



AARP®



RAND  
CORPORATION



Centro  
Fox



OCTUBRE 2011

# ENVEJECER EN MÉXICO: Condiciones de Vida y Salud

Emma Aguila • Claudia Díaz • Mary Manqing Fu • Arie Kapteyn • Ashley Pierson

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

*Envejeciendo en México: Condiciones de Vida y Salud* fue patrocinado conjuntamente por AARP, Centro Fox, y Rand Corporation, para fomentar en los sectores público y privado el encontrar soluciones para mejorar el bienestar de las personas mayores en México.

**Library of Congress Control Number: 2011940647**

ISBN: 978-0-8330-5945-1

**AARP** es una organización sin fines de lucro, no partidaria, compuesta por socios, que ayuda a las personas de 50 años o más a mantener su independencia, sus opciones y el control sobre sus vidas, de manera que sean beneficiosas y económicamente viables para ellas y para la sociedad en su conjunto.

**RAND Corporation** es una organización sin fines de lucro dedicada a la investigación, y proporciona análisis objetivos y soluciones efectivas que abordan los desafíos que enfrentan los sectores privados y públicos en todo el mundo. Las publicaciones de RAND no necesariamente reflejan las opiniones de sus patrocinadores y clientes de estudios de investigación.

**El Centro Fox** es una asociación civil fundada en el 2006 conformada por una Asamblea del Consejo de Administración y el Consejo Directivo. El Centro Fox está situado en el corazón de la República Mexicana, está ubicado en la comunidad de San Cristóbal, en el estado de Guanajuato. El Centro Fox es el primero y único en su tipo, ya que se construye sobre el legado y el espíritu de la democracia en México. El Centro Fox es un espacio dedicado al ejercicio de descubrir y potenciar el liderazgo que todos llevamos dentro: "Todos somos líderes".

**AARP®** y **RAND®** son las marcas comerciales registradas.

© Copyright 2011 AARP, RAND Corporation, Centro Fox

Se otorga permiso para la copia de este documento únicamente para uso personal, siempre y cuando no sea alterado y este en su versión completa. Las copias no pueden ser utilizadas para fines comerciales. La publicación en la web no autorizada esta prohibida.

AARP  
601 E Street NW  
Washington, DC 20049

URL: <http://www.aarp.org>

Teléfono:  
Llamada gratis nacional en español:  
877-342-2277

Llamada internacionales: +1-202-434-3525

Email: [socios@aarp.org](mailto:socios@aarp.org)

The RAND Corporation  
1776 Main Street, P.O. Box 2138,  
Santa Monica, CA 90407-2138

1200 South Hayes Street,  
Arlington, VA 22202-5050

4570 Fifth Avenue, Suite 600,  
Pittsburgh, PA 15213-2665

URL: <http://www.rand.org>

To order RAND documents or to  
obtain additional information, contact  
Distribution Services:  
Telephone: (310) 451-7002  
Fax: (310) 451-6915  
Email: [order@rand.org](mailto:order@rand.org)

Centro Fox  
Carretera Leon-Cueramaro Km13  
San Francisco del Rincon, Guanajuato  
CP 36440, México

URL: <http://www.centrofox.org.mx>

Teléfono: 01 (476) 757 0303 / 0280

Email: [web@centrofox.org.mx](mailto:web@centrofox.org.mx)  
[investigacion@centrofox.org.mx](mailto:investigacion@centrofox.org.mx)

## **PRÓLOGO**

México está experimentando un cambio demográfico importante originado por un descenso en la tasa de natalidad y los avances en las condiciones de vida, la salud y la tecnología que, a su vez, han aumentado la esperanza de vida de los adultos mayores. La realidad actual ofrece una oportunidad única para reformar y adaptar las políticas en materia de seguridad social, ahorro, salud y empleo antes de que las generaciones más grandes (*Baby Boom Generation*) en México comiencen a jubilarse en el año 2040. Para poder hacerlo es preciso evaluar la situación actual. Este estudio describe la seguridad económica, el estado de salud y la cobertura de los servicios de salud de los adultos mayores en México, además de plantear recomendaciones respecto a las políticas que podrían conducir a un análisis más a fondo de las opciones propuestas.

Se revisó la bibliografía de varias disciplinas, incluidas economía, demografía y salud se realizaron algunos análisis con los datos disponibles sobre el tema. La introducción de la monografía describe el alcance, la metodología y la organización del estudio. La segunda sección explora la transición demográfica y epidemiológica que México está experimentando con un enfoque en la pobreza y la vejez. La tercera sección describe los sistemas de pensiones y de salud en México para los trabajadores de los sectores formal e informal de la economía. En la cuarta sección de la monografía se analizan las diversas fuentes de ingresos de las que dependen los adultos mayores del país, entre otras: los ingresos laborales, los ingresos por negocios, las transferencias de familiares, las remesas, además de los ingresos por bienes y propiedades, a efectos de caracterizar la seguridad económica en las edades más avanzadas. La quinta sección aborda los vínculos entre el estado de salud, la cobertura de los servicios de salud y el ingreso entre los adultos mayores. La última sección presenta recomendaciones para mejorar la seguridad económica y la salud de las personas de la tercera edad en México a través de más investigación y reformas a las políticas de áreas específicas.

La presente monografía puede ser de interés para las autoridades encargadas de la formulación de políticas, para el sector privado y para los residentes de México, Estados Unidos y otros países que atraviesan por una transición demográfica semejante. El trabajo fue patrocinado conjuntamente por el Centro Fox, la AARP y RAND Corporation, con el propósito de incentivar a los sectores público y privado a encontrar soluciones que mejoren el bienestar de los adultos mayores en México.

Los autores del presente informe se presentan en orden alfabético. Preguntas o comentarios sobre este informe deberán dirigirse a los líderes del proyecto:

Emma Aguila  
RAND Corporation  
1776 Main Street, Santa Monica, CA 90401-3208  
310-393-0411 ext. 6682  
Emma\_Aguila@rand.org

Arie Kapteyn  
RAND Corporation  
1776 Main Street, Santa Monica, CA 90401-3208  
310-393-0411 ext. 7973  
kapteyn@rand.org

**ÍNDICE**

<b>PRÓLOGO.....</b>	<b>II</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>V</b>
S.1 Objetivo, alcance y enfoques del estudio.....	v
S.2 Hallazgos .....	vii
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>XIII</b>
<b>ABREVIACIONES .....</b>	<b>XV</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Alcance del estudio .....	1
1.2 Metodología .....	2
1.3 Organización del presente informe.....	2
<b>2 LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y LA POBREZA .....</b>	<b>3</b>
2.1 El envejecimiento: Transición demográfica y epidemiológica.....	3
2.2 La pobreza en la vejez.....	10
2.3 Resumen de los cambios demográficos y la pobreza.....	16
<b>3 LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y DE SALUD EN MÉXICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 El sistema para los trabajadores del sector formal.....	17
3.2 El sistema para los trabajadores del sector informal.....	21
3.3 Instrumentos de ahorro privados .....	25
3.4 La prestación de atención médica.....	26
3.5 Resumen de los sistemas de pensiones y salud en México.....	31
<b>4 LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ.....</b>	<b>32</b>
4.1 Fuentes de ingresos de los adultos mayores mexicanos.....	33
4.2 Transferencias de familiares .....	35

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

4.3	Remesas provenientes de los hijos y nietos.....	47
4.4	Ingresos provenientes de salarios .....	52
4.5	Ingresos provenientes de pensiones .....	60
4.6	Ingresos provenientes de negocios .....	64
4.7	Ingresos provenientes de bienes y propiedades.....	69
4.8	Resumen de la seguridad económica en la vejez .....	71
<b>5</b>	<b>EL NIVEL SOCIOECONÓMICO, EL ESTADO DE SALUD Y EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS EN LA VEJEZ.....</b>	<b>72</b>
5.1	La salud y la pobreza en México.....	72
5.2	Microanálisis: El estado de salud, los seguros de gastos médicos, el ingreso y la riqueza .....	74
5.3	Gastos en salud .....	82
5.4	Resumen del estado de salud y el seguro de gastos médicos en la vejez.....	87
<b>6</b>	<b>OPCIONES DE POLÍTICAS PARA AUMENTAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO.....</b>	<b>88</b>
6.1	Ampliar la red de protección de los adultos mayores .....	89
6.2	Fomentar el ahorro para el retiro.....	90
6.3	Mejorar el estado de salud y ampliar la cobertura de los seguros de gastos médicos .....	91
6.4	Integrar al sistema de seguridad social a los migrantes que regresan a México.....	92
6.5	Fortalecer los conocimientos para y sobre la vejez .....	93
6.6	Establecer un plan nacional de seguridad social.....	93
6.7	Comentarios finales .....	93
	<b>APÉNDICE.....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>

## **RESUMEN EJECUTIVO**

México está experimentando un cambio demográfico sin precedentes que se advierte en un aumento acelerado de la población que envejece, a consecuencia del descenso en la tasa de natalidad y el aumento en la esperanza de vida. Los estudios demuestran que la tasa de natalidad, que ha disminuido notablemente desde 1960, seguirá disminuyendo en las décadas por venir y los rápidos avances en las condiciones de vida, la salud y la tecnología están prolongando la esperanza de vida entre la población mexicana de edad avanzada. Es de suma importancia que tanto las autoridades encargadas de la formulación de políticas, como el sector privado y los ciudadanos comprendan la complejidad del fenómeno del envejecimiento de la población en México. Debido a la presencia de las generaciones más grandes (*Baby Boom Generation*) en el mercado laboral del país, la realidad actual ofrece una ventana de oportunidades para adaptar las políticas en materia de pensiones, salud, empleo en el sector formal y ahorro para el retiro, antes de que estas generaciones, nacidas entre 1980 y 2005, comiencen a jubilarse en 2040.

El Centro Fox, la AARP y RAND Corporation patrocinaron conjuntamente este estudio para concretar una aportación al debate de las políticas, mediante la presentación del estado actual de la seguridad económica, el estado de salud y la prestación de los servicios de salud para los adultos mayores, así como para incentivar una participación más activa de los sectores público y privado en la búsqueda de soluciones que mejoren el bienestar de los adultos mayores en México.

### **S.1 Objetivo, alcance y enfoques del estudio**

Una población que envejece cada vez más rápido puede ejercer presión sobre los sistemas de pensiones y los servicios de salud tradicionales. El objetivo de este estudio es principalmente hacer una evaluación de la situación actual de México analizando la información disponible en la primera década del siglo XXI. En algunos casos se muestran series de tiempo históricas o proyectadas para el futuro y se comparan los resultados de México con los de otros países para obtener el contexto del análisis. El alcance de este estudio consiste en ofrecer una descripción concisa de una serie de condiciones importantes sobre la situación de los adultos mayores en el país:

- Grupos sociales menos y más vulnerables a la pobreza.
- Nivel socioeconómico de la población de mayor edad.
- Estructura de los programas de seguridad social vigentes.
- Instrumentos privados disponibles como alternativa del ahorro para el retiro.
- Estado actual de la prestación de servicios de salud y de la cobertura de los seguros de gastos médicos.
- Fuentes de ingresos a edades más avanzadas mientras se está empleado y durante la jubilación.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Función de las remesas y las transferencias de familiares como fuentes de ingresos en la jubilación.
- Condiciones de salud, cobertura de los servicios de salud y gastos en salud de la población de mayor edad.

También se abordan las posibles vías para mayor investigación y análisis de las políticas en México. En el capítulo final se sugiere una serie de recomendaciones en materia de políticas, que podrían motivar un trabajo posterior sobre los enfoques orientados a la mejora de la seguridad económica y el estado de salud de los adultos mayores en el país. Esperamos que esta publicación genere más debates y análisis sobre las políticas referentes al tema.

Para elaborar este estudio revisamos la bibliografía pertinente y realizamos algunos análisis utilizando datos provenientes de encuestas. Fundamentamos nuestro trabajo principalmente en el conjunto de datos más idóneo y reciente que hoy se encuentra disponible sobre esta temática: el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) lo complementamos con otras fuentes cuando fue pertinente. El ENASEM es un estudio longitudinal representativo a nivel nacional de mexicanos nacidos antes de 1951 y comprende dos encuestas de datos recopilados en 2001 y 2003. En el presente estudio se utilizaron los datos de 2001.

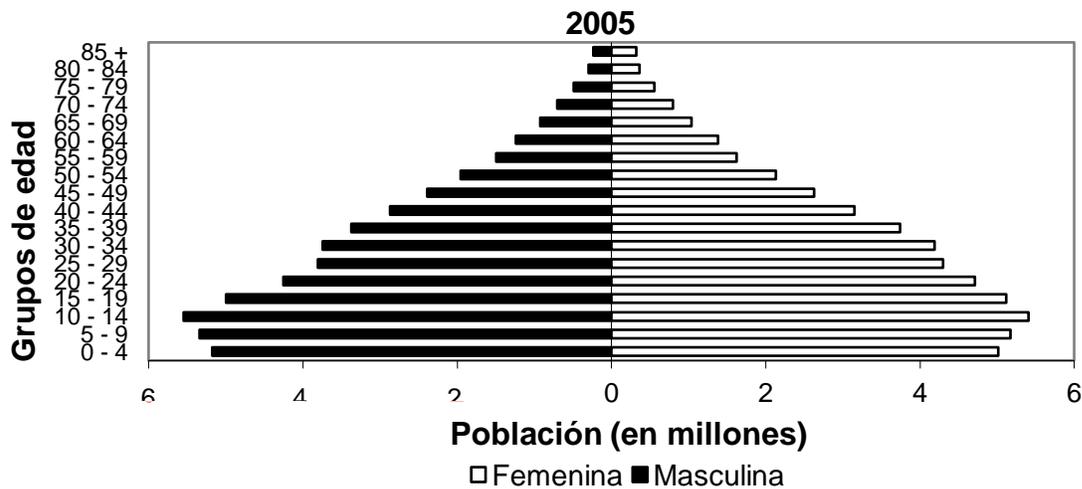
## S.2 Hallazgos

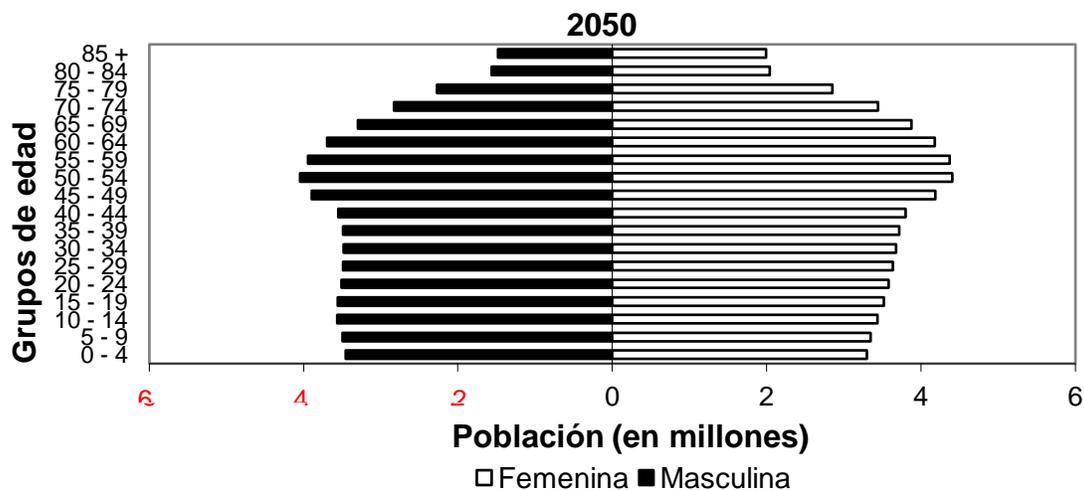
### *La población mexicana está envejeciendo y la incidencia de enfermedades crónicas está aumentando*

La esperanza de vida al nacer de los mexicanos aumentó de 36 a 74 años entre 1950 y 2000 y se prevé que siga aumentando; se presume que para el año 2050 será de 80 años. Al mismo tiempo, México ha experimentado una disminución constante de la fertilidad, al pasar de un promedio de 7 hijos por mujer en 1960 a 2.4 en 2000. Las tasas de natalidad se redujeron de 46 nacimientos por cada mil habitantes en el año 2000. Los efectos que han provocado las reducidas tasas de natalidad y una mayor esperanza de vida sobre la composición de la población mexicana se ilustran en la Gráfica S.1; las pirámides de población revelan una transformación paulatina a partir de la Gráfica triangular del año 2005, que se caracteriza por el paso de una gran población joven a una mucho más rectangular para el año 2050, lo que implica una mayor población de adultos mayores.

En 2008, México ocupó el decimoquinto lugar con al menos 6.7 millones de personas de 65 años de edad en adelante. La población de adultos mayores en México se está multiplicando rápidamente, con un aumento previsto de 232% para el año 2040, además de vislumbrarse un aumento mayor al de otros 10 países de América Latina, incluyendo Brasil, Perú y Guatemala. Se prevé que Estados Unidos experimente un aumento del 107% en el mismo periodo de tiempo.

**Gráfica S.1**  
**Pirámides de la población mexicana: 2005 y 2050**





*Fuente:* CONAPO (Consejo Nacional de Población), Proyecciones de la población de México de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades (2005–2050) (CONAPO, 2008), disponible en [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36&Itemid=234](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234) Population%20projections

Se registran cambios en los patrones de enfermedades que están relacionados con el aumento en el número de adultos mayores en México. En vista de que se ha prolongado la vida de las personas, las enfermedades crónicas y degenerativas, además de la discapacidad, son mucho más frecuentes que en décadas anteriores. En 1990, las enfermedades no transmisibles provocaron el 57.8% de los fallecimientos; cifra que aumentó a 73.8% en 2004.

Estas transiciones demográficas y epidemiológicas plantean interrogantes sobre la sostenibilidad de los sistemas actuales para ofrecer seguridad económica y atención médica a los adultos mayores del país.

### ***Los adultos mayores en México son vulnerables a la pobreza***

Según la medida de la pobreza alimentaria en México, para 2001 aproximadamente el 20% de la población vivía en la pobreza y esta cifra aumenta a casi el 30% entre las personas de 65 años de edad en adelante. Los adultos mayores que viven en las zonas rurales son especialmente vulnerables, ya que suelen carecer de los ingresos laborales y la cobertura del sistema de seguridad social de los que gozan los adultos mayores que viven en la ciudad. El género también desempeña un papel importante en esta población: los hombres afrontan un mayor riesgo de pobreza que las mujeres, posiblemente por la mayor probabilidad de que éstas reciban apoyo familiar en la vejez.

### ***Las pensiones y la cobertura de los servicios de salud dependen del tipo de trabajo realizado previamente***

En México, los actuales sistemas de pensiones y de salud están estructurados de tal manera que incluyen diferencias en la cobertura. Los trabajadores afiliados al sistema de seguridad social hacen aportaciones para la pensión y la atención médica que reciben de su respectiva institución de seguridad social. Sin embargo, las tasas de cobertura de la seguridad social son bajas, no sólo en comparación con países de la OCDE, sino también con muchos otros de América Latina. En México, las aportaciones al sistema de seguridad social no son obligatorias para los trabajadores

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

por cuenta propia. En consecuencia, los no asegurados se encuentran en el sector informal de la economía, el cual se compone de trabajadores por cuenta propia o trabajadores que no hacen aportaciones al sistema de seguridad social.

Menos de la mitad de los adultos mayores en México recibe la cobertura del sistema de seguridad social que ofrece pensiones y atención médica a quienes trabajaron previamente durante un periodo suficiente para tal efecto en los sectores público o privado dentro del empleo formal. Los trabajadores del sector privado formal están cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Un subconjunto del sector formal se compone de los empleados públicos, que están asegurados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 2009, el ISSSTE atendió al 6% de la población mexicana asegurada y el IMSS atendió aproximadamente el 40%.

En el caso del resto de los adultos mayores empleados antes o actualmente dentro del enorme sector informal, las redes de protección del ingreso y de la salud varían. Los programas de pensiones no contributivas y de protección se introdujeron en México en 2001 para el creciente segmento de la población que llega a la edad de jubilación sin cobertura de seguridad social. Un programa de atención médica para los no asegurados que se ha incrementado considerablemente en tiempos recientes es el Seguro Popular de Salud (SPS). Con todo, en vista de que los programas de protección aún no son universales, para muchos adultos mayores el acceso a la seguridad económica y a los servicios de salud sigue siendo una preocupación.

### ***El sector informal incluye una alta proporción de la fuerza laboral en México***

Para el año 2005, el sector informal en el país representaba aproximadamente el 58% de la fuerza laboral. Dado que estas personas generalmente no tienen seguridad económica ni cobertura de atención médica en la edad de jubilación, con frecuencia continúan trabajando para su propia manutención y la de sus familias, lo que contribuye a que el país registre una edad efectiva de jubilación mayor.

### ***Muchos mexicanos mayores trabajan después de la edad convencional de jubilación***

Entre los países de la OCDE, México se destaca por tener la edad efectiva de jubilación más avanzada: 72.2 años en promedio en el caso de los hombres; y 69.5 en el caso de las mujeres. Por su parte, la OCDE reportó para 2010 una edad oficial de jubilación en promedio fue de 63.1 años para las mujeres y 64.4 para los hombres. Los patrones de jubilación en México revelan que alrededor de 46% de los hombres y 15% de las mujeres de 65 años de edad en adelante permanecieron en la fuerza laboral en 2006.

En 2000, uno de cada cuatro hombres en México todavía trabajaba a los 80 años de edad. Las mujeres tienen menos probabilidades de participar en el mercado laboral durante su vida y también de trabajar fuera del hogar en la vejez. No obstante, tienen más probabilidades que los hombres de recibir el apoyo financiero de sus hijos, incluyendo las remesas.

