.1	47.9	59.7
Menos de \$5000 pesos	37.7	28.6	31.8	30.3	27.9	28.9	36.0	40.9	39.5	32.3	38.4	36.1	29.5	37.2
\$5000 pesos o más, o \$200 mes	61.5	64.8	63.6	69.4	68.8	69.1	63.4	57.5	59.2	67.2	60.5	63.1	67.9	61.7
NS/NR	0.8	6.6	4.6	0.3	3.3	2.0	0.6	1.5	1.3	0.6	1.1	0.9	2.6	1.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ayuda no-económica recibida [‡]	52.1	40.8	45.9	50.2	49.2	49.7	49.0	44.5	46.2	51.4	47.9	49.4	48.4	48.1

* Tasa específica reportada por cada 100 personas

‡ Residencia urbana se refiere a aquellas localidades con 100 000 habitantes o más

§ Nuclear: incluye cónyuge e/o hijos; Extendido: nuclear más parientes o no-parientes; Unipersonal: una sola persona

Incluye ayuda en los últimos dos años otorgada/recibida en dinero o en especie a/de sus hijos y/o nietos (y los del cónyuge) para educación, excluye vivienda o comidas compartidas

‡ Incluye ayuda en los últimos dos años otorgada/recibida de por lo menos 1 hora a la semana a/de sus hijos y/o nietos (y los del cónyuge) con los quehaceres del hogar, mandados y transporte

Notas:

› o < : Diferencia significativa entre los dos grupos, con .01 < p < .05

›› o << : Diferencia significativa entre los dos grupos, con p < .01

Fuente: ENASEM 2001. Datos ponderados

Cuadro V

TASA ESPECÍFICA DE AUTORREPORTE DE SALUD, ENFERMEDADES Y FUNCIONALIDAD EN 2003 DE ACUERDO AL REPORTE EN 2001, POR EDAD, SEXO Y RESIDENCIA URBANA/RURAL. PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS. MÉXICO, 2001

	Urbano*							Rural							Total urbano	Total rural	Total hombre	Total mujer
	Hombre			Mujer				Hombre			Mujer							
	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+	Total					
% que reporta peor autoevaluación en 2003																		
Autoevaluación de salud en 2001*																		
Excelente y muy buena	81.7	83.6	76.2	80.7	77.0	82.6	79.4	85.7	91.7	87.9	95.7	87.5	92.3	80.1	89.5	81.9	81.3	
Buena	49.0	39.1	46.5	42.5	44.7	49.8	46.9	48.9	64.3	56.7	59.8	62.4	61.2	44.7	58.7	47.2	50.9	
Regular	17.3	10.3	17.6	14.3	15.0	17.4	16.2	14.4	23.7	19.8	18.1	24.7	21.4	15.5	20.7	16.4	17.9	
% que reporta por lo menos una condición crónica en 2003																		
No reporta condición crónica en 2001 (total 4)§	5.4	3.0	7.0	4.9	3.7	6.4	5.1	3.9	7.5	5.9	5.7	7.2	6.5	5.0	6.2	5.3	5.6	
% con mayor número de condiciones crónicas en 2003																		
Número de condiciones crónicas en 2001 (total 4)§																		
0	5.4	3.0	7.0	4.9	3.7	6.4	5.1	3.9	7.5	5.9	5.7	7.2	6.5	5.0	6.2	5.3	5.6	
1	4.9	2.9	5.8	4.7	2.9	9.0	6.3	0.0	2.5	1.8	1.0	7.1	4.3	5.6	3.2	3.8	5.7	
2	3.5	11.1	3.0	4.8	0.0	7.4	3.9	- -	4.8	4.4	- -	0.0	0.0	4.3	2.0	4.6	2.5	
% que reporta la condición en 2003																		
No reporta condición en 2001																		
Corazón	1.7	1.3	2.3	1.8	1.2	1.9	1.6	0.7	2.5	1.7	1.0	2.7	1.9	1.7	1.8	1.8	1.7	
Pulmonar	2.8	1.6	3.1	2.4	1.9	3.2	2.6	2.5	4.2	3.5	3.3	3.8	3.6	2.5	3.5	2.8	2.9	
Cáncer	0.5	0.2	1.0	0.6	0.3	0.9	0.6	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.6	0.3	0.5	0.6	
Embolia cerebral	0.8	0.3	1.0	0.7	0.6	1.4	1.0	0.5	0.8	0.7	0.7	1.1	0.9	0.9	0.8	0.7	1.0	
Hipertensión	17.4	13.2	15.5	14.3	17.7	22.4	19.9	14.3	15.5	14.9	23.3	21.4	22.3	17.0	18.2	14.5	20.5	
Diabetes	5.1	6.3	4.7	5.5	6.2	4.2	5.2	5.0	2.8	3.7	4.9	5.7	5.3	5.4	4.5	4.8	5.3	
Obesidad	8.1	9.0	6.8	7.9	12.9	8.9	10.6	6.0	4.3	5.0	8.5	6.1	7.1	9.3	6.1	6.8	9.4	
Problemas de funcionalidad en actividades de la vida diaria (AVD)																		
% que reporta por lo menos un problema con AVD en 2003																		
No reporta problemas con AVD en 2001	6.5	2.5	6.1	4.3	4.1	10.5	7.3	3.2	8.8	6.3	4.9	12.1	8.6	5.9	7.5	5.0	7.7	
Reporta por lo menos un problema en 2001	43.5	30.5	47.4	42.8	25.6	51.8	44.6	38.2	50.0	47.1	18.5	47.3	39.5	44.0	42.6	44.5	43.0	

* Residencia urbana se refiere a aquellas localidades con 100 000 habitantes o más

‡ No incluye entrevista por sustituto

§ Condiciones crónicas: cáncer o tumor maligno, enfermedad respiratoria, enfermedad del corazón y embolia cerebral

Nota:

Estimaciones basadas en la muestra de personas que respondieron a la entrevista en 2001 y 2003 (n=12.064)

Fuente: ENASEM 2001 y 2003

niveles de educación y reportan menor propensión a emigrar a Estados Unidos, comparadas con las de mayor edad. Como se ha reportado en otros estudios para México,^{11,12} entre los adultos de edad media y avanzada, y debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres, son más los hombres que viven casados en comparación con las mujeres, y es más alta la proporción de mujeres viudas. Los resultados confirman la heterogeneidad entre la población de adultos de edad media y avanzada en México. Se encuentran grandes brechas entre grupos de la población, definidos por género, edad y residencia urbana / rural en todos los temas brevemente resumidos, por ejemplo salud, funcionalidad, bienestar económico, cobertura de servicios de salud y apoyos familiares.

Cuando se hizo mención de los resultados básicos presentados, se mencionaron algunos de los análisis de los datos que se han efectuado, usando las bases de datos disponibles hasta el momento. Dichos trabajos son relativamente pocos; no obstante, dan cuenta del potencial de los datos obtenidos por medio de las dos encuestas del estudio. El autorreporte de una lista importante de enfermedades crónicas, su tratamiento y las consecuencias de las enfermedades para la actividad diaria, las cuales fueron medidas en el estudio, ofrecen la posibilidad de analizar el autorreporte de salud con las condiciones conocidas, y de probar conjeturas acerca de su poder analítico en el ámbito poblacional en países como México, ya que los niveles de educación son bajos y el contacto con el sistema de salud formal para el diagnóstico de las enfermedades es sumamente limitado. La encuesta contó también con preguntas sobre síntomas físicos y estado de depresión y cognitivo de las personas, por lo que será posible continuar con estudios de la salud individual, tomando en cuenta estas dimensiones del fenómeno de autoevaluación de la salud y autorreporte de las enfermedades. Desde el punto de vista del diseño de políticas públicas, interesa ahondar en las bondades de los indicadores con que cuenta la encuesta, en particular para apoyar en la identificación de poblaciones que se encuentren en estado de vulnerabilidad, tanto por sus necesidades de atención por problemas de funcionalidad física, emocional y mental, como por sus capacidades económicas, educativas y disponibilidad de apoyo familiar o social. Los resultados iniciales del estudio implican también que existe una alta proporción de la población con problemas de salud que necesitan atención especial, precisamente por su alta prevalencia, entre ellos los problemas de salud nutricional, tanto de desnutrición como de obesidad, la diabetes y los estilos de vida, como el tabaquismo y el alcoholismo.

El presente estudio hace un resumen de los resultados encontrados; proporciona una impresión de la

variedad de temas que se trataron en el ENASEM, e ilustra el potencial analítico del mismo. Por ejemplo, como se mencionó anteriormente, el apoyo familiar para atender las necesidades de la población resultó muy prevalente, tal como se había supuesto, dado que existe poco apoyo institucional en el contexto mexicano. Esta baja cobertura institucional se confirma en los resultados arrojados por el estudio en lo referente a la baja derechohabiencia de los servicios de salud y el bajo ingreso por pensiones. Asimismo, se encuentra que el sistema de apoyos familiares es muy activo entre los adultos mayores y sus familiares, y la propensión a recibir ayuda parece mayor que a dar ayuda a los hijos, por ejemplo. El subsidio familiar parece aumentar con la edad de los adultos mayores. La naturaleza de panel del estudio permite analizar los cambios en estos apoyos, los cuales pueden ocurrir con los cambios en la salud y en la situación económica de los adultos mayores.¹⁰ Esto permite probar la hipótesis acerca del papel que juega la red familiar en el apoyo del adulto mayor en la sociedad mexicana.