### ***Las fuentes informales de ingresos son importantes para los adultos mayores mexicanos***

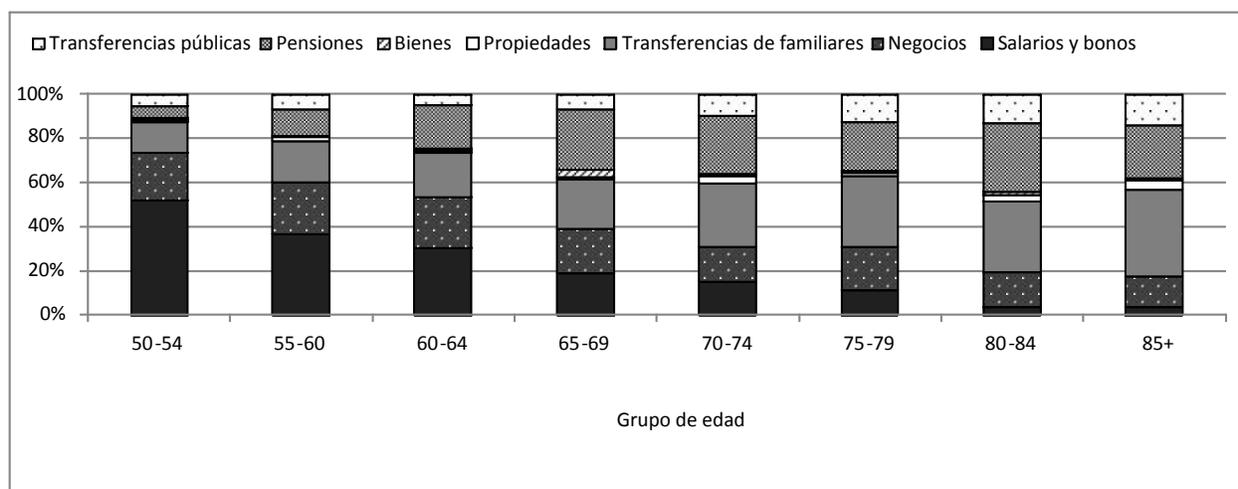
La Gráfica S.2 muestra las fuentes de ingresos de los adultos mayores. Las transferencias de familiares y las pensiones (incluyendo las pensiones públicas y privadas) adquieren mayor relevancia a medida que las personas envejecen. A partir de los 70 años de edad, las transferencias de familiares, incluyendo las remesas, son el componente más importante del ingreso. Las transferencias públicas, incluyendo las pensiones no contributivas, tienen un papel

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

menor y llegan a ser importantes en las edades más avanzadas. Después de los 85 años, los salarios e ingresos por negocios todavía representan más del 10% del ingreso. En general, los datos nos permiten advertir un panorama dominante en el que las pensiones tienen una importancia modesta y a diferencia de los mecanismos informales –las transferencias de familiares o el trabajo a edades más altas– que procuran la mayor parte del ingreso de los adultos mayores.

### Gráfica S.2

#### Fuentes de ingresos por rango de edad, 2001



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores. Mexican Health and Aging Study (MHAS)/Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu>

### *Las remesas provenientes de los hijos que trabajan en el extranjero constituyen para muchos una fuente importante de ingresos*

Las transferencias de familiares, sobre todo las remesas provenientes de los hijos que trabajan en Estados Unidos, desempeñan un papel crucial en la manutención de los adultos mayores de México. Según el ENASEM, entre los adultos mayores que reciben ayuda de sus hijos, el 16.2% la recibe en remesas. Las remesas representan casi el 60% del ingreso bruto de sus destinatarios.

### *La salud de las personas de la tercera edad depende de muchos factores*

El bienestar físico de una persona se relaciona con su nivel socioeconómico (NSE), sexo, estado civil y empleo. Estos factores también influyen en los tipos de servicios de salud que se buscan y en lo que está disponible.

La distribución geográfica de la pobreza en México se asocia con indicadores de un estado de salud deficiente. Los grupos étnicos que por lo general tienen un NSE bajo, especialmente los indígenas, también enfrentan problemas de salud distintos a los de los grupos con mayor NSE. Estudios previos han concluido que el nivel de escolaridad es uno de los pocos factores que se relacionan consistentemente con la buena salud en la mediana edad y posteriormente.

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

En México, las condiciones económicas de una gran parte de las personas se deterioran considerablemente después de llegar a la edad de jubilación y continúan empeorando a medida que envejecen. Por tanto, los adultos mayores son especialmente vulnerables a los riesgos de salud relacionados con la pobreza y una baja calidad de vida.

Los adultos mayores con seguro de gastos médicos tienen más probabilidades de autoevaluar su estado de salud como excelente, muy bueno o bueno (43.8% entre los asegurados frente a 32.8% entre los no asegurados) y son menos propensos a sufrir una embolia cerebral (2.2 contra 3.0%), padecer artritis (17.2 contra 23.1%) y tener limitaciones en las actividades de la vida diaria (4.9 contra 9.4%). Sin embargo, tienen más probabilidades de que se les diagnostique diabetes (17.8 contra 13.0%) y ser obesos (20.0 contra 12.5%). Aproximadamente 37% de los adultos mayores reportaron tener hipertensión.

Los migrantes de largo plazo que regresan a México (los que permanecieron en Estados Unidos más de un año y volvieron a México) registran una media y una mediana de ingresos familiares y de patrimonio neto más altas que los migrantes de corto plazo (los que permanecieron en Estados Unidos menos de un año y volvieron a México) y los no migrantes. Los hombres migrantes de corto plazo que regresan a México y los hombres no migrantes tienen mayor cobertura de seguro de gastos médicos otorgado por las instituciones de seguridad social que los hombres migrantes de largo plazo.

### ***Los gastos en salud varían según la edad***

Los gastos médicos comprenden principalmente las visitas al médico y los procedimientos ambulatorios, en especial cuando las personas se acercan a la tercera edad. Los que están en el extremo inferior de la distribución del ingreso generalmente gastan menos en servicios comparados con los más ricos, aunque dichos gastos no muestran un gradiente claro con el ingreso. La condición de derechohabiente del sistema de seguridad social se relaciona con una reducción al año de los gastos de bolsillo de 860 pesos en promedio (121 USD a la paridad del poder adquisitivo o PPA de 2005), debido al acceso a los servicios de salud de dicho sistema.<sup>1</sup> Algunos de estos gastos de bolsillo se pagan justamente con las transferencias de familiares y las remesas.

### ***Algunas opciones de políticas para mejorar las condiciones de vida en la tercera edad y el estado de salud en México***

Las observaciones descritas sugieren una serie de orientaciones que pueden integrarse a las políticas a fin de mejorar las condiciones de vida, la seguridad económica y el estado de salud entre los adultos mayores del país, tales como:

- Ampliar la red de protección para los adultos mayores mediante el otorgamiento de pensiones básicas no contributivas. Es importante desarrollar mecanismos para focalizar de manera adecuada programas sociales a los adultos mayores en situación de pobreza. Los mecanismos tradicionales para focalizar programas sociales a las personas en edad laboral con un ingreso estable, no podrían aplicarse en el caso de muchos adultos

---

<sup>1</sup> El tipo de cambio de la PPA de pesos mexicanos a dólares estadounidenses (USD) en el año 2005 fue de 7.126862 (utilizando estadísticas de la OCDE).

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

mayores que perciben ingresos esporádicos y con frecuencia dependen de las transferencias de familiares, como se muestra en este estudio.

- Fomentar el ahorro para el retiro mediante las siguientes iniciativas: la ampliación de la cobertura de los programas de seguridad social financiados; promoción de los instrumentos privados de ahorro; obligatoriedad de la inscripción en el sistema de seguridad social (pensiones y atención médica) para los trabajadores por cuenta propia; observar un mejor cumplimiento de las aportaciones al sistema de seguridad social en el caso de los trabajadores de las empresas registradas en el sistema tributario y desarrollar nuevos productos para el ahorro.
- Mejorar el estado de salud y ampliar la cobertura de atención médica a través de una mayor cobertura del sistema de seguridad social.
- Integrar al sistema de seguridad social a los migrantes que regresan a México, sobre la base de que puedan hacer aportaciones al seguro social mexicano mientras trabajan en el extranjero y a través de la transferibilidad de las prestaciones.
- Ofrecer una mayor orientación financiera para ayudar a los mexicanos a planear su jubilación.
- Establecer un organismo nacional que supervise el sistema de seguridad social en México y mejore la eficacia en la formulación de políticas al respecto.

La transición demográfica en México aunada a la falta de fuentes formales de ingresos durante la edad de jubilación pone a muchos adultos mayores en riesgo de inseguridad económica. La información contenida en el presente estudio y las recomendaciones planteadas en materia de políticas para llevar a cabo un análisis más a fondo tienen por objeto ampliar la gama de opciones para los mexicanos de la tercera edad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a María Fernanda Alva, Luisa Blanco, Gabriela Castro, Michelle Dávalos, Jessica Frank, Kate Giglio, David Loughran, Homero Martínez, Norely Martínez, Lisa Miyashiro, Isela Rodríguez, Caroline Tassot, Yvonne Torres, Tina Jo Valentin y a los revisores anónimos por su apoyo y sus valiosas sugerencias. El documento original fue escrito en inglés y agradecemos a Peritos Traductores, S.C. por llevar a cabo la traducción al español y en especial a Beatriz Meza por la coordinación de este esfuerzo.

La AARP, el Centro Fox y RAND Corporation trabajaron en conjunto con éxito y eficacia preparando la publicación de la presente obra.

Por último, estamos especialmente agradecidos con el ex presidente de México, Vicente Fox y su esposa, Marta S. de Fox, por su visión y confianza en la investigación como instrumento de apoyo para la toma de decisiones y su compromiso respecto al mejoramiento de las condiciones de vida, no sólo de los adultos mayores mexicanos, sino de los adultos mayores de todo el mundo.



## **ABREVIACIONES**

AVD	Actividades de la vida diaria
AFORES	Administradoras de Fondos para el Retiro
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas
DE	Desviación estándar
DWP	UK Department for Work and Pensions (Ministerio del Trabajo y Pensiones del Reino Unido)
ECV	Enfermedades cardiovasculares
ENASEM	Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSE	Encuesta Nacional Sociodemográfica sobre el Envejecimiento
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LISR	Ley del Impuesto sobre la Renta
MCO	Mínimos cuadrados ordinarios
NSE	Nivel socioeconómico
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds ratio (Razón de probabilidades )
PAYG	Pay-as-you-go (sistema de reparto)
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PD	Prestación definida
PIB	Producto Interno Bruto
PMG	Pensión mínima garantizada
PPA	Paridad del poder adquisitivo
PRA	Personal retirement account (Cuenta individualizada de ahorro para el retiro)
PROCAMPO	Programa de Apoyos Directos al Campo
SABE	Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
UDI	Unidades de Inversión
USD	Dólar estadounidense

## **1 INTRODUCCIÓN**

Uno de los principales desafíos que enfrenta México en el nuevo milenio es una población que envejece cada vez más. En el año 2000, la tasa de dependencia de la vejez (número de personas de 65 años de edad en adelante por cada 100 personas de entre 15 y 64 años) fue de 9. Se prevé que para el año 2050 será de más del triple y llegará a 31. La mediana de edad en el año 2000 era de 27 años, pero se espera que aumente a 43 en 2050. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 36 años de edad en 1950 a 74 en 2000; y se prevé que llegue a los 80 años en 2050.

A pesar de que una creciente esperanza de vida constituye un efecto positivo de cambio en el México moderno, es imperioso recordar que una alta proporción de la población que envejece es pobre. Según la medida de la pobreza alimentaria en México, 20% de la población entre los 50 y 65 años de edad era considerada pobre en 2001.<sup>2</sup> Esta cifra se eleva a casi el 30% en el caso de las personas de 65 años en adelante. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México (INEGI, 2005) ubica a los adultos mayores como grupo de población vulnerable.

El presente estudio contribuye a la comprensión de los factores que influyen en el bienestar de las personas de 50 años de edad en adelante, además de ofrecer algunas recomendaciones para posibles cambios y áreas de investigación en temáticas tales como cobertura de pensiones, seguro de gastos médicos, productos para el ahorro y las pensiones, entre otras. Se analizan la riqueza y las fuentes de ingresos en la etapa de jubilación, la relación entre la salud y la riqueza, las desigualdades urbanas y rurales, además de las repercusiones que los periodos migratorios hacia Estados Unidos tienen sobre la acumulación de la riqueza y los seguros de gastos médicos.

### **1.1 Alcance del estudio**

Las poblaciones que están envejeciendo en todo el mundo se enfrentan a desafíos específicos, pero los ciudadanos mexicanos encaran presiones adicionales únicas en los ámbitos social y financiero que son propias del país. Se describen algunos de los principales factores que definen el bienestar material de las personas de la tercera edad en México con información disponible para la primera década del siglo XXI. En algunos casos se muestran series de tiempo históricas o proyectadas a futuro y se comparan los resultados de México con los de otros países para obtener el contexto del análisis. El alcance de este estudio radica en ofrecer una descripción concisa de los siguientes elementos:

- Grupos sociales menos y más vulnerables a la pobreza.
- Nivel socioeconómico de la población de mayor edad.
- Estructura de los programas de seguridad social vigentes.
- Instrumentos privados disponibles como alternativa del ahorro para el retiro.

---

<sup>2</sup> CONAPO utiliza la canasta básica de alimentos como indicador para medir la pobreza alimentaria.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Estado actual de la prestación de servicios de salud y de la cobertura de los seguros de gastos médicos.
- Fuentes de ingresos a edades más avanzadas mientras se está empleado y durante la jubilación.
- Función de las remesas y las transferencias de familiares como fuentes de ingresos en la jubilación.
- Condiciones de salud, cobertura de los servicios de salud y gastos en salud de la población de mayor edad.

Nuestro análisis se fundamenta principalmente en datos de encuestas para examinar la seguridad económica de la población de mayor edad en México y los factores que definen el estado de salud y la cobertura de los seguros de gastos médicos.

### **1.2 Metodología**

La meta de este informe es ofrecer un panorama de la situación de los adultos mayores en México durante la primera década del siglo XXI y comentar las consecuencias que de él se derivan, destacando asimismo tanto las posibles soluciones en materia de políticas, como las temáticas para ulteriores investigaciones que puedan beneficiar a las generaciones actuales y futuras de adultos mayores. Ofrecemos una visión global de la situación de los adultos mayores con una explicación de los sistemas de pensiones y de salud en México, ubicando al país en el contexto internacional mediante la combinación de una revisión bibliográfica y un análisis con fuentes de información originales. Llevamos a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema, derivado de lo cual citamos en el documento el material más pertinente para México. Efectuamos la búsqueda de información a partir de diversas fuentes internacionales: la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) –de la que México es miembro–, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Pew Hispanic Center (Centro Hispano Pew) y la Base de Datos Internacional de la U.S. Census Bureau (Oficina del Censo de Estados Unidos), con el fin de colocar a México en el contexto internacional y latinoamericano. También desarrollamos nuestro propio análisis del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), que constituye un estudio de panel representativo a nivel nacional de los mexicanos nacidos antes de 1951 y comprende dos encuestas con datos recopilados en 2001 y 2003. Nuestro trabajo se concentra en los datos de 2001 y utiliza este análisis para complementar la bibliografía y ofrecer una visión más completa de la situación financiera y el estado de salud de los adultos mayores en México. Otros datos sobre México se obtuvieron del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Las fuentes de información utilizadas fueron las más actualizadas al momento de concluir este proyecto de investigación en septiembre de 2011.

### **1.3 Organización del presente informe**

En la sección 2 se abordan los cambios demográficos y la pobreza entre los adultos mayores. En la sección 3 se describe el contexto institucional en México. La sección 4 analiza la seguridad económica en la vejez. La sección 5 examina detalladamente el estado de salud y los seguros de gastos médicos, además de su relación con el nivel socioeconómico. Y la sección 6 concluye con recomendaciones para futuras investigaciones sobre las políticas en México orientadas a atender la seguridad económica en la vejez.

## **2 LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y LA POBREZA**

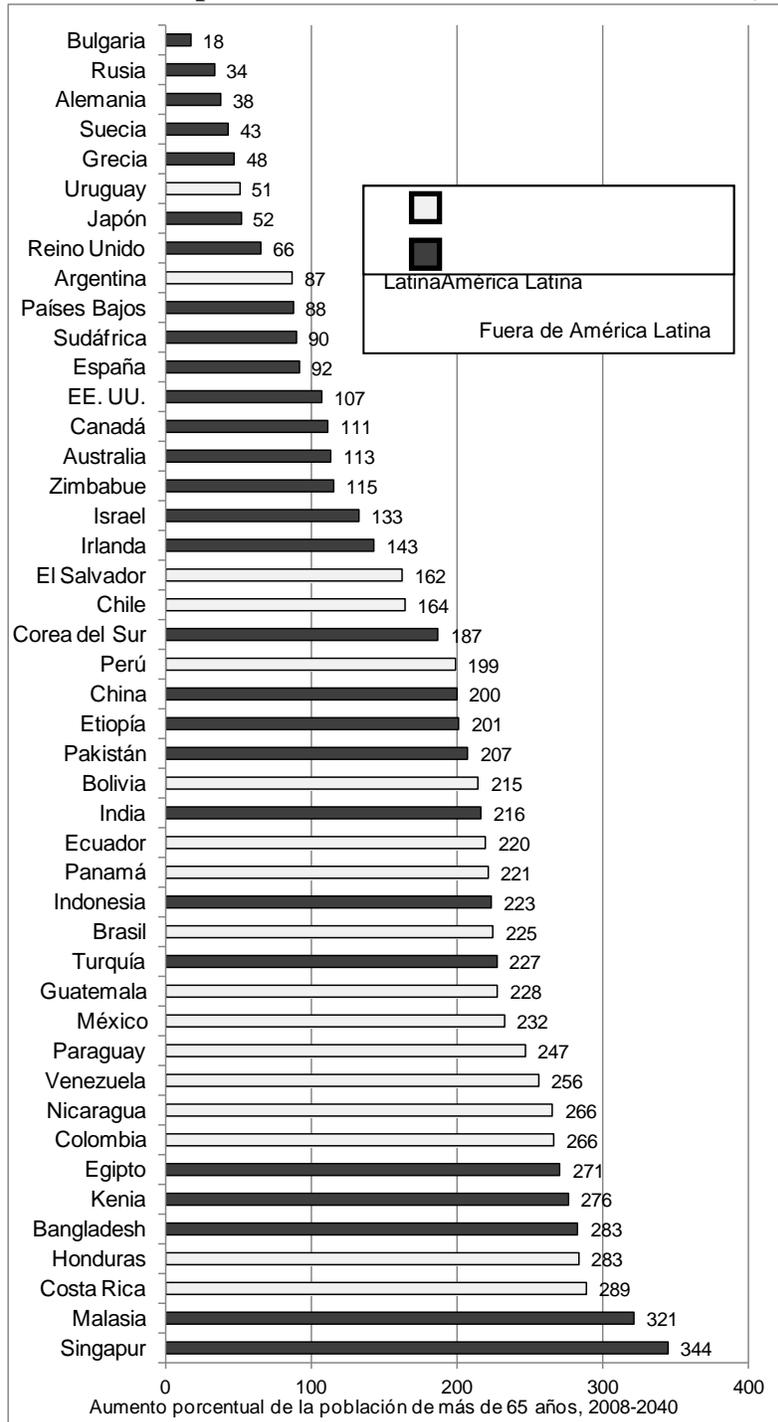
Esta sección aborda la actual transición demográfica y epidemiológica en México y explora los patrones de pobreza en la vejez. El país está experimentando una transición demográfica caracterizada por el rápido envejecimiento de la población, acompañado a su vez por una transición epidemiológica consistente en una menor frecuencia de las enfermedades infecciosas y una mayor ocurrencia de los padecimientos crónicos. En esta sección se compara a México con otros países de América Latina y de la OCDE, utilizando la Base de Datos Internacional de la U.S. Census Bureau (Oficina del Censo de Estados Unidos) y las series de Indicadores Sociales de la OCDE, con el fin de analizar los indicadores propios del envejecimiento y la pobreza. También utilizamos los datos del CONAPO para mostrar las pirámides de población histórica y proyectada para el país.

### **2.1 El envejecimiento: Transición demográfica y epidemiológica**

La población de mayor edad de México se ubica entre las que están creciendo más rápidamente en el mundo. A partir del año 2008, México ocupa el decimoquinto lugar mundial en números absolutos de personas de la tercera edad de 65 años en adelante, con 6.7 millones de adultos mayores, atrás de Francia, Alemania, Italia, Rusia, España y el Reino Unido, entre otros. Esto equivale a aproximadamente el 6.1% de la población total del país; y se prevé que esta cifra aumente en 2040 hasta alcanzar el 15.5%. La Gráfica 2.1 muestra que la población de mayor edad en México se está multiplicando rápidamente, con un aumento previsto para el año 2040 de 232%, además de pronosticar un aumento mayor al de otros diez países de América Latina, incluyendo Brasil, Perú y Guatemala. Se prevé que Estados Unidos experimente un aumento del 107% en el mismo periodo de tiempo.