En general, puede decirse que el ENASEM ofrece un potencial de análisis extremadamente amplio, con el que no se contaba anteriormente, para la investigación del bienestar de la población en los procesos de envejecimiento en México. Los trabajos que se han realizado hasta ahora ilustran solamente el inicio de grandes posibilidades, en temas relevantes como son el autorreporte de salud y las morbilidades con que se asocia;¹³ la relación entre el nivel socioeconómico y la salud;⁵ el nivel de ingreso y la riqueza disponible entre los adultos mayores;⁴ el estado cognitivo y las condiciones de salud covariantes;¹⁴ la dinámica de las ayudas familiares y su relación con el deterioro en la salud del adulto mayor;¹⁰ las limitaciones funcionales y la morbilidad;¹⁵ la utilización de servicios de salud y el papel de la derechohabiencia;¹⁶ la migración internacional y el bienestar en la edad avanzada,^{6,7} así como los adelantos metodológicos en estudios por encuestas,¹⁷ por mencionar solamente algunos. Se espera que continúen los esfuerzos para realizar análisis comparativos entre países, lo que permitiría probar hipótesis acerca del impacto del contexto y las políticas públicas y ahondar en los procesos de envejecimiento en general,¹⁸ todo ello posibilitado por la disponibilidad reciente de datos comparables entre el ENASEM y otros estudios similares en Estados Unidos y otros países de América Latina y Asia.^{19,20}

El diseño del estudio, con cobertura nacional en áreas urbanas y rurales, con dos observaciones en el tiempo a las mismas personas; cobertura temática amplia; alta calidad, y puesto a disposición del público con oportunidad, incluye características altamente deseables con gran potencial analítico, algo con lo

que no se había contado hasta ahora en México para el análisis de los procesos de envejecimiento. El estudio tiene limitaciones también (por ejemplo, no tiene representatividad estatal); sin embargo constituye una base de datos sumamente útil que debe permitir dar grandes pasos en la generación de conocimiento del bienestar de la población de adultos mayores en los próximos años.

Agradecimientos

El estudio ENASEM/MHAS fue apoyado por el *National Institute on Aging/National Institutes of Health (NIA/NIH)*, grant no. 18016, *Mexican Health and Aging Study*, de 1999 a 2004.

Referencias

1. Palloni A, Pinto G, Peláez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America. *Int J Epidemiol* 2002;31:762-771.
2. Interamerican Conference on Social Security. The Americas social security report: evaluation of the reforms. CISS 2003.
3. Montes de Oca V. Desigualdad estructural entre la población anciana de México: factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población de edad 60 y más. *Estud Demogr Urbanos Col Mex* 2001;48:585-614. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204806&iCveNum=3596>
4. Wong R, Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papeles Poblac* 2003;37:129-166.
5. Wong R. La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género. En: *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: INSP; 2003:97-122.
6. Wong R, Palloni A, Soldo B. Wealth in middle- and old-age: the role of international migration in Mexico. *Int Migr Rev* 2007; (Spring):127-151.
7. Massey D, Durand J, Malone NJ. *Beyond smoke and mirrors. Mexican immigration in an era of economic integration*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 2002.
8. Wong R, Aysa-Lastra M. Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado. *Estud Demogr Urbanos Col Mex* 2001;16(3).
9. Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. Estudio ENASEM 2001: documento metodológico. Reporte de proyecto. ENASEM, 2004. Disponible en: http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos/Metodologico/Doc_metodologico-v2.pdf
10. Wong R, Higgins ME. Dynamics of intergenerational assistance in middle- and old-age in Mexico. Capítulo 8 en: *The health of aging Hispanics: The Mexican-origin population*. Angel JL, Whitfield KE eds. Springer Publishing Co., 2007:99-120.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estados Unidos Mexicanos: XII censo general de población y vivienda. Tabulados de la muestra censal. México: INEGI, 2000.
12. Resano E, Olaiz G. Las personas de edad 50 y más años. En: Salgado de Snyder N, Wong R eds. *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: INSP; 2003:23-36.
13. Palloni A, Soldo B, Wong R, McEniry M. Health status in a national sample of elderly Mexicans. Presented at Population Association of America Meetings 2003; Minneapolis.
14. Mejía S, Miguel A, Gutiérrez LM, Villa AR, Ostrosky-Solis P. Comparative analysis of cognitive impairment among Mexicans and Spanish-speaking immigrant elders. *J Aging Health* 2006;18(2):292-314.
15. Patel KV, Peek MK, Wong R, Markides KS. Comorbidity and disability in elderly Mexican and Mexican American adults: findings from Mexico and the southwestern United States. *J Aging Health* 2006;18(2):315-329.
16. Wong R, Díaz JJ, Espinoza M. Health care use among elderly Mexicans in the U.S. and in Mexico: the role of health insurance. *Res Aging* 2006;28(3):393-408. (DOI) 10.1177/0164027505285922.
17. Palloni A, Soldo B, Wong R. The accuracy of self reported anthropometric measures and self reported diabetes in nationally representative samples of older adults in Mexico. Presented at Population Association of America Meetings 2003; Minneapolis.
18. National Research Council. *Preparing for an aging world: the case for cross-national research, panel on a research agenda and new data for an aging world*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.
19. Wong R, Peláez M, Palloni A, Markides KS. Survey data for the study of aging in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health* 2006;18(2):157-179.
20. Hermlin A comp. *The well-being of the elderly in Asia: a four-country comparative study*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.