**Gráfica 2.1.**

**Aumento porcentual de la población de 65 años de edad en adelante, 2008-2040<sup>3</sup>**



Fuente: Base de Datos Internacional, (Washington, DC:

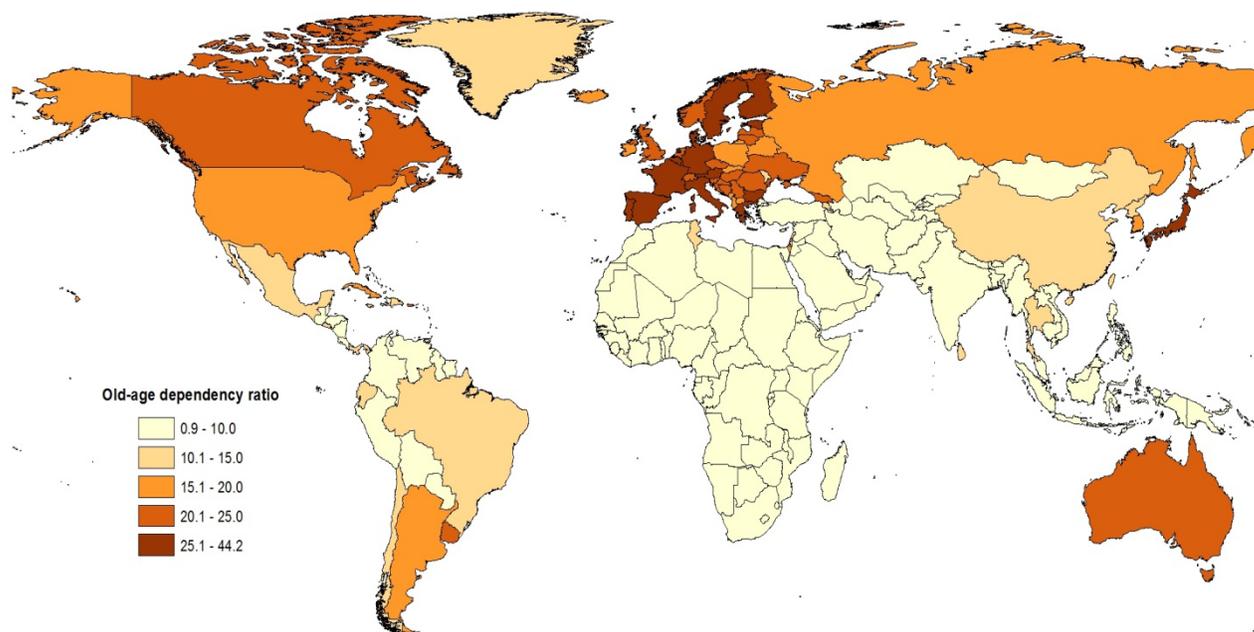
<sup>3</sup> Sólo se muestra una selección de países por limitaciones de espacio.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Oficina del Censo de Estados Unidos, 2011).

En la actualidad, la tasa de dependencia de la vejez en México –número de personas de 65 años de edad en adelante por cada 100 personas de entre 15 y 64 años– es relativamente baja, en comparación con otros países desarrollados. La Gráfica 2.2 muestra que en 2011 las tasas más altas de dependencia de la vejez se encuentran en Europa y Japón, mientras que las más bajas se sitúan en África, Oriente Medio y algunos países de América Latina y Asia.

**Gráfica 2.2**  
**Tasas de dependencia de la vejez en todo el mundo, 2011<sup>4</sup>**



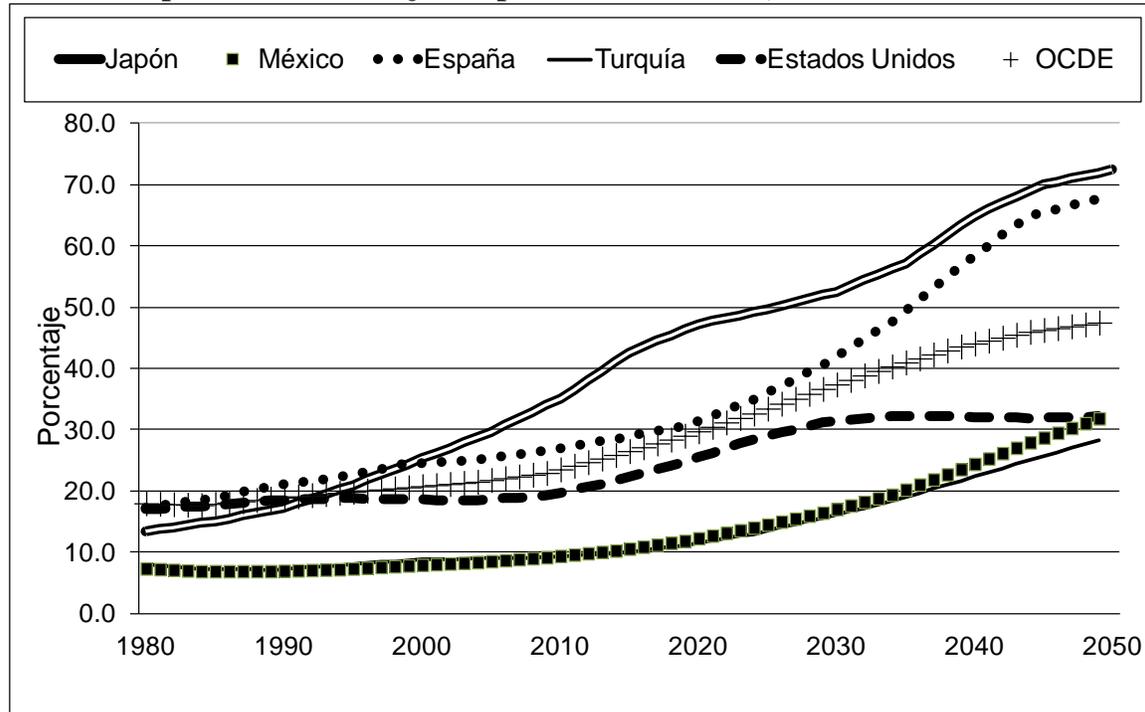
Fuente: Base de Datos Internacional.

La Gráfica 2.3 ilustra las tendencias históricas y proyectadas de las tasas de dependencia de varios países de la OCDE y el promedio de este organismo. La tasa de México, de 7.8 en el año 2000, se habrá elevado a 31.8 para el año 2050, con lo que casi convergerá con la de Estados Unidos que se prevé será de 32.2 para ese mismo año.

<sup>4</sup> Estas tasas de dependencia de la vejez se asemejan a las reportadas por la OCDE, *Society at a Glance 2006 - OECD Social Indicators* (2006) que se muestran en la Gráfica 2.3: México tiene en el año 2011 una tasa de dependencia de la vejez de 10.1 y Estados Unidos de 19.8 en la Gráfica 2.2, en comparación con las proyecciones de la OCDE (2006) para 2011 presentadas en la Gráfica 2.3 donde México registra 9.4 y Estados Unidos 19.7.

Gráfica 2.3

Tasas de dependencia de la vejez en países seleccionados, 1980-2050



Fuente: OCDE, Society at a Glance 2006 - Indicadores Sociales de la OCDE.

### La transición demográfica en México

La transición demográfica es un proceso paulatino en el cual una sociedad cambia de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad. Desde la década de 1960, México, al igual que muchas partes del mundo, ha experimentado una disminución constante en las tasas de natalidad, de 46 nacimientos por cada mil personas en 1960 a 21 por cada mil personas en 2000. Las tasas de fertilidad han caído de un promedio de 7 a 2.4 hijos por mujer en el mismo periodo. Los rápidos avances en salud y tecnología y los significativos avances en las condiciones de vida, contribuyen a una mejora considerable en las tasas de mortalidad. Los datos disponibles de la OCDE muestran que la tasa de fertilidad en 2009 era de 2.1 hijos por mujer y la esperanza de vida al nacer en 2008 era de 75.3. Si se ve hacia el futuro, para el año 2050, la tasa de natalidad prevista (con los cálculos del CONAPO) es de 11.1 nacimientos por cada mil habitantes; la tasa de fertilidad será de 1.85 hijos por mujer; y la esperanza de vida al nacer se ubicará en 80 años: las mujeres vivirán más que los hombres, con 83.6 y 79 años respectivamente. De la misma forma, se prevé que la mediana de edad de 27 años en el año 2000 habrá aumentado a 43 para el año 2050. Estos cambios en las tasas de natalidad y esperanza de vida están provocando una importante transición demográfica en México.

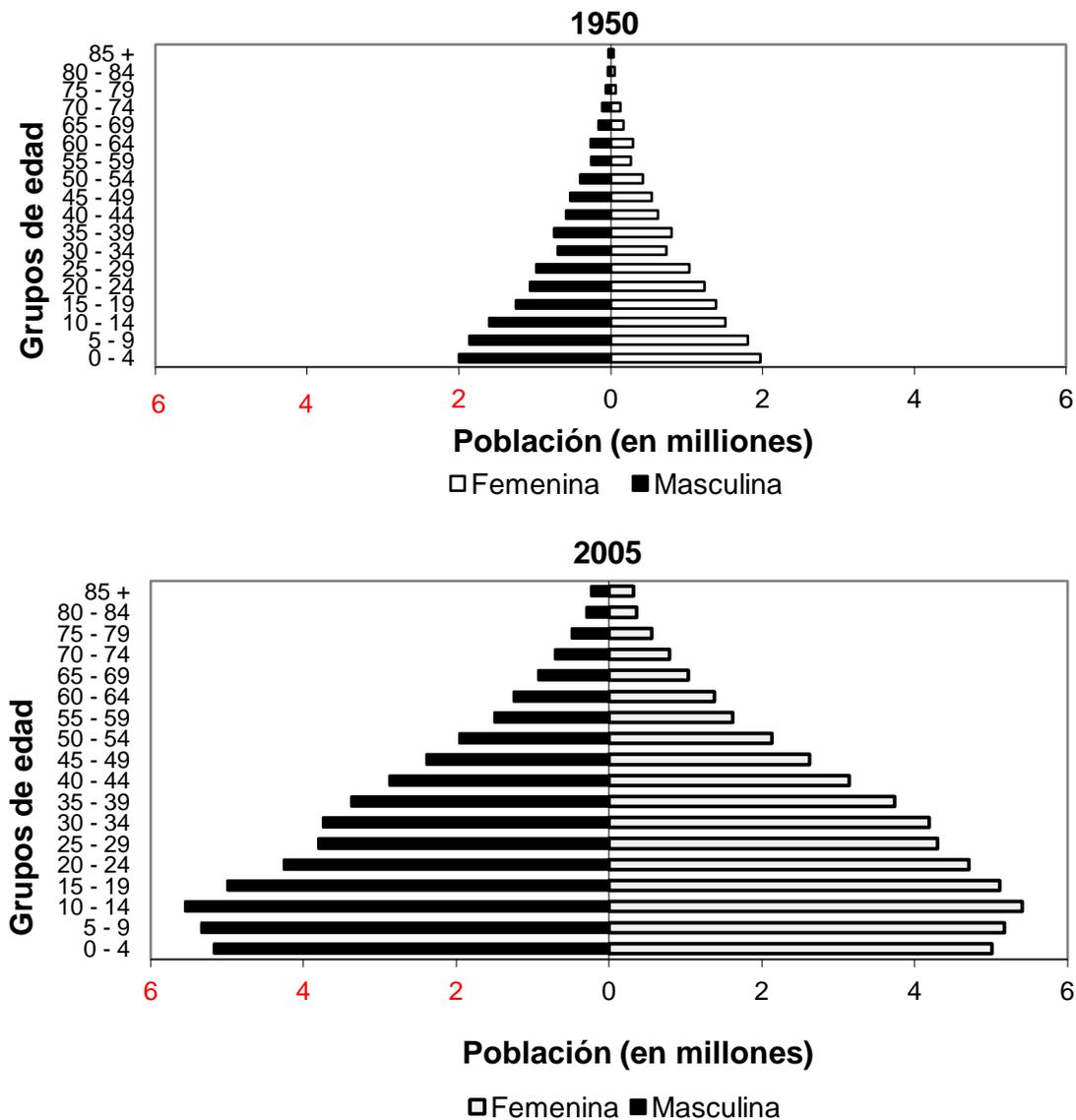
La Gráfica 2.4 ilustra los efectos de menores tasas de natalidad y una mayor esperanza de vida sobre la composición de la población en México. Las pirámides de población revelan una transformación paulatina a partir de la figura triangular del año 1950 que se caracteriza por una gran población joven, a una mucho más rectangular para el año 2050, lo que implica una población más grande de adultos mayores. Las generaciones más grandes (*Baby Boom Generation*) se pueden ver en los grupos de edad

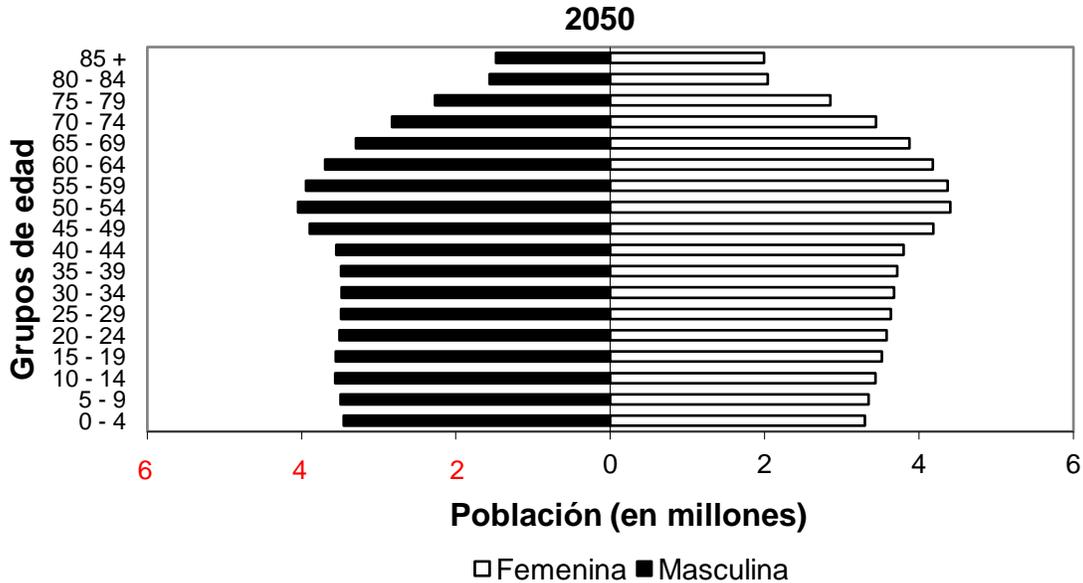
## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

más jóvenes en la pirámide de 2005; esta generación inicia con el aumento de la población visible en el grupo de 20–24 años de edad, llega al punto máximo en el grupo de 10–14 años de edad y disminuye en el grupo de 0–4 años. Para el año 2050 vemos que esta generación asciende en la pirámide para ocupar los grupos de edad de 45–49 años hasta los de 65–69; los tamaños de las cohortes más jóvenes muestran una disminución lenta, lo que le da a la pirámide una forma más rectangular para el grupo de 40–44 años de edad y las cohortes más jóvenes a partir del año 2050.

### Gráfica 2.4

#### Pirámides de la población mexicana, 1950, 2005, 2050





Fuente: CONAPO, Proyecciones poblacionales, 2008.

En la actualidad, la mayor parte de la población de México (alrededor de 72.5 millones de personas: 65.5%) está en edad laboral (15–64 años). El CONAPO prevé que entre 2005 y 2030 habrá una reducción en el número de personas de 15 años o menores y un mayor crecimiento de la población activa. Con fundamento en las predicciones poblacionales (CONAPO, 2008), la generaciones mexicanas más grandes (*Baby Boom Generation*), compuestas por las cohortes nacidas entre 1980 y 2005, comenzarán a jubilarse en el año 2040. La presencia de esta generación en el mercado laboral, ofrece una ventana de oportunidades para adaptar las políticas en materia de pensiones, salud, empleo en el sector formal y ahorro para el retiro, antes de que sus integrantes comiencen a jubilarse. Por el momento, México avista un aumento en la población jubilada y población activa en el futuro cercano.

### ***La transición epidemiológica***

Omran propone tres etapas de las condiciones de salud por las que transitan las sociedades modernas: 1) la "era de la peste y la hambruna", caracterizada por altas tasas de mortalidad inducida por enfermedades infecciosas, una población joven, altas tasas de fertilidad y baja esperanza de vida; 2) la "era de la retracción de las pandemias", en la que disminuyen las tasas de mortalidad principalmente por la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas, el desplome de las tasas de fertilidad y la prolongación de la esperanza de vida; y 3) la "era de las enfermedades degenerativas y artificiales", en parte caracterizada por una transición demográfica –como la experimentada por México y muchos otros países del mundo entero–, en la que las condiciones de alta fertilidad y mortalidad cambian a las de baja fertilidad y mortalidad; y en parte, por una transición epidemiológica en la que las principales causas de muerte cambian de las enfermedades infecciosas y graves a las crónicas y degenerativas. Como consecuencia, más niños llegan a la edad adulta a la vez que se registra una población que

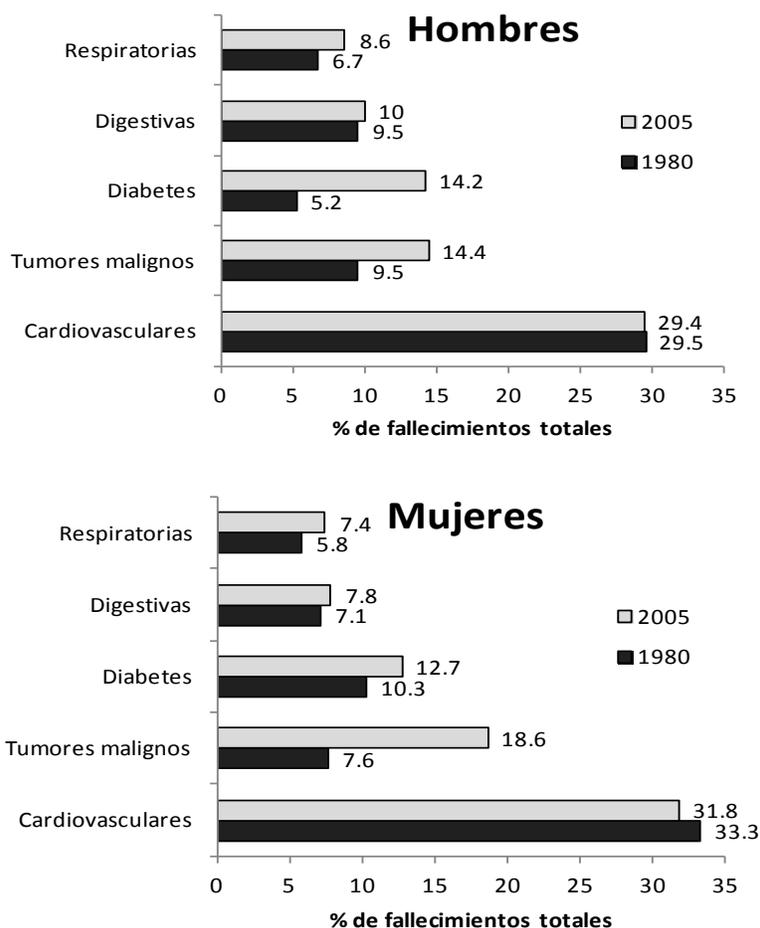
## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

envejece y se caracteriza por una mayor incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas como causas de muerte.

Este patrón es especialmente prominente en América Latina y el Caribe, respecto a los cuales Kinsella y He concluyen, según datos de la OPS que la principal causa de muerte en 26 de 32 países son las enfermedades cardiovasculares (ECV). Desde la década de 1980, México ha sido testigo de una disminución en los fallecimientos provocados por enfermedades infecciosas y parasitosis y de un aumento en los fallecimientos causados por enfermedades crónicas y degenerativas en todos los grupos de edad. En 1990, las enfermedades no transmisibles provocaron el 57.8% de los fallecimientos en México; cifra que aumentó a 73.8% en 2004. La prevalencia de la hipertensión (un factor de riesgo para la cardiopatía) ha aumentado en el país de 26% en 1993 a 30% en el año 2000.

### Gráfica 2.5

#### Principales causas de muerte en México de hombres y mujeres de 60 años de edad en adelante, 1980-2005



Fuente: E. Zúñiga and J. E. García, *El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características*, CONAPO. La situación demográfica de México, 2008, <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>, consultada 24 de Junio, 2011.

Fuente: Zúñiga y García, 2008.

La Gráfica 2.5 muestra las cinco principales causas de muerte entre las personas de 60 años de edad en adelante en México, según cálculos del CONAPO. Las ECV han sido la mayor amenaza para los hombres y las mujeres mexicanos(as) desde 1980; en 2005 fueron la causa del 29.4 y 31.8% de los fallecimientos, respectivamente. El porcentaje de fallecimientos de los adultos mayores provocados por tumores malignos se ha elevado considerablemente desde 1980, al pasar de 9.5 a 14.4% en el caso de los hombres y del 7.6 al 18.6% en el de las mujeres. Los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte para hombres y mujeres en el año 2005. Los hombres representaron el mayor aumento en el porcentaje total de fallecimientos por diabetes en comparación con las mujeres; por su parte, ellas muestran un aumento mayor que los hombres en el porcentaje total de fallecimientos por tumores malignos. Tanto los hombres como las mujeres muestran un ligero aumento en fallecimientos por ECV durante el periodo de 25 años. Otras principales causas de muerte, incluidas las enfermedades digestivas y respiratorias, les han quitado la vida a los adultos mayores desde la década de 1980 y este fenómeno va en aumento.

## **2.2 La pobreza en la vejez**

En esta sección se presentan indicadores de pobreza en México y otros países, tanto para la población total como para la población de mayor edad. Mostramos los indicadores de pobreza de la población de mayor edad en comparación con los grupos de menor edad y para las zonas urbanas y rurales del país. No existe una fuente única de datos que ofrezca los indicadores de pobreza en estos rubros, por lo que recurrimos a la información disponible para hacer las diferentes comparaciones, citando las fuentes correspondientes.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) informa que la proporción de mexicanos que vivían en la pobreza en 2008 era de 34.8%, con 11.2% en pobreza extrema.<sup>5</sup> Esto representa para el país una mejora respecto a las cifras que registró en el año 2000 de 41.1 y 15.2%, respectivamente, pero un retroceso respecto a las de 2006 de 31.7% en pobreza y 8.7% en pobreza extrema. América Latina reportó una tasa promedio de pobreza de 33% y de pobreza extrema de 12.9% en 2008. México registró peores condiciones que el promedio de AL en la tasa de pobreza y mejores en la de pobreza extrema.

### ***La pobreza en la población de la tercera edad de México y otros países de la OCDE***

Aproximadamente dos tercios de los países de la OCDE, entre ellos México, tienen mayores tasas de pobreza entre la población de 65 años de edad en adelante respecto a la

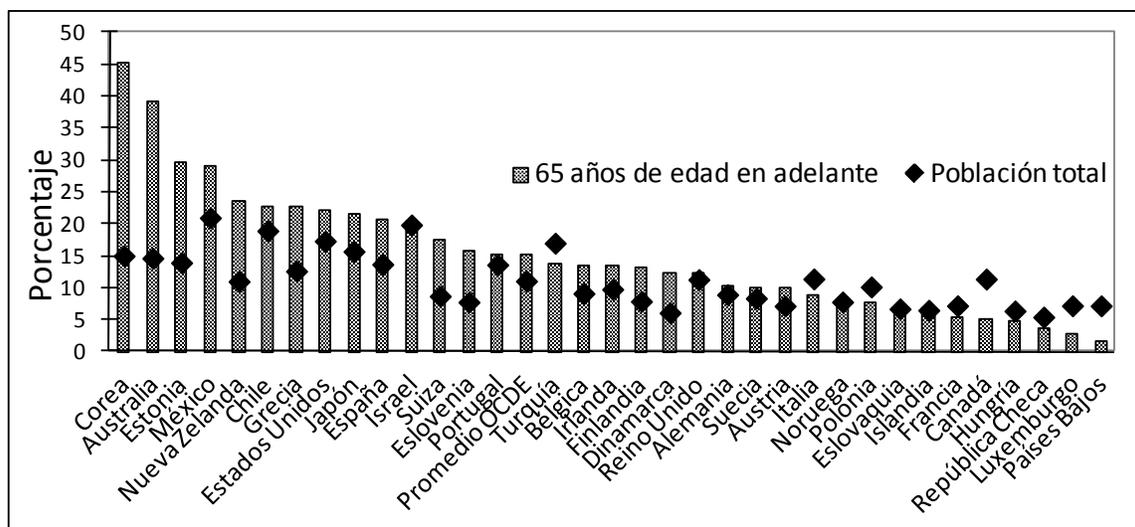
---

<sup>5</sup> La CEPAL calcula la línea de pobreza en cada país mediante el cálculo del costo de una canasta básica de alimentos y de las necesidades no alimentarias del hogar, además de la medida de los hogares cuyos ingresos están por debajo de este nivel de costos (una medida de índice de recuento). El línea de pobreza extrema sólo se calcula con el costo de la canasta básica de alimentos. Se trata de una línea de pobreza absoluta.

población en su conjunto.<sup>6</sup> En concreto, como se muestra en la Gráfica 2.6, la tasa de pobreza general en México es del 21% –la más alta de los países de la OCDE– y se eleva al 29% en las personas de 65 años de edad en adelante –la cuarta más alta de ese mismo organismo.

**Gráfica 2.6**

**Tasas de pobreza en la población total y las personas de 65 años de edad en adelante, a finales de la primera década del siglo XXI**



Fuente: *OECD, Society at a Glance 2011: Indicadores Sociales de la OCDE.*

***Tipos de pobreza que afectan a los adultos mayores mexicanos***

La Gráfica 2.7 muestra las tasas de pobreza por sexo y grupo de edad para tres diferentes tipos de pobreza: alimentaria (Gráfica 2.7a); de capacidades (Gráfica 2.7b); y patrimonial (Gráfica 2.7c).<sup>7</sup> Al igual que la OCDE, el CONAPO también encuentra en México las mayores tasas de pobreza entre los jóvenes de 0–14 años de edad y entre las personas mayores de 75 años en adelante. Un aumento de la pobreza alimentaria se produce entre las edades de 30–34 años en el caso de las mujeres y de 40–44 en el de los hombres, antes de estancarse y aumentar de nuevo entre las edades de 60–64 años para ambos géneros. Las mujeres muestran un aumento de la pobreza en el rango de edad de 60–64 años. Entre los adultos mayores, la proporción de hombres que están por debajo del umbral de pobreza alimentaria aumenta de aproximadamente 17% en los de 65 años a

<sup>6</sup> La OCDE utiliza una medida relativa de la pobreza: la proporción de individuos con ingresos disponibles equivalentes inferiores al 50% de la media de ingresos de la población.

<sup>7</sup> El CONAPO calcula tres medidas de pobreza absoluta en México: alimentaria, de capacidades y patrimonial. El línea de pobreza alimentaria se define mediante el costo de una canasta básica de alimentos. La pobreza de capacidades incluye medidas no monetarias, como la nutrición y la salud, además de la canasta de alimentos. y la pobreza patrimonial considera el vestido, la vivienda y el transporte en la evaluación de los múltiples rubros del bienestar.

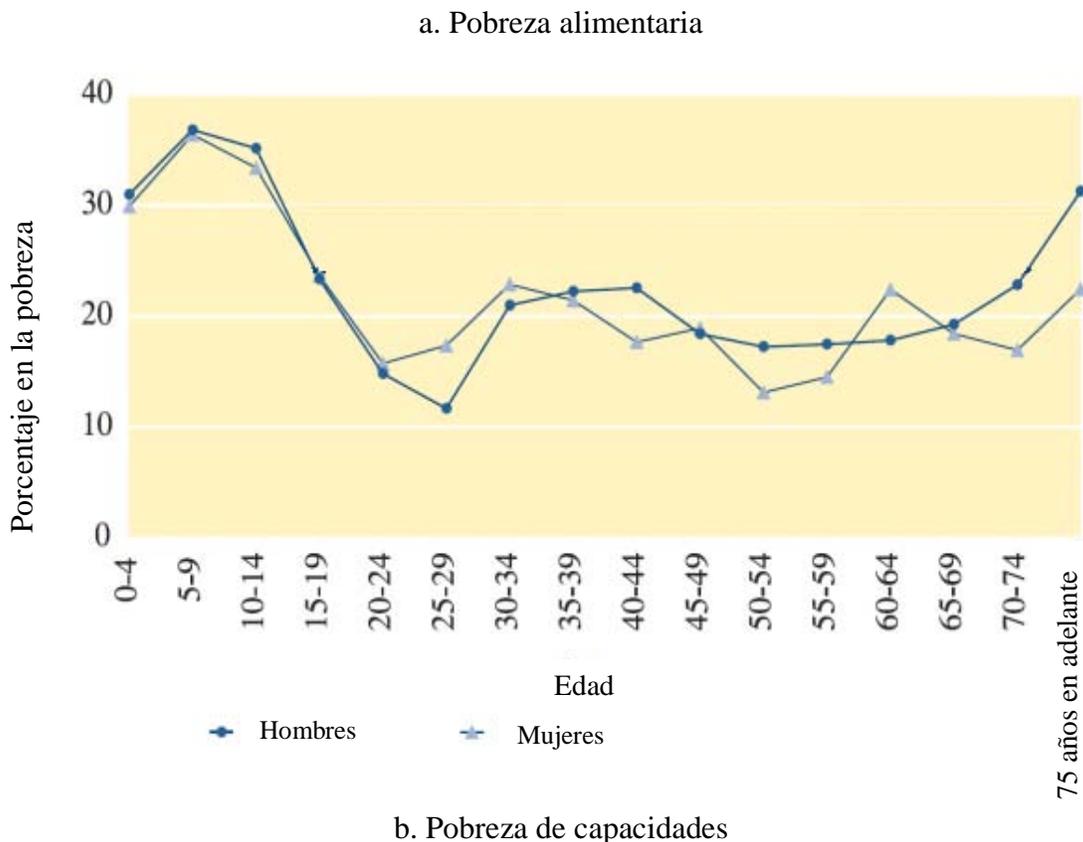
## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

más de 30% en los de 75 en adelante. Hombres y mujeres padecen un aumento de la pobreza en la tercera edad, pero es menor en el caso de las mujeres, posiblemente por los efectos atenuantes del apoyo familiar que éstas suelen recibir (el apoyo familiar generalmente es mayor para las mujeres).

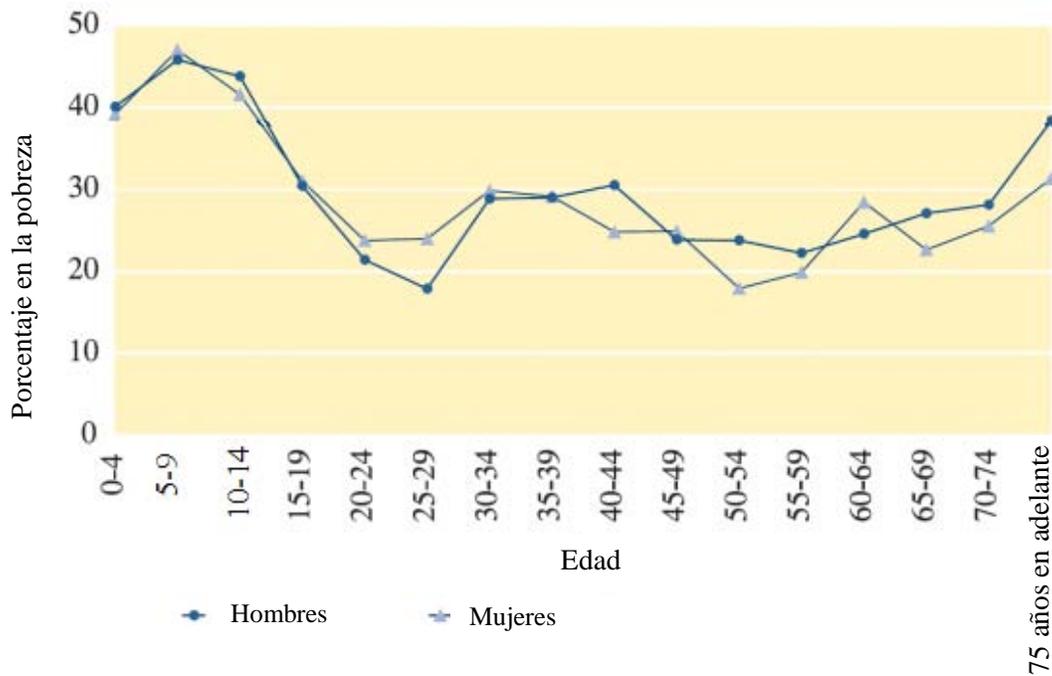
Se pueden encontrar patrones semejantes en las tasas de pobreza alimentaria y patrimonial, con una de cada dos personas de 75 años en adelante por debajo del umbral de pobreza patrimonial. Entre la población de mayor edad, más de 30% de los hombres y las mujeres mayores de 70 años se ubica por debajo del umbral de pobreza de capacidades, en comparación con menos de 25% de quienes tienen de 50–55 años de edad. En el caso de pobreza patrimonial, estos porcentajes se elevan al 50 y 40% para los hombres y mujeres de 70 años en adelante, respectivamente. En general, la Gráfica 2.7 muestra la variación de las tasas de pobreza según la edad y el sexo, así como que las más altas corresponden a los niños y los adultos mayores.

### Gráfica 2.7

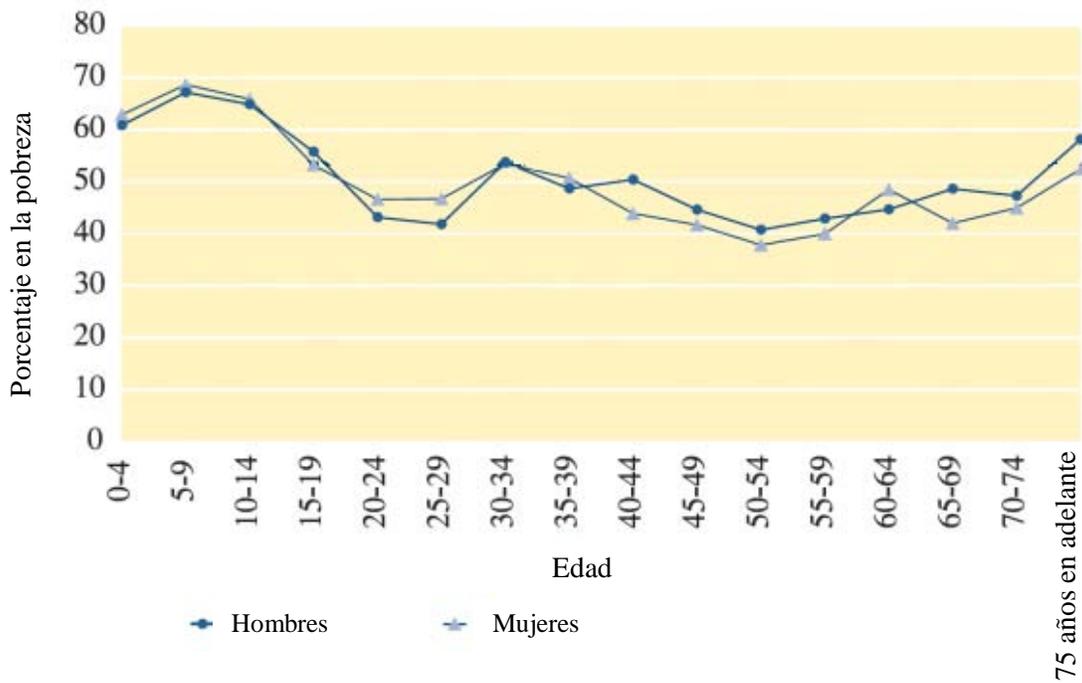
**Tasas de pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonial, según sexo y grupo de edad como porcentaje de la población total, 2000**



*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*



c. Pobreza patrimonial



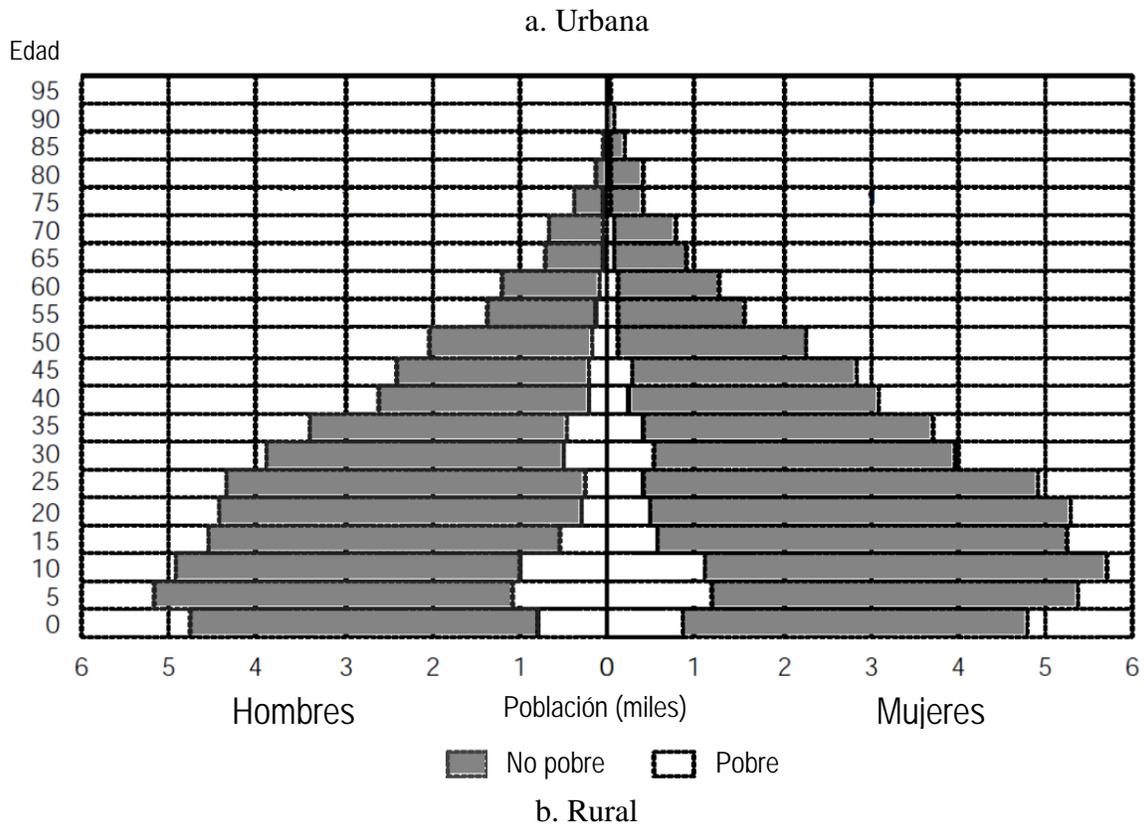
*Nota:* Las gráficas presentan los cálculos del CONAPO a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2000.

*Fuente:* E. Zúñiga and D. Vega, Consejo Nacional de Población. *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI* (Corporación de Servicios Gráficos Rojo, S.A. de C.V., 2004).

**La pobreza en zonas urbanas y rurales de México**

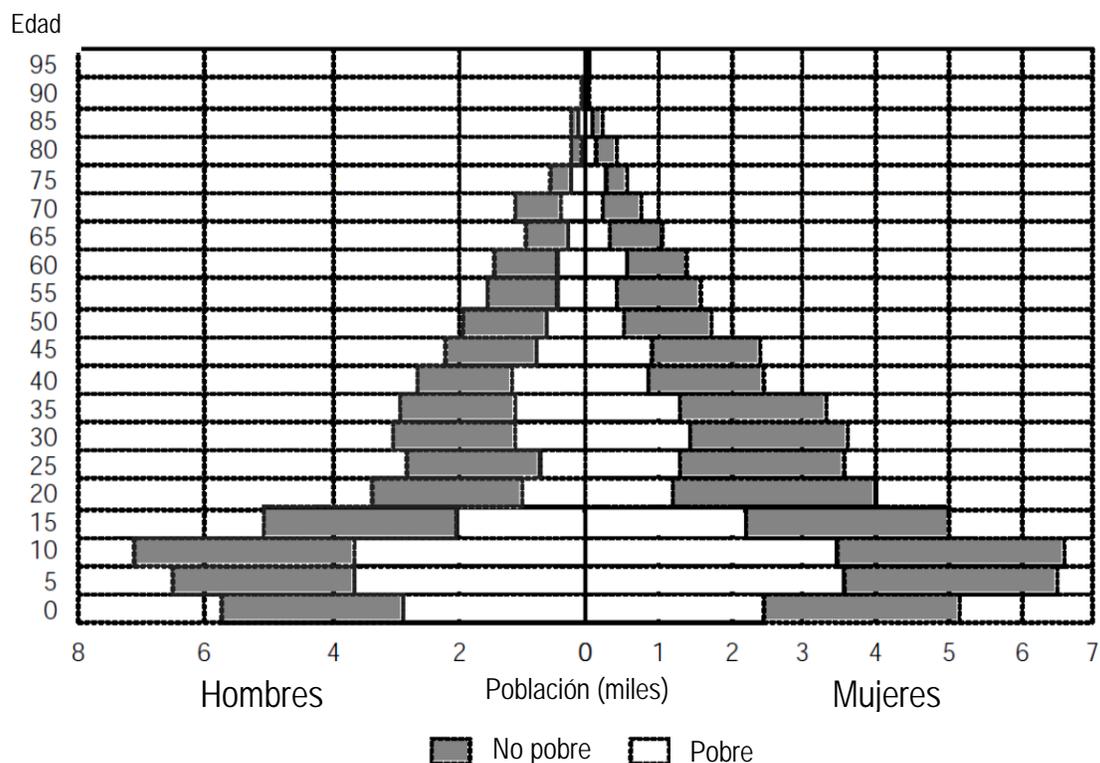
Las composiciones por sexo y edad de las personas que padecen pobreza difieren según habiten en zonas rurales o urbanas del país. En general, las tasas de pobreza alimentaria en las zonas rurales son superiores más de tres veces a las de las zonas urbanas. En pobreza de capacidades, la tasa rural casi duplica la tasa urbana. Y la pobreza patrimonial es 50% superior en el México rural que en las zonas urbanas. Tal situación puede observarse claramente en la Gráfica 2.8 (elaborada con cálculos del CONAPO), donde aquellos de todas las edades en el umbral de pobreza alimentaria que habitan en las zonas rurales (representados por las barras blancas de la segunda pirámide) superan enormemente a las personas pobres de las ciudades (barras blancas de la primera pirámide). Las pirámides urbanas y rurales de la Gráfica 2.8 sitúan más personas en pobreza entre los más jóvenes y las personas en edad reproductiva, especialmente las mujeres. En 2010, se registró una tasa de pobreza extrema en las zonas rurales de 23.9% y en la zona una de 6.3% en las urbanas, con lo que se advierte que la disparidad entre las zonas rurales y las urbanas persiste en los datos más recientes.<sup>8</sup>

**Gráfica 2.8**  
**Pirámides de población urbana y rural en México y pobreza alimentaria por sexo, 2000**



<sup>8</sup> La pobreza multidimensional es una medida que estima los ingresos y el bienestar social, a través de los indicadores de acceso a la educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y alimentos.

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud



*Nota:* El eje X difiere entre las dos gráficas. Fuente original citada en Zúñiga y Gomes, 2002: Las gráficas presentan los cálculos del CONAPO a partir de los datos de la ENIGH 2000 (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares).

*Fuente:* E. Zúñiga and C. Gomes, *Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México* (CONAPO. La situación demográfica de México, 2002), <http://conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/11.pdf>, accessed June 29, 2011

Parker y Wong (2001), en su análisis de la ENIGH 1996 utilizan otras medidas de la pobreza para las personas de 50 años de edad en adelante que incluyen: i) la medida de la pobreza, que determina el porcentaje de hogares pobres; y ii) la gravedad, que mide qué tan abajo del umbral de la pobreza están las personas. Concluyen que los mexicanos de 60 años de edad en adelante siempre padecen más pobreza que las cohortes más jóvenes en edad laboral, especialmente en las zonas rurales. Por ejemplo, la medida de gravedad indica que los ingresos promedio de los adultos mayores varones de las zonas rurales están 15.2% por debajo del umbral de pobreza, frente al 4.9% en el caso de sus pares de las zonas urbanas. La diferencia entre las zonas urbana y rural en términos de grados de pobreza se acompaña de diferencias en las fuentes de ingresos. Los adultos mayores de las zonas urbanas tienen mayores probabilidades de percibir ingresos por su trabajo (salarios y empleo por cuenta propia), así como por cobro de pensiones que los adultos mayores de las zonas rurales.

### ***La desigualdad en la edad avanzada***

Además de la pobreza y las medidas de gravedad, la desigualdad también aumenta en edades más avanzadas. Wong y Espinoza no sólo demuestran que las personas de 70 años

de edad en adelante tienen ingresos menores que los de 50–69 años de edad, sino además advierten que dentro de los grupos de edad, la desigualdad en la distribución del ingreso aumenta a medida que las personas llegan a edades más avanzadas.

### **2.3 Resumen de los cambios demográficos y la pobreza**

En México, la población de mayor edad está creciendo rápidamente, e inclusive se prevé que su tasa de dependencia de la vejez se asemejará a la de Estados Unidos en el año 2050. Desde la década de los sesenta, México ha experimentado una disminución en las tasas de natalidad, mientras que los avances en las condiciones de vida registrados en el siglo XX han aumentado significativamente la esperanza de vida, lo que a su vez ha dado pie a cambios radicales en la estructura de la población. Esta transición demográfica ha producido generaciones grandes (*Baby Boom Generation*) que se ubican actualmente en la fuerza laboral, generando un panorama que ofrece una ventana de oportunidades para adaptar las políticas en materia de pensiones, salud, empleo en el sector formal y ahorro para el retiro, antes de que los integrantes de dicha generación comiencen a jubilarse. Además, se ha producido una transición epidemiológica, con una frecuencia de las enfermedades crónicas cada vez mayor a la de las enfermedades infecciosas.

En comparación con otros países de la OCDE, México tiene una de las tasas de pobreza más altas en la población de mayor edad y en la población total. La mayoría de los pobres del país se concentran en las zonas rurales, especialmente los que padecen pobreza alimentaria. En la población de mayor edad, los hombres afrontan un mayor riesgo que las mujeres. Las tasas más altas de pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonial corresponden a los grupos de jóvenes y a los de edad más avanzada.

## **3 LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y DE SALUD EN MÉXICO**

En esta sección examinaremos en primer lugar el sistema de seguridad social para los trabajadores del sector formal: empleados y trabajadores por cuenta propia que hacen aportaciones al sistema de seguridad social. También abordamos la avanzada edad de la jubilación efectiva en el país. Después analizamos el sector informal, donde advertimos las tendencias de la informalidad y las gestiones institucionales elegidas para quienes forman parte de este sector. Observamos brevemente las opciones de ahorro privado para la jubilación. La cuarta subsección analiza la prestación de atención médica en el país, comenzando por una exploración de los gastos en salud y la disponibilidad de recursos, y continúa con una discusión sobre el sistema de salud, con especial atención en algunas de sus características particulares.

Las tasas de cobertura del sistema de seguridad social del país son bajas, no sólo en comparación con los países de la OCDE, sino también con muchos otros de América Latina. Las instituciones de seguridad social en México ofrecen, entre otros servicios, prestaciones de pensión y atención médica. Los trabajadores afiliados al sistema de seguridad social hacen aportaciones para la pensión y la atención médica que reciben de su respectiva institución de seguridad social. Al jubilarse, los trabajadores comienzan a cobrar una pensión y siguen recibiendo atención médica, pero ya sin realizar aportaciones. Los servicios de salud se ofrecen en las instalaciones de las instituciones de

seguridad social. No es posible transferir las prestaciones de pensión y atención médica entre las instituciones de seguridad social.

En el presente estudio, por asegurados nos referimos a los que cotizan en las instituciones de seguridad social; y por no asegurados, a quienes se encuentran en el sector informal de la economía, que se compone de trabajadores por cuenta propia o asalariados que no hacen aportaciones al sistema de seguridad social. En México, las aportaciones al sistema de seguridad social no son obligatorias para los trabajadores por cuenta propia; los que entre éstos opten por realizar aportaciones al sistema de seguridad social se consideran asegurados y forman parte del sector formal de la economía. Asegurados y no asegurados pueden utilizar los servicios privados de salud. Los segundos tienen la opción de ingresar a los programas públicos de bienestar social y los servicios públicos de salud, destinados principalmente a las personas de bajos ingresos, como el Seguro Popular de Salud (SPS). Describimos detalladamente las diferencias entre unos y otros más adelante.

### **3.1 El sistema para los trabajadores del sector formal**

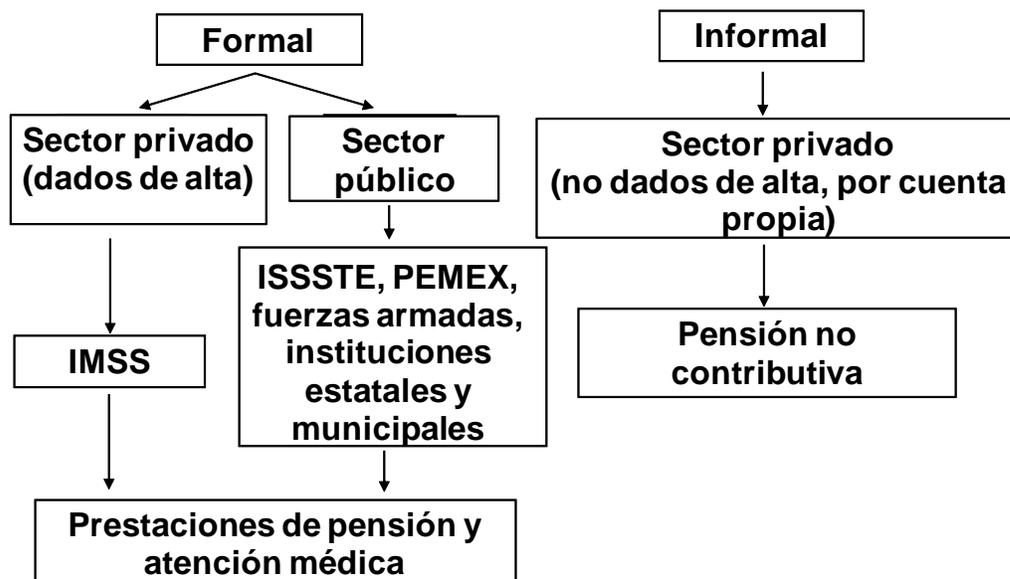
Los trabajadores por cuenta propia del sector formal pueden recibir cobertura de las instituciones de seguridad social. Los trabajadores del sector privado dados de alta por sus patrones en las prestaciones de seguridad social están cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que ofrece pensión y atención médica. En este caso, el patrón tiene la obligación legal de dar de alta a sus trabajadores en el IMSS. En el sector informal se ubican los trabajadores que no están dados de alta y por tanto no hacen aportaciones al IMSS, aunque reciban un salario. El cumplimiento legal de la prestación de seguridad social es desigual en América Latina.

Un subconjunto del sector formal se compone de los empleados públicos, que reciben prestaciones de pensión y cobertura de atención médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 2009, el ISSSTE atendió al 6% de la población asegurada del país frente al 40% aproximadamente atendida por el IMSS. Los recursos del IMSS, el ISSSTE y otras instituciones estatales de seguridad social provienen de fondos aportados por el gobierno, los trabajadores y los patrones.

Otras instituciones del sistema de seguridad social son: Petróleos Mexicanos (PEMEX), empresa pública de extracción y procesamiento de petróleo que ofrece sus propias prestaciones de pensión y atención médica a los trabajadores; el Instituto Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), que ofrece cobertura a los miembros de esta institución; y varios proveedores estatales. Casi todos los estados cuentan con un programa de seguridad social para sus servidores públicos.

La Gráfica 3.1 muestra la organización del sistema mexicano de pensiones; la seguridad social (pensión y atención médica) prestada por las instituciones ya descritas corresponde a la parte del sector formal en el diagrama. En el caso del sector informal, las personas pueden acceder a una pensión no contributiva otorgada por el gobierno, que no incluye la cobertura de atención médica. Integrantes tanto del sector formal como del informal pueden acceder a las pensiones privadas que pudieran ser patrocinadas por el patrón o cotizadas directamente por ellos.

**Gráfica 3.1**  
**Diagrama del sistema mexicano de pensiones**



*Nota:* IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y PEMEX: Petróleos Mexicanos.

*Fuente:* Autores.

Todos estos sistemas de seguridad social iniciaron como programas tradicionales del tipo *pay-as-you-go* (sistema de reparto o PAYG), en los que las personas en edad laboral cotizaban para el pago de pensiones de los jubilados. El IMSS y el ISSSTE reformaron, en julio de 1997 y abril de 2007 respectivamente, sus sistemas PAYG y cambiaron a un sistema de cuentas individualizadas de ahorro para el retiro (*Personal Retirements Accounts* o PRA). La edad de jubilación anticipada y normal es de 60 y 65 años respectivamente, para hombres y mujeres.

### ***La reforma del sistema de seguridad social en México***

Antes de que el IMSS y el ISSSTE reformaran sus sistemas de pensiones y cambiaran a las PRA financiadas completamente, sus programas tradicionales PAYG eran muy semejantes y del tipo de prestación definida (PD) por el salario final; 10 era el número mínimo de años de aportaciones en ambos sistemas PAYG (500 semanas), incluyendo una pensión mínima garantizada (PMG) basada en el salario mínimo de la Ciudad de México.

Los derechohabientes que aún hacían aportaciones al sistema de seguridad social del IMSS y el ISSSTE al momento de la reforma conforman la generación de la transición. En el IMSS, esta generación tiene la opción de elegir el tipo de pensión preferida en el momento de su jubilación, según el reglamento de los sistemas PAYG o PRA, siempre y cuando cumplan los requisitos mínimos en cada caso. En el caso del ISSSTE, los trabajadores han tenido que optar por un sistema PAYG o PRA después de la puesta en marcha de la reforma. Quienes optaron por el sistema PRA recibieron bonos

de reconocimiento como constancia de sus aportaciones anteriores al sistema PAYG, las cuales se agregaron a su PRA.

Tanto en el sistema PRA como en el PAYG, la jubilación normal es posible a los 65 años y la jubilación anticipada entre los 60 y 64. El requisito mínimo de aportaciones es de al menos 10 años con PAYG y 25 con PRA. En el sistema PAYG, la pensión por jubilación anticipada se reduce en un 5% por cada año adelantado a la edad normal de jubilación. A los 60 años, la pensión por jubilación anticipada representa el 75% de la pensión por jubilación normal. En el sistema PRA no se sanciona la jubilación anticipada, ya que las personas reciben la pensión según la cantidad acumulada en su cuenta personal de jubilación. La jubilación anticipada está disponible para quienes pueden obtener una pensión equivalente al 130% del salario mínimo de la Ciudad de México, que es la PMG. Las personas que no reúnan los años mínimos de aportaciones en el sistema PRA pueden retirar el monto acumulado en la cuenta individual, pero no pueden reclamar la PMG.

La reforma del IMSS afectó a todos los trabajadores que aún no habían solicitado su pensión al 1° de julio de 1997. Quienes hacían aportaciones al sistema PAYG pudieron elegir si la reclamaban según el sistema PAYG o el PRA, siempre que hubieran cumplido los requisitos mínimos del nuevo sistema PRA: un mínimo de 1,250 semanas de trabajo o 25 años aproximadamente. Quienes comenzaron a hacer aportaciones después de 1997 sólo podían ingresar al nuevo régimen.

Aguila compara el sistema PAYG de prestación definida (PD) con el nuevo sistema PRA. Al compararse con el sistema de PD, donde el riesgo en su totalidad lo asume el gobierno, el sistema PRA distribuye el riesgo del ahorro para la jubilación a través de tres pilares. En el primer pilar, el gobierno asume el riesgo de garantizar una pensión mínima equivalente al salario mínimo de la Ciudad de México; en otro componente redistributivo, el gobierno deposita mensualmente una cantidad equivalente al 5.55% del salario mínimo de la Ciudad de México en las cuentas individuales. El segundo y el tercer pilar del sistema PRA están representados por una cuenta obligatoria personal de jubilación y una cuenta voluntaria de ahorro para el retiro con facilidades fiscales, respectivamente; ambas cuentas están a cargo de administradoras privadas de fondos para el retiro, conocidas como AFORES (Administradoras de Fondos para el Retiro) y el riesgo lo asume el trabajador. En otras palabras, salvo por la protección ofrecida en la PMG, los trabajadores mexicanos asumen todo el riesgo dentro del nuevo sistema. Las aportaciones hechas por el patrón y el trabajador al fondo, del 10.07% del salario de un trabajador, no cambiaron con la reforma.

Desde la creación del sistema PRA, el número de personas registradas ha aumentado a una tasa promedio mensual de 1% para un total de 38.8 millones de personas en 2008. Sin embargo, la diferencia entre el número de personas dadas de alta y de quienes hacen aportaciones es importante debido a la migración continua entre el sector formal y el informal. La participación intermitente, o la no contribución, influyen sobre la acumulación de fondos de pensiones y, en consecuencia, sobre el monto de la pensión al momento de la jubilación. Los trabajadores de bajos ingresos en general muestran periodos más frecuentes y duraderos de desempleo y de participación en el sector informal. Esto los pone en mayor riesgo de pobreza en la vejez, ya que tienen menos probabilidades de acumular suficientes fondos de pensión para su manutención en esa etapa de su vida o para reunir los requisitos de la PMG.

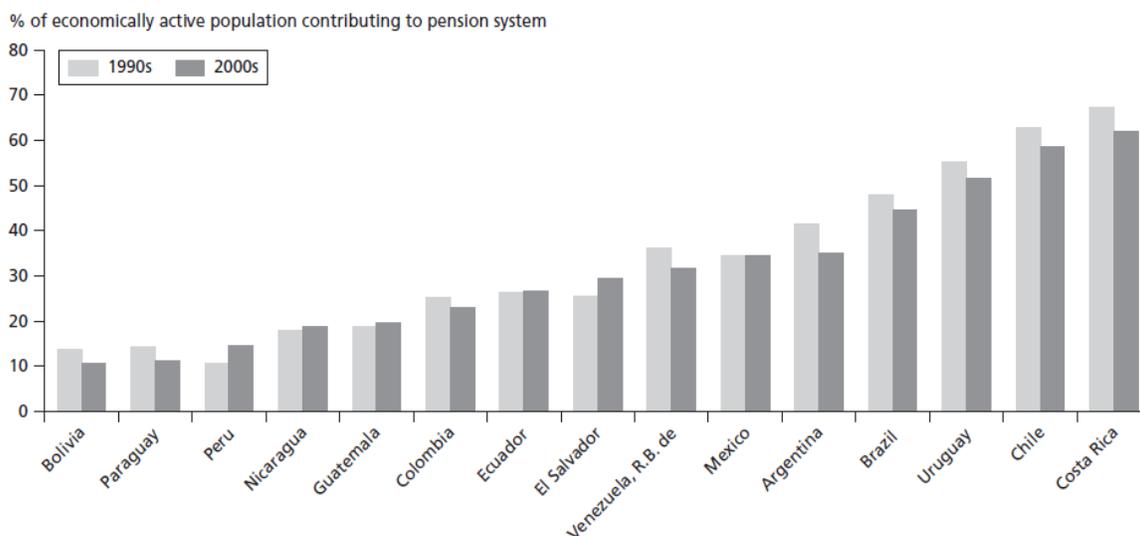
**Proporción de la población activa que hace aportaciones al sistema de pensiones**

La Gráfica 3.3 muestra que sólo el 35% de la población activa en México hizo aportaciones al sistema de pensiones a principios y mediados de la primera década del siglo XXI, en comparación con más del 60% en Costa Rica en el punto superior del espectro y el 10% en Bolivia en el inferior.<sup>9</sup>

**Gráfica 3.2**

**Proporción de la población económicamente activa que hizo aportaciones al sistema de pensiones en la década de 1990 y la primera del siglo XXI**

Pension coverage rates in Latin America and the Caribbean



Source: Rofman and Lucchetti 2006.

Note: The years for which household survey data are available across countries in the region are not identical. As such, Rofman and Lucchetti (2006) present figures based on available data in each country that comes closest to the 1995–2004 period. The years used are as follows: Argentina 1995–2004; Bolivia 1999–2002; Brazil 1995–2002; Chile 1996–2003; Colombia 1996–99; Costa Rica 1995–2004; Ecuador 2000–04; Guatemala 1998–2000; Mexico 1998–2002; Nicaragua 1998–2001; Paraguay 1999–2004; Peru 1999–2003; El Salvador 1995–2003; Uruguay 1995–2004; Republica Bolivariana de Venezuela 1995–2004.

Fuente: G. Perry, W. Maloney, O. Arias, P. Fajnzylber, A. Mason, and J. Saavedra-Chanduvi, *Informality: Exit and Exclusion* (Washington, DC: The World Bank, 2007).

Además de la baja cobertura del sistema de seguridad social, como se ha mencionado, las personas se colocan entre el sector formal y el informal a lo largo de su vida laboral. Para reunir los requisitos de la PMG, los trabajadores deben acumular 25 años de vida laboral en el sistema pagando sus cuotas de seguridad social; en el caso de los trabajadores de bajos salarios, esta cifra quizá sea realmente de 50 años debido a las transiciones más frecuentes dentro y fuera del sistema del sector formal.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> En el caso de México, esta cifra comprende todas las pensiones originadas dentro del país (según la ENIGH de 1998–2002), por lo que incluye pensiones provenientes de las instituciones de seguridad social y privadas.

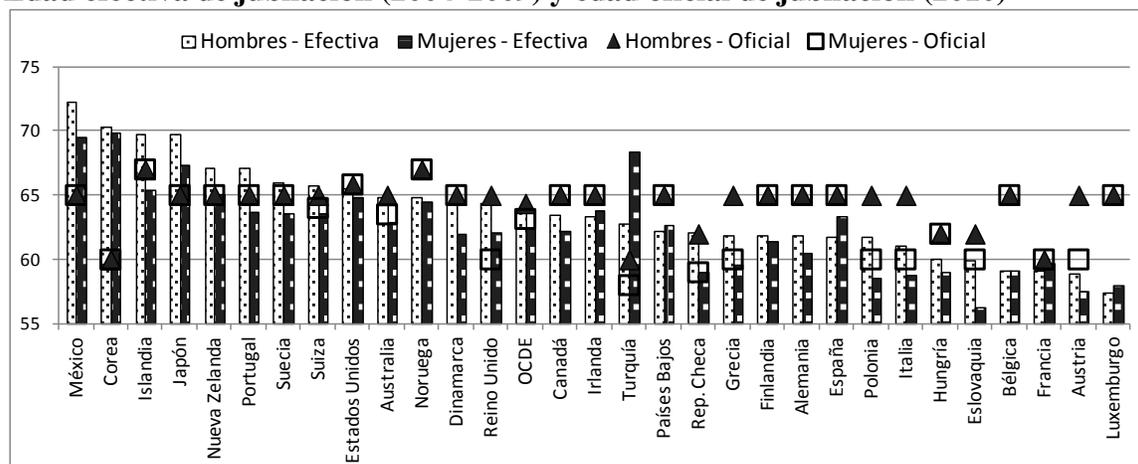
<sup>10</sup> Perry et al. (2007) ofreceofrecen una visión integral del sector informal en América Latina y utilizutilizan diversas fuentes de datos deen su análisis; su informe estáfue publicado por el Banco Mundial y es considerado como una fuente confiable sobreen el tema del sector informal de la región.

**Edades efectivas de jubilación**

Mientras las tasas de participación en el mercado laboral se reducen en la edad avanzada, en el año 2000 uno de cada cuatro hombres en México aún trabajaba a los 80 años de edad. Alrededor de 46% de los hombres y 15% de las mujeres en el rango de 65 años en adelante seguían activos en la fuerza laboral del país en el año 2006.

**Gráfica 3.3**

**Edad efectiva de jubilación (2004–2009) y edad oficial de jubilación (2010)<sup>11</sup>**



Fuente: OCDE, *Pensions at a Glance 2011: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*.

En la Gráfica 3.3 se advierte que la edad oficial de jubilación en promedio dentro de la OCDE en 2010 era de 63.1 años para las mujeres y 64.4 para los hombres. Entre los países miembros, México se destaca por tener en promedio la edad efectiva de jubilación más avanzada en el caso de los hombres (72.2) y la segunda en el caso de las mujeres (69.5). Esta tendencia de permanecer más tiempo en la fuerza laboral se debe en parte a la escasez de fuentes alternativas de ingresos. Una alta proporción de la fuerza laboral carece de cobertura de seguridad social; en consecuencia, a la población de mayor edad no le queda más remedio que buscar formas de ingresos distintas a las pensiones en la vejez. Curiosamente, la correlación entre la edad oficial de jubilación y la real en todos los países es de sólo 0.19 en el caso de los hombres y de 0.30 en el de las mujeres.

**3.2 El sistema para los trabajadores del sector informal**

La gran parte de la fuerza laboral que participa en el sector informal es un obstáculo importante a la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social en la vejez (pensión y atención médica) para la creciente población que envejece en el país. El sector informal se compone de trabajadores por cuenta propia o asalariados que no hacen aportaciones al sistema de seguridad social. En el año 2005, el sector informal en México

<sup>11</sup> La edad oficial de jubilación en México es de 65 años para hombres y mujeres, establecida por las instituciones de seguridad social. La edad efectiva promedio de jubilación es la edad promedio en la que los trabajadores de mayor edad concluyen la vida laboral activa.

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

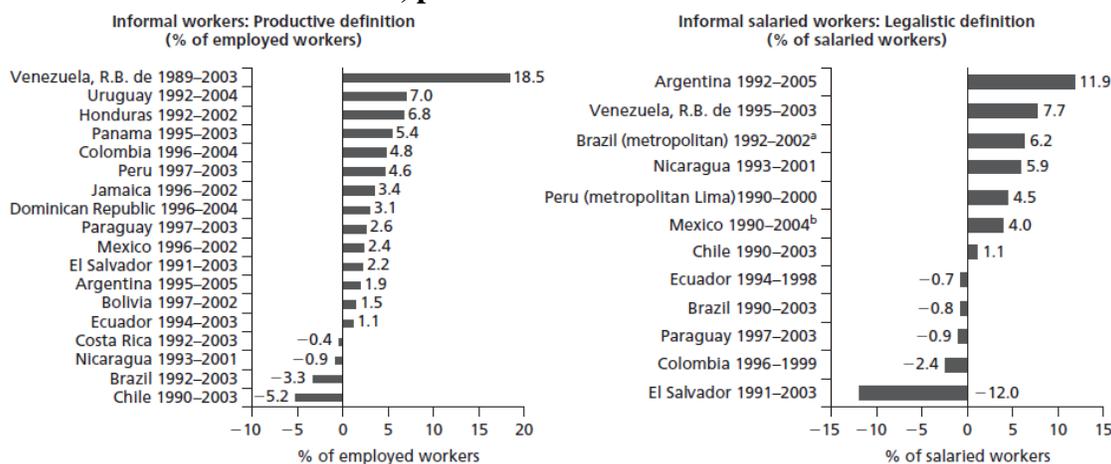
representó aproximadamente el 58% de la fuerza laboral y dado que estas personas generalmente no cuentan con la seguridad de la jubilación, con frecuencia continúan trabajando en la tercera edad para su propia manutención y la de sus familias, con lo cual aumenta la edad efectiva de jubilación en el país. Cambrón, utilizando datos de la ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo) del año 2006, calcula que el 64.8% de los adultos mayores que trabajan lo hacen en el sector informal, en comparación con el 48.4% de los trabajadores entre los 14 y los 59 años de edad.<sup>12</sup>

### Crecimiento del sector informal

La Gráfica 3.4 muestra que en el periodo de 1996 a 2002, la proporción de trabajadores informales (usando la definición productiva) en relación al total de trabajadores empleados en México, aumentó en aproximadamente 2.4%.<sup>13</sup> Si consideramos únicamente a los asalariados, la proporción de empleados informales (usando la definición legal) aumentó un 4% de 1990 a 2004. Muchos otros países de América Latina también experimentaron incrementos en la proporción de trabajadores informales en el mismo periodo (véase la Gráfica 3.4).

### Gráfica 3.4

#### Tendencias en la informalidad, países seleccionados de América Latina



Sources: Gasparini and Tornarolli 2006; International Labour Organization (ILO) Labor Statistics Database 2006; *World Development Indicators* 2006.

Note: Although global data is available only for the definitions of informality as self-employed workers and workers not covered by a pension scheme, two other measures are calculated here based on regional data sources. In the "productive" definition, a worker is considered informal if he or she is unskilled self-employed, a salaried worker in a small firm, or a zero-income worker. In the "legalistic" definition, a salaried worker is informal if he or she does not have the right to a pension linked to employment upon retirement.

a. Percent of workers without *cartelra* (work card).

b. Based on the balanced panel sample (common municipalities) for the period 1990–2004.

Fuente: Perry et al., *Informality: Exit and Exclusion*. 2007.

<sup>12</sup> Cambrón (2008) define a los trabajadores del sector informal como trabajadores sin un contrato escrito, es una de las definiciones en la bibliografía para referirse a la informalidad.

<sup>13</sup> Perry et al. (2007) incluyen en este análisis dos definiciones de trabajadores informales. De acuerdo con la definición productiva, los trabajadores informales comprenden a los asalariados que trabajan en empresas pequeñas, los trabajadores por cuenta propia no calificados o los trabajadores que no reportan un ingreso. La definición legal caracteriza a los trabajadores informales como aquellos que reciben un salario pero no cuentan con una pensión de jubilación proporcionada por una institución de seguridad social.

***Incentivos para permanecer en el sector informal***

Son varios los móviles o incentivos para permanecer en el sector informal o incursionar en él, incluyendo librar la dificultad del acceso a las prestaciones y los servicios del IMSS y la disponibilidad cada vez mayor de programas de asistencia social menos costosos (y algunas veces gratuitos) para los pobres. Respecto a la estructura de las prestaciones del IMSS, algunos trabajadores valoran los ocho componentes obligatorios del programa más que otros, quienes podrían considerar algunas de sus aportaciones como meros impuestos sobre sus ingresos.<sup>14</sup> De manera similar, la ampliación de la cobertura del seguro social de un trabajador hacia su cónyuge desincentiva a éste(a) a participar también en el sector formal y pagar el doble de aportaciones por las mismas prestaciones.

***Diferencias en la informalidad en las zonas urbanas y rurales***

El acceso a las oportunidades ocupacionales difiere entre las zonas urbanas y las rurales. El empleo formal es más común en las zonas urbanas, en cambio, en las zonas rurales el trabajo sin salario y el empleo por cuenta propia –típicos del sector informal– son más comunes.<sup>15</sup> Esta condición contribuye a las diferencias en el acceso a las prestaciones de seguridad social (pensión y servicios de salud) entre las zonas urbanas y rurales.

***Informalidad y tamaño de las empresas***

Con base en datos de la Encuesta Nacional de Empleo, Perry *et al.* encuentran que la informalidad laboral es mucho más frecuente entre las pequeñas empresas con menos de cinco trabajadores (véase la Gráfica 3.5).<sup>16</sup> Casi tres cuartas partes de estas microempresas informales del país alegan su pequeño tamaño como la razón principal para no registrarse antes las autoridades.<sup>17</sup> Perry *et al.* sugieren que la formalidad puede ser vista como un insumo del proceso productivo en el cual las pequeñas empresas no creen que valga la pena invertir.

**Gráfica 3.5**

**La informalidad y el tamaño de las empresas en las zonas urbanas de México<sup>18</sup>**

---

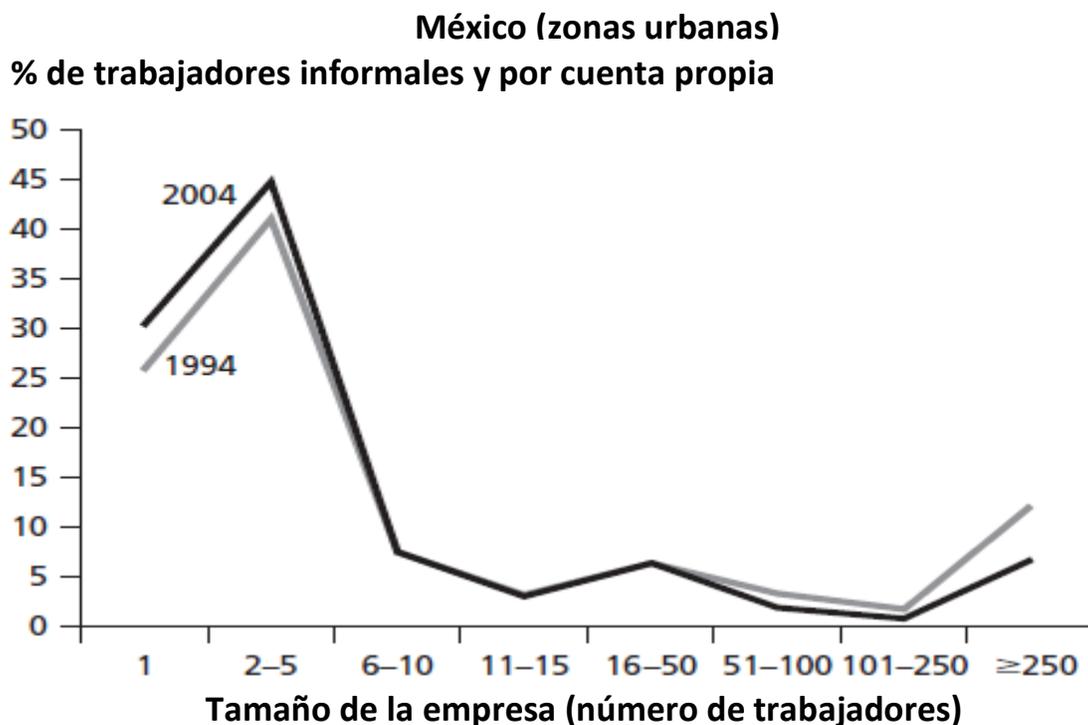
<sup>14</sup> Los ocho componentes obligatorios del IMSS son: atención médica, pensión de jubilación, seguro de incapacidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de vida, guarderías, instalaciones deportivas y culturales y créditos para vivienda (Perry *et al.*, 2007).

<sup>15</sup> Amuedo Dorantes y Pozo (2006) definen el empleo formal como el trabajo que se hace a cambio de un sueldo o salario y con un contrato escrito de por medio.

<sup>16</sup> En la Gráfica 3.5, Perry *et al.* (2007) definen a los trabajadores informales como trabajadores de una empresa que no están dados de alta en una institución de seguridad social.

<sup>17</sup> Las empresas deben estar registradas ante las autoridades gubernamentales correspondientes para considerarse formales, ya que esta condición es determinada por el pago de impuestos y prestaciones de seguridad social para los trabajadores.

<sup>18</sup> El patrón que se observa aquí de un nivel moderado de informalidad cuando la empresa tiene sólo un trabajador y de un aumento sustancial cuando tiene de 2 a 5 trabajadores, también está presente en las series para Argentina de 2003 referidas por Perry *et al.* (2007). Podría ser más probable que las empresas que tienen un sólo empleado (tal vez el dueño o empresario) registren a sus empresas, registrándose a su vez a sí mismos como empleados, en lugar de registrar a empleados adicionales en el rango de 2 a 5.



*Fuente: Perry et al., Informality: Exit and Exclusion.*

Salas Páez muestra que a mediados de la década de 1990, entre las personas de la tercera edad, el 89% de las mujeres trabajaba en empresas de 5 empleados o menos, mientras que 19% de todas las empleadas de edad avanzada no recibía remuneración. En comparación, el 80% de los hombres trabajaba en empresas pequeñas con 5 o menos empleados y el 2% no recibía remuneración. Estos resultados muestran que los adultos mayores pueden trabajar a cambio de otras formas de retribución distintas del dinero.

### **3.2.1 Marco institucional para el sector informal**

Los trabajadores por cuenta propia y los empleados en el sector informal tienen acceso a los servicios de salud a través de la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS-Oportunidades (antes IMSS-Solidaridad) y el Seguro Popular de Salud (SPS), del cual se habla más adelante en la sección 3.3).<sup>19</sup> Asimismo, en los últimos años México ha implementado varios programas de pensiones no contributivas como forma de protección social para los adultos mayores de escasos recursos que permanecieron principalmente en el sector informal durante sus vidas laborales.

<sup>19</sup> IMSS-Oportunidades es un programa del gobierno federal administrado por el IMSS; el objetivo principal es ofrecer servicios gratuitos de salud a aquellas personas de NSE bajo en zonas remotas; el 59% de la zona de cobertura está clasificado por CONAPO como zonas de pobreza o pobreza extrema. Los servicios se proporcionan en zonas urbanas de 26 estados y en zonas rurales de 19 estados (de un total de 31 estados y el Distrito Federal). (Para mayor información visite: <http://www.imss.gob.mx/english/programs/oportunidades/introduccion.htm>.)

### ***Programas de protección***

Los programas de protección que ofrecen una pensión no contributiva se introdujeron en México para la creciente población que llega a la edad de jubilación sin cobertura de seguridad social. Otros países también han introducido pensiones no contributivas, como Argentina, Bolivia, Brasil, Bangladesh, Chile, Kosovo, Mauricio, Namibia, Nepal, Sudáfrica y Zambia. La mayoría de los planes de pensiones no contributivas definen una edad para los candidatos y muchos están dirigidos a beneficiarios cuyo ingreso está por debajo de cierto nivel.

El Cuadro A.1 del apéndice describe las distintas prestaciones y los criterios de elegibilidad de los programas en México. La primera entidad mexicana en introducir un programa de pensión no contributiva fue el Distrito Federal en 2001. Muchos otros gobiernos estatales, así como el gobierno federal, hicieron lo propio en los años subsiguientes: 17 de los 32 estados del país (incluyendo el Distrito Federal) tienen al menos un programa de pensiones no contributivas, la mayoría dirigidos a los pobres que tengan al menos 65 o 70 años de edad. Las transferencias mensuales en efectivo varían de un programa y otro y van desde 42 hasta 106 USD (PPA de 2005).

La mayoría de los programas ofrecen una transferencia mensual en efectivo de 500 pesos (USD a la PPA de 2005) para los beneficiarios que cumplen con la edad mínima y otros requisitos de elegibilidad. Este monto equivale al 35% del salario mínimo de 2001. El monto más alto lo otorga el programa del Distrito Federal con 758 pesos mensuales (USD a la PPA de 2005). La cantidad de personas que cubre cada programa varía ampliamente: desde 2,567 en Quintana Roo hasta más de 2 millones en el programa iniciado por el gobierno federal. El programa del gobierno federal se está implementando en etapas y su objetivo es proporcionar cobertura a la población de la tercera edad que habita en poblaciones con menos de 30,000 habitantes. Los programas de pensiones no contributivas aún no han alcanzado en México la cobertura universal para la población de adultos mayores.

### **3.3 Instrumentos de ahorro privados**

Tanto los asegurados como los no asegurados tienen opciones de pensiones privadas. La cobertura de las pensiones que ofrecen los patrones en México es muy limitada. Menos del 10% de las empresas ofrece una pensión privada, además de la pensión del sistema de seguridad social. Entre los que ofrecen un plan de pensión privado, el 53.5% son del tipo de prestación definida, el 37.2% sistemas de aportación definida y el 9.3% esquemas híbridos, de acuerdo con la Encuesta de Pensiones de 2005 realizada por Hewitt Associates.

Desde la década de 1990 han surgido varias opciones o productos de ahorro para el retiro personales del sector privado, dirigidos a diferentes necesidades de jubilación e individuos de distintos niveles socioeconómicos (NSE). El Cuadro A.2 (véase el apéndice) presenta una breve descripción de los productos de ahorro para el retiro del sector privado disponibles en México al año 2011. Compara 11 productos de 6 proveedores con base en distintos atributos, como la edad mínima para hacer retiros, los beneficios fiscales y las opciones de cobertura adicionales.

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

Casi todos los productos requieren un periodo mínimo de aportación de al menos 5 años, así como una edad mínima para hacer retiros de 50 años. Aunque la información sobre las aportaciones mínimas y máximas para varios productos no está disponible a detalle, todos los planes permiten aportaciones adicionales. El monto mínimo asegurado varía ampliamente desde 50,000 hasta 500,000 pesos y la mayoría ofrece opciones de cobertura adicionales, como seguros de incapacidad y muerte accidental y beneficios extra que incluyen el pago de anticipos y seguros para el cónyuge.

Asimismo, casi todos los productos ofrecen beneficios fiscales en forma de deducciones hasta un cierto monto o retiros libres de impuestos bajo ciertas condiciones. En caso de fallecimiento del inversionista, todos los productos estipulan la transferencia de los beneficios a los beneficiarios designados, ya sea en un pago único o en parcialidades. Al inversionista se le ofrecen opciones de pago similares al terminar la vigencia contratada.

No hay información sobre la cobertura de las pensiones privadas personales ya que apenas se introdujeron en las últimas décadas. Se presume que cubren un porcentaje más pequeño de la población mexicana que las pensiones ofrecidas por los patronos.

### **3.4 La prestación de atención médica**

El sistema de salud en México comprende tanto el sector público como el privado. Las instituciones públicas de salud cubren dos grupos de población: los asegurados, a través de un sistema de seguridad social y los no asegurados, a través de servicios públicos. Comparado con otros países de la OCDE y de América Latina, México tiene escasos gastos en salud y poca disponibilidad de recursos. Debido a la baja prevalencia de la cobertura de seguridad social (pensión y atención médica) en México, muchas personas dependen de programas públicos como el SPS e incurren en importantes gastos de bolsillo en salud.

#### **3.4.1 Gastos en salud y disponibilidad de recursos**

En 2008, los países de la OCDE gastaron en promedio 9% del producto interno bruto (PIB) en salud. Esta cifra incluye el consumo de bienes y servicios de salud, así como inversiones de capital en infraestructura para la atención médica. En ese mismo año, México dedicó el 2.8% del PIB al gasto público en salud y el 3.1% al gasto privado, lo cual representa aumentos de 0.8 y 0.1 puntos porcentuales respectivamente, desde 1990.

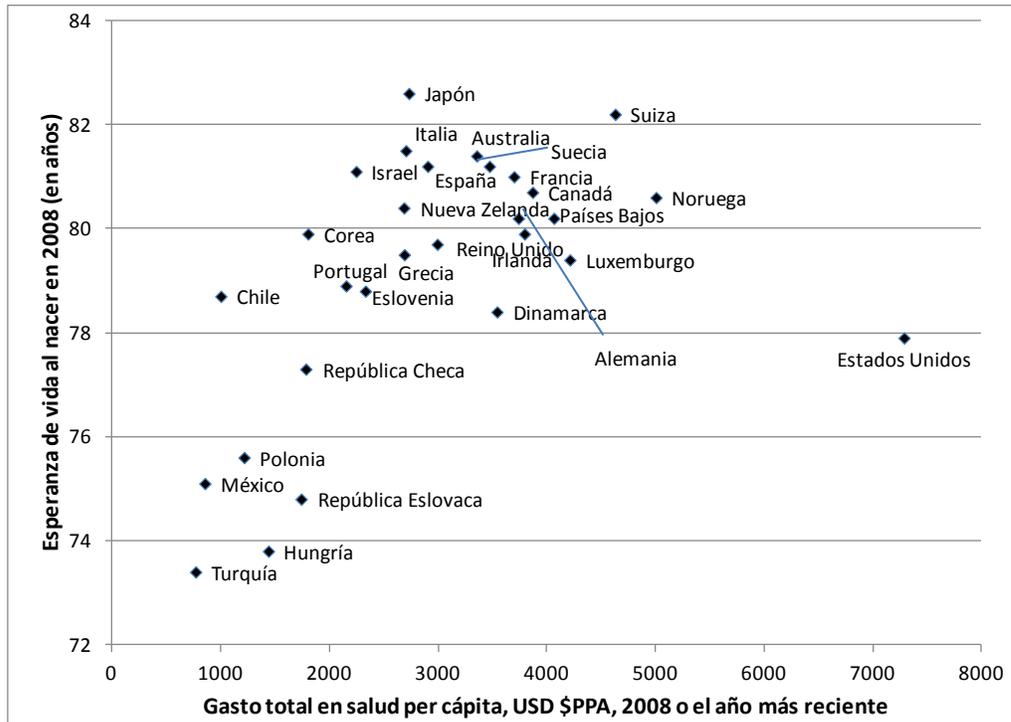
En México, el gasto público en salud se conforma principalmente con los siguientes recursos: aportaciones del gobierno federal a varias instituciones de seguridad social, transferencias del gobierno federal a la SSA y a los servicios de salud estatales y aportaciones obrero-patronales. El gasto público en salud es marcadamente desigual entre los estados, debido en parte a las diferencias en el nivel de cobertura de los seguros de gastos médicos que ofrece cada entidad a través de sus instituciones de seguridad social. En 2000, México registró un gasto promedio de 1,405 pesos per cápita (198 USD a la PPA de 2005) a nivel nacional, mientras que el Distrito Federal consignó un promedio de 2,518 pesos per cápita (353 USD a la PPA de 2005). En el otro extremo está el estado de Puebla, donde sólo se destinaron 906 pesos per cápita (127 USD a la PPA de 2005) al gasto público en salud.

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

La Gráfica 3.6 muestra que un gasto total per cápita menor en salud (gasto público y privado) en un país generalmente se asocia con una menor esperanza de vida al nacer. Entre los países de la OCDE, México se ubica en la esquina inferior izquierda con una de las esperanzas de vida al nacer más bajas y un gasto total per cápita en salud bajo. Sin embargo, un gasto mayor no siempre se relaciona con una esperanza de vida más alta: Estados Unidos tiene los niveles más altos de gasto en salud de la OCDE, pero una esperanza de vida moderada.

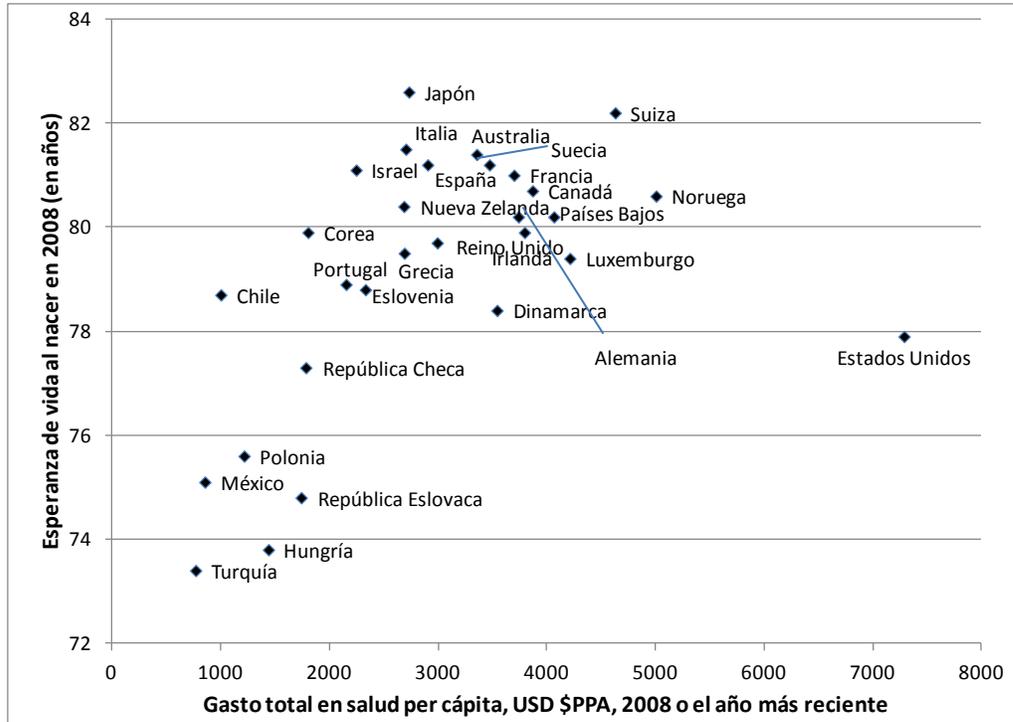
### Gráfica 3.6

#### Gasto total en salud (público y privado) per cápita y esperanza de vida al nacer, 2008<sup>20</sup>



<sup>20</sup> Se presenta solo una selección de países de la OCDE debido a la restricción de espacio. El gasto total en salud se conforma tanto por el gasto público como el privado, e incluye el consumo de bienes y servicios de salud, los programas públicos de salud y el gasto en infraestructura para la atención médica. Se excluyen los gastos relacionados con la salud, como la investigación.

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud



Fuente: OCDE, Panorama de la sociedad, 2011: Indicadores Sociales de la OCDE.

En términos de disponibilidad de recursos de salud, México cuenta en promedio con menos de una cama de hospital por cada 1,000 habitantes, ubicándose entre las tasas más bajas de América Latina, junto con Venezuela, Honduras y El Salvador. De acuerdo con la OCDE, México tenía dos médicos por cada 1,000 habitantes en 2009, la segunda tasa más baja entre los países miembros, así como la tasa más baja de enfermeras por persona (2.5 por cada 1,000 habitantes). A pesar de un aumento en el número de doctores y enfermeras en activo entre 1990 y 2009, dichas cifras siguen siendo bajas en relación con otros países de la OCDE.

### 3.4.2 El sistema mexicano de salud

En 2009, aproximadamente el 46% de la población estaba cubierta por algún programa de seguridad social en materia de salud, entre el 1.5 y el 3% contaba con seguro privado de gastos médicos y aproximadamente el 26% era derechohabiente del SPS, lo cual significa que el 27% de los mexicanos no tenía cobertura ni seguro de atención médica.<sup>21</sup> La cantidad de adultos mayores no asegurados difiere entre las zonas urbanas y las rurales. Wong y Díaz encuentran que, en términos de cobertura de atención médica, el 38% de los

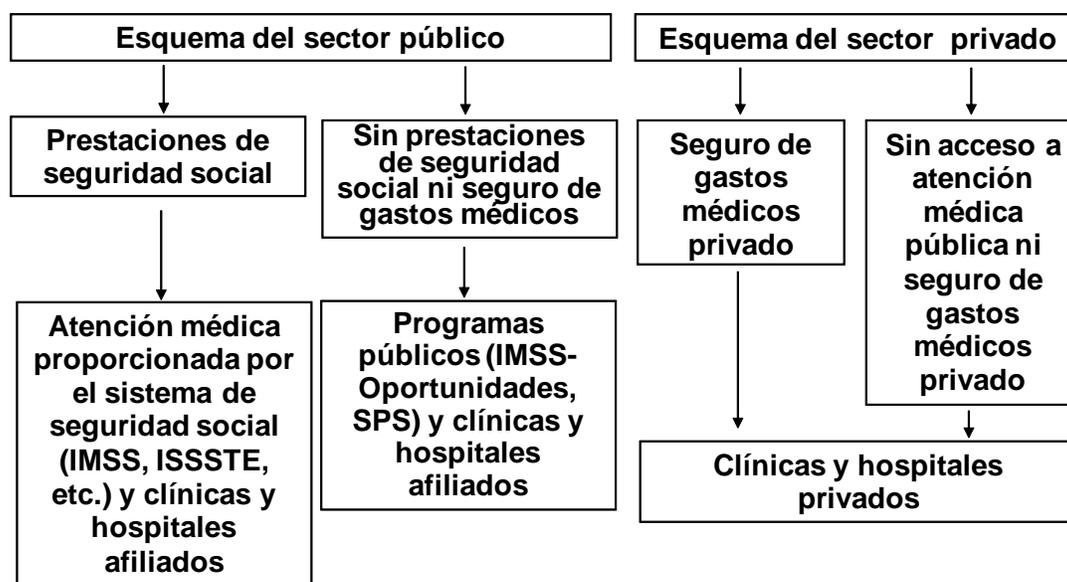
<sup>21</sup> Los seguros privados están disponibles en México a través de varias compañías de seguros y los planes de prepago generalmente son cubiertos por el asegurado; los planes privados proporcionados por el patrón no son comunes en México. Las personas de ingresos más altos pueden acceder a seguros de gastos médicos privados mediante la compra de un plan prepago (Giedion et al., 2010).

adultos mayores de las zonas rurales (50 años de edad en adelante) tienen cobertura de seguro médico, mientras que esta cifra es de 73% en las zonas urbanas.<sup>22</sup>

La Gráfica 3.7 muestra una versión simplificada del sistema mexicano de salud. El sector público comprende las clínicas y hospitales bajo el sistema de seguridad social, el cual está disponible para los derechohabientes de las respectivas instituciones (trabajadores activos y trabajadores por cuenta propia que hacen aportaciones y pensionados). El sector público también incluye los servicios de salud proporcionados por el gobierno a través de programas como IMSS-Oportunidades, SPS y SSA, los cuales están disponibles para aquellas personas que no son derechohabientes de un esquema de seguridad social. El sector privado integra el pequeño porcentaje de mexicanos que cuenta con un seguro privado de gastos médicos (sea proporcionado por el patrón o por un plan prepagado comprado por el asegurado) que les da acceso a los servicios de clínicas y hospitales privados. Quienes no cuentan con atención médica proporcionada por el sector público ni con un seguro privado de gastos médicos, también pueden recibir atención médica en clínicas y hospitales privados, pero pagando los gastos de su bolsillo.

**Gráfica 3.7**

**Diagrama del sistema mexicano de salud**



*Nota:* IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SPS: Seguro Popular de Salud.

*Fuente:* Autores, modificado a partir de U. Giedion, M. Villar, and A. Ávila, “Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado” (Fundación MAPFRE, Instituto de

<sup>22</sup> La cobertura de los seguros de gastos médicos según referida por Wong y Díaz (2007) no es igual a la cobertura del sistema de seguridad social, ya que incluye tanto el seguro público de gastos médicos (análogo a la cobertura del sistema de seguridad social) como el seguro privado de gastos médicos. Los seguros privados de gastos médicos cubren entre el 1.5 y el 3% de la población (Giedion *et al.*, 2010).

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

Ciencias del Seguro, 2010), disponible en:

<http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>

### ***Prestación de atención médica privada***

Las instituciones privadas de salud desempeñan un papel importante dentro del sistema de salud del país. Las que operan con fines de lucro ofrecen una variedad de servicios de salud y atención médica que por lo general requieren de gastos de bolsillo, los cuales pueden importar hasta 90% del gasto privado total en salud. En México, los patrones normalmente no ofrecen seguros privados. En 2005, sólo 23 empresas ofrecían algún tipo de producto de seguro de gastos médicos. Estos seguros privados cubren entre el 1.5 y el 3% de la población atendida en clínicas y hospitales privados.

### ***Gastos de bolsillo en salud***

Para las personas que no tienen acceso a los servicios de salud que ofrece el sistema de seguridad social ni a seguros privados de gastos médicos, los gastos de bolsillo para este fin pueden llegar a representar el 30% o más del ingreso personal y quienes están en los niveles de ingresos más bajos son los que más incurren en esos desembolsos. En su mayor parte, los gastos de bolsillo se destinan al pago de procedimientos ambulatorios, medicamentos, gastos de hospitalización y de maternidad y en promedio son más altos para las familias de las zonas urbanas (aunque representan un porcentaje más alto del ingreso de los residentes de las zonas rurales) y las familias con niños o personas de más de 65 años de edad. Quienes cuentan con seguros de gastos médicos, no obstante, también incurren en gastos de bolsillo, especialmente para procedimientos ambulatorios.

### ***El Seguro Popular de Salud***

El Seguro Popular de Salud (SPS) fue creado en 2001 como un programa piloto en cinco estados de la República Mexicana: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Surgió con el objetivo principal de garantizar gradualmente el derecho a la cobertura de atención médica para todos los mexicanos; y reemplazó al sistema anterior de la SSA que ofrecía servicios de salud para personas sin acceso al sistema de seguridad social ni seguro privado de gastos médicos. El SPS se diseñó para mejorar las carencias del sistema de la SSA, por ejemplo, la escasez de medicamentos de prescripción, los problemas de financiamiento, un paquete de prestaciones limitado y la falta de cobertura para personas de bajos recursos. Las clínicas y los servicios de la SSA ahora ofrecen los servicios del SPS.

El SPS está dirigido a familias que se ubican en los seis deciles inferiores de la distribución del ingreso. En 2004, cuando el programa ya se había expandido para cubrir cerca del 14.3% de las familias anteriormente no aseguradas, se estableció la Ley del Seguro Popular, que convirtió al programa piloto en ley y extendió el programa a todos los estados. En 2008, 20 millones de mexicanos eran ya beneficiarios del SPS.

En términos de financiamiento, el SPS es similar al IMSS y el ISSSTE en cuanto a que también tiene una estructura tripartita de aportaciones. En el primer nivel se ubica el financiamiento del gobierno federal; en el segundo (en lugar de las aportaciones patronales), el de los gobiernos estatales; y en el tercero (en lugar de las cotizaciones de los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE), las aportaciones de las familias participantes, a las que se les cobra según un sistema escalonado que varía de acuerdo

NSE; es importante señalar que las familias que se ubican en los dos deciles inferiores están exentas de cubrir aportaciones. Anteriormente, el sistema de la SSA cobraba un copago por servicio; el SPS tiene una cuota anual que cubre los servicios disponibles. Las operaciones y los costos estimados del SPS están regulados por el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). El número de servicios de salud y medicamentos asociados que puede cubrir el SPS ha aumentado al pasar de 78 opciones en el programa piloto a 266 en el año 2008.

### **3.5 Resumen de los sistemas de pensiones y salud en México**

En México, la seguridad social se proporciona principalmente a través del IMSS, el cual cubre a los trabajadores del sector privado cuyos patrones los registran para ser derechohabientes y a los trabajadores por cuenta propia que hacen sus aportaciones; por su parte, el ISSSTE cubre a los empleados del sector público. Tanto el IMSS como el ISSSTE ofrecen prestaciones de pensión y cobertura de atención médica. Estas instituciones comenzaron como sistemas PAYG (de reparto) y recientemente se reformaron como sistemas de PRA. La edad de jubilación oficial en México es de 65 años; sin embargo, mucha gente mayor continúa trabajando después de esa edad, por lo menos medio tiempo, debido a la falta de una cobertura amplia del sistema de seguridad social. Menos de la mitad de la población activa del país aportó al sistema de pensiones de principios a mediados de la década de 2000. Entre los países de la OCDE, México destaca por tener el promedio de edad más alta de jubilación efectiva en los hombres y la segunda más alta en las mujeres.

El sector informal emplea más del 50% de la fuerza laboral en México, lo que representa un reto importante para la prestación de servicios del sistema de seguridad social (pensión y atención médica). Este sector ha ido en aumento en los últimos años; la informalidad es más frecuente en las zonas rurales y en empresas con 1 a 5 empleados. Las personas que trabajan en el sector informal pueden tener acceso a los servicios de salud que proporciona el gobierno y a programas de pensiones no contributivas. Los programas para el sector informal se han ido ampliando en las últimas décadas, pero aún no cubren todo el país.

En términos de las opciones privadas de ahorro para el retiro, en décadas recientes han empezado a surgir productos privados para el retiro con un régimen fiscal favorable. No hay mucha información sobre la cobertura de estos productos pero se presume que es baja. Asimismo, pocas empresas en México ofrecen pensiones privadas.

El gasto público en salud es bajo en comparación con otros países de la OCDE y marcadamente desigual entre los diferentes estados del país. La prestación de atención médica privada desempeña un papel importante en México. Quienes cuentan con cobertura del sistema de seguridad social reciben atención médica de las instituciones públicas respectivas (por ejemplo: IMSS e ISSSTE); las personas que no tienen cobertura del sistema de seguridad social pueden acceder a programas públicos como el SPS, contratar un seguro privado de gastos médicos, o pagar los gastos al respecto de su bolsillo. Sin embargo, la cobertura de los seguros privados de gastos médicos es baja. Los gastos de bolsillo en salud representan un alto porcentaje del ingreso familiar y aún las personas que cuentan con cobertura del sistema de seguridad social también pueden llegar a pagar algunos servicios de su bolsillo.

#### **4 LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ**

En este capítulo, analizamos las fuentes de ingresos de los adultos mayores mexicanos y el papel que desempeñan en la seguridad económica de las personas de la tercera edad, utilizando los datos de encuestas del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).<sup>23</sup> El ENASEM es un estudio de panel sobre personas nacidas antes de 1951 y sus cónyuges. La primera ronda de datos se recopiló en 2001 y la segunda en 2003. El conjunto de datos es representativo a nivel nacional con la inclusión de 9,862 hogares en la primera encuesta. Se reunió información del encuestado principal, su cónyuge, otros miembros de su familia y sobre los hijos no residentes.<sup>24</sup> En nuestro análisis usamos datos ponderados de 2001 para los cuadros y las gráficas descriptivas.

La muestra del ENASEM se obtuvo del cuarto trimestre (octubre-diciembre) de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) del año 2000. El ENASEM tiene datos útiles para estudiar la relación entre la salud y las medidas del NSE, incluyendo las fuentes de ingresos de las personas (pensiones de instituciones de seguridad social, pensiones privadas, ingresos laborales, alquiler de propiedades, ingresos por bienes de capital, utilidades comerciales, transferencias de familiares y transferencias públicas), la riqueza familiar (vivienda, bienes, negocios, hipotecas y deuda) y la educación. Vale la pena advertir que dada la fecha de los datos del ENASEM, los resultados presentados no reflejarán los cambios más recientes en los sistemas de pensiones y salud descritos en el capítulo anterior.

Comenzamos esta sección con un análisis de las fuentes de ingresos y posteriormente exploramos cada fuente de manera individual. En el ENASEM, el ingreso del encuestado principal se define como la suma de los ingresos de varias fuentes que recibe el encuestado principal y/o su cónyuge. Como fuentes de ingresos se consideran los salarios (sueldos), bonos, pensiones (de instituciones de seguridad social y pensiones privadas), transferencias públicas, transferencias de familiares, ingresos por negocios e ingresos por propiedades y bienes.<sup>25</sup> A menos que se especifique lo contrario, en este capítulo nos referimos al ingreso del encuestado como el ingreso combinado de él y su cónyuge.

Nuestro enfoque básico se fundamenta en un análisis descriptivo (comparaciones de medias) de las características de quienes reciben una fuente de ingresos particular y quienes no. También presentamos análisis multivariados de los determinantes de la condición de receptor de una fuente de ingresos particular y en ciertos casos el monto

---

<sup>23</sup> Comuníquese con los autores (consulte los datos de contacto en el prólogo) para solicitar los archivos con información más detallada de todos los cuadros y las gráficas elaboradas por los autores a partir de los datos del ENASEM.

<sup>24</sup> Aunque en algunos casos sólo se recopilaron los datos del encuestado principal de la familia seleccionada, en ciertas secciones del ENASEM también se reunió información sobre el cónyuge (n= 5,596). La encuesta también recopiló información sociodemográfica sobre el resto de los miembros de la familia (n= 23,477) y los hijos no residentes (n= 36,850) del encuestado principal o su cónyuge.

<sup>25</sup> En el caso de los salarios, los bonos, las pensiones y las transferencias públicas, la encuesta recopiló por separado los datos del monto recibido por el encuestado y el recibido por su cónyuge. En el caso de los ingresos provenientes de transferencias de familiares, por bienes, propiedades y negocios, la encuesta recopiló un solo monto para el encuestado y su cónyuge.

recibido de dicha fuente. La evaluación de la salud y el ingreso en la siguiente sección, se sustenta en herramientas similares que examinan a la vez indicadores del estado de salud y el uso de los servicios de salud.

#### **4.1 Fuentes de ingresos de los adultos mayores mexicanos**

La Gráfica 4.1 muestra las distintas fuentes de ingresos de las personas de 50 años de edad en adelante,<sup>26</sup> las cuales incluyen el monto recibido por el encuestado principal y/o su cónyuge. Se observa también que el salario y los ingresos por negocios declinan en importancia con la edad.<sup>27</sup> Las transferencias de familiares y las pensiones (incluyendo tanto pensiones de instituciones de seguridad social como privadas) ganan importancia a medida que las personas envejecen. A partir de los 70 años, las transferencias de familiares están entre los componentes más importantes del ingreso, junto con los ingresos por salarios y pensiones. Después de los 85 años, los salarios y los ingresos por negocios aún componen más del 10% del ingreso. Las transferencias públicas (como las pensiones no contributivas o las transferencias de efectivo de programas como Oportunidades) desempeñan un papel menor aunque se vuelven más importantes para las edades más altas.<sup>28</sup>

---

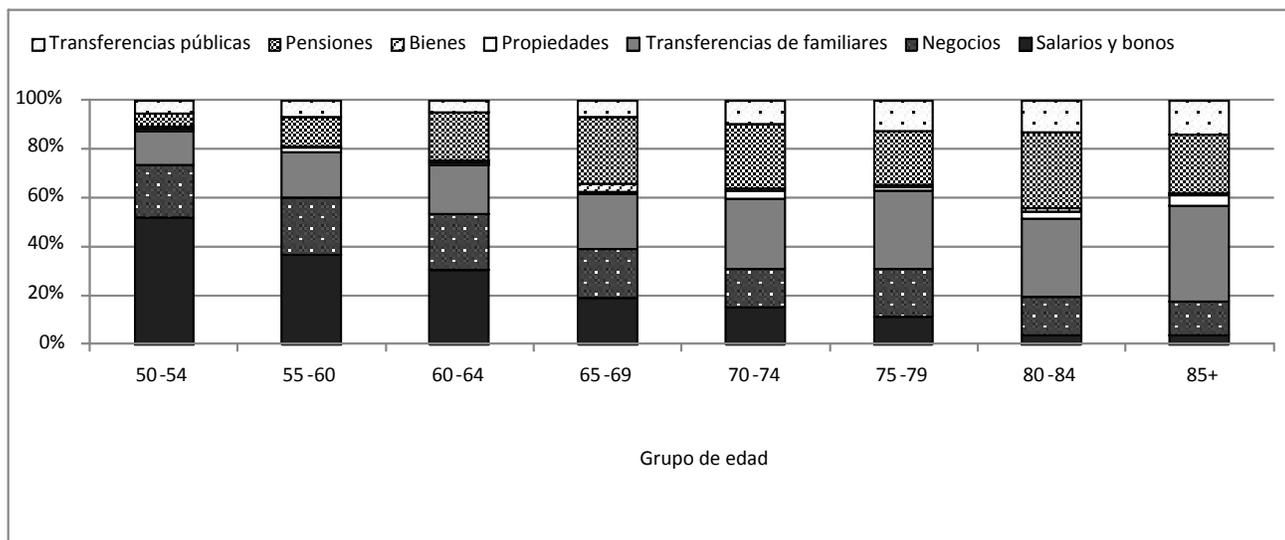
<sup>26</sup> Cabe mencionar que podría haber selección de mortalidad. Es decir, la mortalidad tiende a ser mayor para los grupos con un NSE menor y, por lo tanto, en las edades más avanzadas las personas con un NSE mayor representan una porción cada vez mayor de la población de esa edad. La evidencia de Estados Unidos muestra que la riqueza y las tasas de mortalidad están correlacionadas (véase, por ejemplo, Attanasio y Hoynes, 2000). En muchos otros países se han encontrado patrones similares.

<sup>27</sup> Los ingresos por negocios se definen como ingresos que provienen de un negocio propiedad del encuestado y/o su cónyuge u otros miembros de la familia. Se usaron los ingresos más que las utilidades, ya que hubo problemas con los gastos reportados del negocio; los adultos mayores pueden tener poco conocimiento de sus gastos reales, lo que podría arrojar estimaciones sustancialmente sesgadas.

<sup>28</sup> El programa Oportunidades ofrece una transferencia de efectivo condicionada a los adultos mayores y a las familias para que envíen a sus hijos a la escuela y participen en revisiones médicas regulares (véase, por ejemplo, Gertler y Boyce, 2001).

**Gráfica 4.1**

**Fuentes de ingresos entre los encuestados por rango de edad, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Aunque en la mayoría de los casos (56%) los adultos mayores dependen de una sola fuente de ingresos; en el 44% dependen de dos o más fuentes. Cabe destacar que las personas que reciben ingresos por salarios o bonos tenían más probabilidades de depender únicamente de esta fuente de ingresos. De hecho, casi la mitad (49%) de quienes perciben un salario lo citaron como su única fuente de ingresos, en comparación con el 35% de quienes reciben transferencias privadas y 33% que reciben ingresos por negocios. En el caso del resto de los asalariados que tenían dos o más fuentes de ingresos, incluyendo sus sueldos, la mayor parte de su ingreso restante provenía de negocios, pensiones o transferencias de familiares.

En general, el panorama dominante que surge de los datos es el hecho de que las pensiones formales (sean del sistema de seguridad social o de instituciones privadas) desempeñan un papel más bien modesto y los mecanismos informales como las transferencias de familiares o el trabajo a edades avanzadas proporcionan la mayor parte del ingreso de los adultos mayores.

Estudios anteriores también revelaron que las transferencias de los hijos adultos a sus padres son una fuente importante de ingresos para los mexicanos de la tercera edad. De Vos *et al.* usaron la Encuesta Nacional Sociodemográfica sobre el Envejecimiento (ENSE) de 1994 para examinar el vínculo entre la coresidencia y las transferencias de los hijos adultos a sus padres (todos de 60 años de edad en adelante). Encontraron que el 48.1% de los hombres de 60 años de edad en adelante obtuvo su ingreso de su trabajo, el 15.6%, de pensiones y el 36.3% no tenía ingresos ni por pensión ni por trabajo. Los autores también encontraron que los hijos adultos desempeñaban un papel importante al

proporcionarles asistencia a sus padres en la vejez. En esta muestra, un adulto mayor recibía ayuda financiera de la familia en promedio 3.9 veces al mes, ayuda física 6.5 veces, ayuda en especie 16.6 veces y ayuda doméstica 19.9 veces al mes.

Con base en los datos de la ENIGH de 1996 para personas de 50 años de edad en adelante, Parker y Wong observaron que los hombres de mayor edad tienen más probabilidades que las mujeres de tener una fuente de ingresos. Específicamente, el 60% de los hombres reporta fuentes de ingresos derivadas de trabajos pagados y trabajos por cuenta propia, frente al 17% de las mujeres por esa misma condición. Entre los hombres, el 19% percibe ingresos por pensión, mientras esto ocurre únicamente con el 9% de las mujeres. En contraste, el 17% de las mujeres recibe transferencias de familiares o amigos, en comparación con el 15% de los hombres. En las siguientes secciones analizaremos con más detalle las principales fuentes de ingresos de los adultos mayores.

## **4.2 Transferencias de familiares**

Muchos adultos mayores que no reciben una pensión necesitan depender de sus familiares para mantenerse. También con base en datos del ENASEM de 2001, Gomes encontró que uno de cada cuatro hijos adultos vive con sus padres de la tercera edad (de 60 años de edad en adelante); la edad promedio de estos hijos corresidentes es de 22 años, en su mayoría son solteros (69%) y disfrutan de buen estado de salud (93%).<sup>29</sup> Por otro lado, la edad promedio de los hijos que no viven con sus padres se ubica en 43 años y de los cuales 10% son solteros. La mayoría de estos hijos adultos vive en la misma ciudad que sus padres; sólo 21% de los que no viven con sus padres reside en otra ciudad del país; y el 11% vive en Estados Unidos.

De acuerdo con la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE), en la ciudad de México en el año 2000, más de 1 millón de adultos mayores—88% de hombres y 94% de mujeres—recibió algún tipo de transferencia (Gomes, 2007). Sin embargo, no sólo reciben transferencias, sino también dan algún tipo de apoyo. A nivel nacional (según datos del ENASEM), entre los adultos de edad avanzada, el 60.8% de los hombres y el 26.4% de las mujeres son jefes de familia. De acuerdo con los datos de la encuesta SABE, los apoyos se intercambian principalmente, primero entre cónyuges (19% de los hombres y 58% de las mujeres de edad avanzada) y después entre padres de la tercera edad e hijos adultos. También advierte que las personas de la tercera edad, las mujeres principalmente ofrecen servicios y cuidados a sus hijos adultos y reciben dinero y servicios, mientras que los hombres proporcionan dinero y reciben servicios.

Gomes destaca que la coresidencia intergeneracional es más común entre las mujeres que entre los hombres de edad avanzada, debido tanto a su mayor esperanza de vida como a su papel tradicional de cuidadoras del hogar. Asimismo, dado que en promedio los hombres tienen mayor acceso a los recursos institucionales en la tercera edad, como el apoyo de una pensión (27%) y el Programa de Apoyos Directos al Campo

---

<sup>29</sup> El apoyo que ofrece la coresidencia puede ir de los hijos adultos a los padres o de los padres a los hijos (o en ambas direcciones).

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

(Procampo) (14%), más mujeres que hombres dependen de las remesas nacionales e internacionales como fuente de ingresos en la vejez.<sup>30</sup>

Los hombres tienden a mantenerse como jefes de familia y proveedores hasta una edad muy avanzada. A propósito, los hombres mayores que no son capaces de cumplir las expectativas de su papel tradicional como proveedores, se enfrentan a niveles de estrés y presión social más altos que aquellos que sí pueden cumplirlas, lo cual puede afectar su estado de salud. Las mujeres con frecuencia permanecen en su papel de cuidadoras de sus hijos y nietos y tienen más probabilidades de recibir ayuda de los hijos y de sobrevivir a sus esposos. Es menos probable que las mujeres mayores hayan participado en el mercado laboral y, en consecuencia, tienden a obtener un menor ingreso. Por consiguiente, es más frecuente que las mujeres de la tercera edad requieran la ayuda de sus hijos en forma de transferencias de familiares y remesas (transferencias de familiares que provienen de otro país).

De acuerdo con el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), América Latina y el Caribe recibieron aproximadamente 28 mil millones USD en remesas en 2002; y en 2007, esta cifra aumentó 115% y alcanzó los 60 mil millones USD. En 2007, tan sólo México recibió 25 mil millones USD, con lo cual se convirtió en el tercer mayor receptor de remesas a nivel mundial. Se cree que esta cifra subestima la dimensión real del flujo de remesas, ya que muchas transacciones no se registran. El Pew Hispanic Center (2009) reporta que 12.7 millones de inmigrantes mexicanos (11.8% de la población total de México) vivían en Estados Unidos en 2008, representando el 32% de todos los inmigrantes que residían en ese país. Muchos de estos migrantes regresan a México; al respecto, Passel y Cohn estiman que entre febrero de 2008 y febrero de 2009, 636,000 mexicanos emigraron a Estados Unidos y 433,000 regresaron a México, aunque algunos de estos últimos podrían volver a emigrar en el futuro.

### ***Ayuda financiera de los hijos adultos***

Entre los hogares encuestados en el ENASEM, el 30.8% recibió transferencias de dinero o en especie de sus hijos durante un periodo de 2 años.<sup>31</sup> La media no condicional anual de las transferencias de familiares, incluyendo los hogares que no reciben transferencias, es de 9,469 pesos o 1,328 USD (a la PPA de 2005). La media condicional anual entre los hogares que reciben transferencias de los hijos es de 33,407 pesos o 4,687 USD (a la PPA

---

<sup>30</sup> Procampo (Programa de Apoyos Directos al Campo) es un programa de transferencias implementado en 1994 (que coincidió con el inicio del TLCAN, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte) para compensar a los productores agrícolas por las caídas esperadas de los precios nacionales como resultado de la liberalización comercial. Para más información, véase Sadoulet et al., 2001.

<sup>31</sup> Para identificar a los receptores de transferencias, el cuestionario del ENASEM incluye la siguiente pregunta: “En los últimos dos años, ¿usted (o su cónyuge) ha recibido ayuda en dinero o en especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)?”. Cabe destacar que en 2001 sólo se les preguntó a las personas que recibieron un monto de al menos 5,000 pesos o 701.6 USD (a la PPA de 2005) durante los 2 años previos a la encuesta, con la pregunta: “En total por los dos años, ¿fue esa ayuda de \$5,000 pesos o más (o como 200 pesos al mes)?”. La pregunta de seguimiento sobre el monto fue: “¿En total, como por cuánto dinero fue ese apoyo en los últimos dos años?”. Los encuestados también indicaron la frecuencia con la que recibieron las transferencias. Se imputaron los montos de las transferencias menores de 5,000 pesos.

de 2005). El Cuadro 4.1 presenta la distribución de las transferencias anuales en dinero y en especie de los hogares que las reciben de los hijos o nietos. Las transferencias tienen una distribución desigual: en el 5° percentil son de 337 USD (a la PPA de 2005); en la mediana son de 1,571 USD; y en el 95° percentil son de 12,039 USD.

#### **Cuadro 4.1**

#### **Distribución condicional de las transferencias de dinero y en especie que los encuestados reciben de sus hijos, 2001<sup>32</sup>**

Percentiles	Monto anual promedio de transferencias recibidas de los hijos	
	Pesos	Dólares estadounidenses (PPA de 2005)
1%	600	84
5%	2,400	337
10%	2,900	407
25%	5,200	730
50%	11,200	1,571
75%	24,000	3,367
90%	49,000	6,875
95%	85,800	12,039
99%	290,000	40,690
Media	33,407	4,687
DE	180,196.3	25,284
Número total de observaciones	3,081	

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

*Notas:* PPA: paridad del poder adquisitivo.

#### ***Transferencias de familiares y nivel educativo de los adultos mayores***

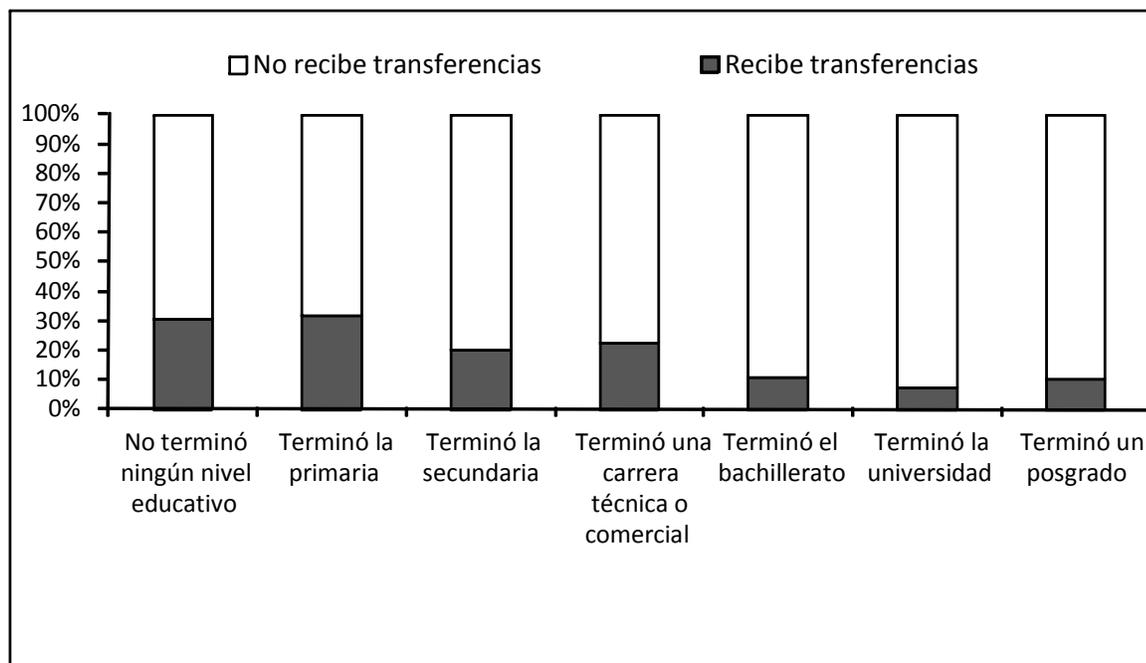
La Gráfica 4.2 muestra el porcentaje de los adultos mayores que recibe y que no recibe transferencias por nivel de logro educativo.<sup>33</sup> Es menos probable que las personas que tienen niveles de logro educativo altos reciban transferencias. Uno de los motivos de esto puede ser que hay más probabilidades de que las personas que cuentan con un mayor nivel educativo todavía estén activas en el mercado laboral. Otra posible explicación puede ser que, dado lo altamente correlacionado que está el nivel educativo con el ingreso, las personas que tienen estudios de educación superior con frecuencia dependen menos de sus hijos en términos de ayuda financiera.

#### **Gráfica 4.2**

<sup>32</sup> El cuestionario del ENASEM le pide a los encuestados que proporcionen un valor estimado de las transferencias de dinero o en especie que han recibido.

<sup>33</sup> El logro educativo aplica para el encuestado principal de la familia.

**Encuestados que reciben transferencias por nivel de logro educativo, 2001<sup>34</sup>**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

***Dimensión de las transferencias de familiares***

En el Cuadro 4.2 se muestra el porcentaje de transferencias como una proporción del ingreso total. Entre quienes reciben transferencias, un ingreso más alto está asociado con una menor dependencia de éstas. Más de la mitad del ingreso bruto total de quienes conforman el 60% inferior en la distribución del ingreso proviene de transferencias de familiares. Del séptimo al novena decil, las transferencias representan menos de la mitad del ingreso total, aunque todavía son una parte sustancial. Para el 10% más rico, las transferencias representaron poco más de la mitad del ingreso total. Dado que el 10% inferior no reportó ingresos, no se presentan los resultados para este decil.<sup>35</sup>

**Cuadro 4.2**

**Transferencias como porcentaje del ingreso total entre los encuestados, 2001**

<sup>34</sup> En México, la primaria comprende los grados 1 a 6; la secundaria, los grados 7 a 9; y el bachillerato, los grados 10 a 12. Una vez terminada la secundaria se puede asistir a una escuela técnica o comercial, cuyos estudios normalmente sustituyen al bachillerato.

<sup>35</sup> Las personas que se ubican en el decil de ingresos más bajo pueden tener fuentes de ingresos que no consideran como tal y no las reportan en sus respuestas al ENASEM. Por ejemplo, muchos adultos mayores que viven con sus hijos pueden recibir de ellos alimento, albergue y ropa; técnicamente, esto se consideraría como un ingreso en especie, pero ellos no lo consideran así.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

<b>Decil de ingresos</b>	<b>Número de observaciones por decil</b>	<b>Porcentaje de encuestados que recibe transferencias<sup>36</sup></b>	<b>Transferencias como porcentaje del ingreso de sus receptores</b>
10% más pobre	987		
11-20%	986	15.9	95.4
21-30%	986	40.7	89.3
31-40%	986	27.2	61.1
41-50%	986	38.8	53.8
51-60%	987	40.2	59.1
61-70%	986	39.9	45.5
71-80%	986	35.7	45.0
81-90%	986	31.8	39.3
10% más rico	986	21.3	53.4
Total	9,862	28.3	60.7

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### *Frecuencia de las transferencias de familiares*

El Cuadro 4.3 muestra el número y el porcentaje de las personas de 50 años de edad en adelante que en 2001 reportaron haber recibido transferencias de hijos o nietos en los 2 años anteriores.<sup>37</sup> Más de la mitad de los encuestados recibió transferencias (53.2%); la mayoría de éstos (56.7%) reportó haber recibido más de 5,000 pesos en los últimos 2 años, mientras que el 43.3% recibió menos de 5,000 pesos. De aquellos que recibieron más de 5,000 pesos (702 USD a la PPA de 2005) en transferencias, muchos las obtuvieron semanal o mensualmente (75.2% en 2001), mientras que sólo el 24.8% recibió transferencias anuales o apoyos únicos de 5,000 pesos o más. En resumen, encontramos que entre aquellos que reciben transferencias, la mayoría recibe más de 5,000 pesos en 2 años y de éstos la mayoría las obtiene de manera regular (mensual o semanalmente). El hecho de que algunas personas reciban transferencias cada año o una sola vez puede deberse a sucesos eventuales, como una enfermedad, viudez, fallecimiento u otros; los hijos (o nietos) que envían transferencias cada semana o cada mes pueden estar cubriendo necesidades de consumo de los adultos mayores.

<sup>36</sup> El porcentaje corresponde a las personas que recibieron transferencias en dinero o en especie y que reportaron el monto recibido o un estimado del mismo.

<sup>37</sup> En 2001, para aquellos que reportaron recibir 5,000 pesos (702 USD a la PPA de 2005) o más en los últimos 2 años, se reporta la frecuencia de las transferencias (semanales o mensuales, anuales, o como apoyo único). Para aquellos que reportaron recibir menos de 5,000 pesos no se reportó la frecuencia.

**Cuadro 4.3**

**Porcentaje de encuestados que recibe transferencias y frecuencia del flujo de las transferencias, 2001**

<b>Frecuencia o monto de la transferencia recibida</b>	<b>Número de observaciones (personas)</b>	<b>Porcentaje que reporta la categoría de la transferencia (del total)</b>	<b>Porcentaje que reporta la categoría de la transferencia (de quienes reciben transferencias)</b>
<b>Recibieron 5,000 pesos (702 USD) o más</b>			
Semanal o mensualmente	2,288	22.7	42.6
Anualmente	637	6.9	13.0
Una sola vez	51	0.5	1.0
Recibieron menos de 5,000 pesos (702 USD, cualquier frecuencia)	1,748	23.1	43.3
No recibe transferencias	4,358	46.8	n/d
Número de observaciones	9,082		

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores

***Importancia de las transferencias de familiares para los adultos mayores de edad avanzada (85 años de edad en adelante)***

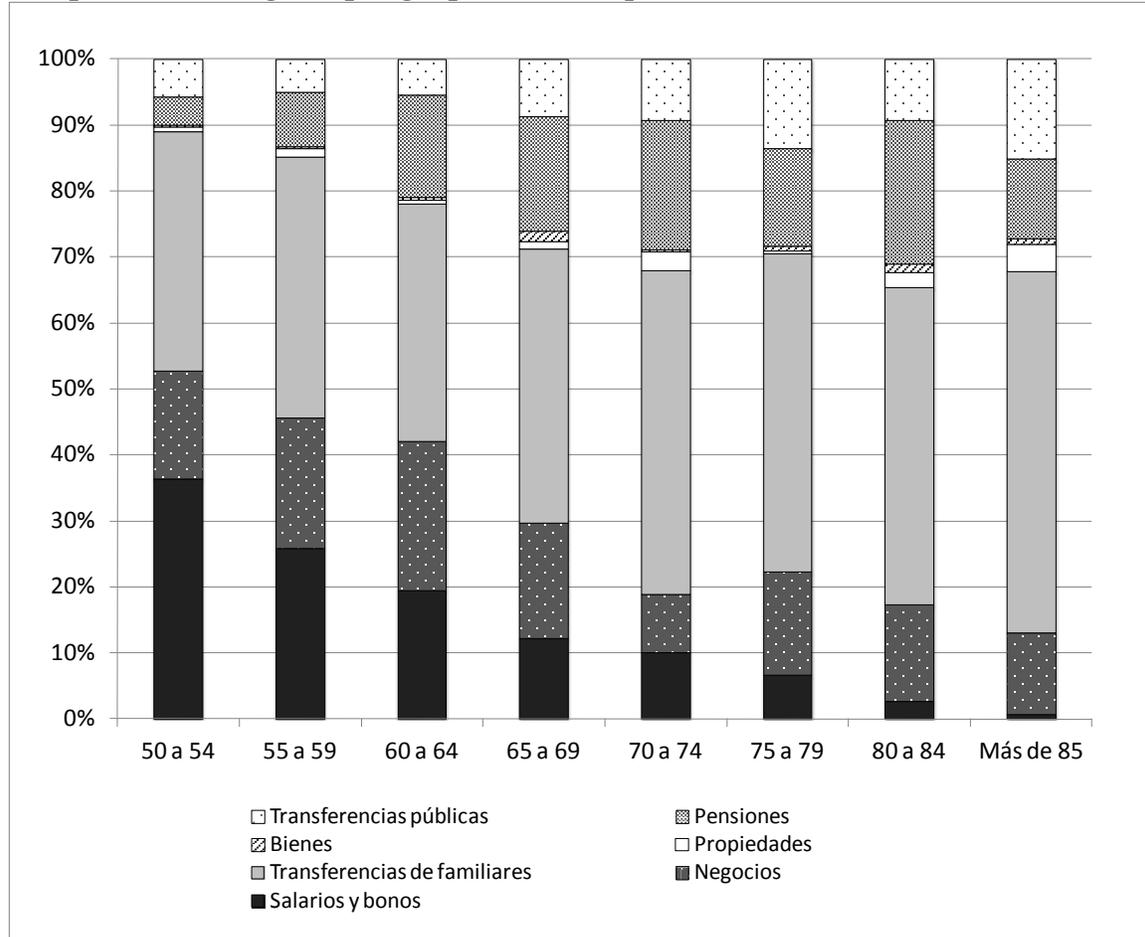
Con el tiempo, las personas que no han ahorrado para su jubilación a través del sistema de seguridad social o de pensiones privadas, pueden ser más dependientes de sus hijos como fuente de ingresos a una edad avanzada. Sin embargo, las transferencias difieren de los ingresos laborales, ya que para las primeras, a diferencia de los salarios o las pensiones, puede o no haber un acuerdo explícito entre las partes (es decir, entre padres e hijos) sobre su frecuencia, lo cual las convierte en una fuente de ingresos más riesgosa. Las transferencias también están sujetas a cambios en la vida de los hijos o de los padres (pérdida del empleo, viudez, etc.), a las preferencias de padres e hijos y su relación, entre otras circunstancias. Las Gráficas 4.3 y 4.4 muestran la composición del ingreso de quienes reciben transferencias y quienes no, respectivamente.

La Gráfica 4.3 muestra que la importancia de las transferencias de familiares como componente del ingreso aumenta en los grupos de mayor edad que las reciben. Por ejemplo, entre las personas de 50 a 60 años que reciben transferencias de familiares, éstas representan entre el 36 y 40% de su ingreso, comparado con el 48% para el ingreso de aquellos de 80 a 84 y 55% para aquellos de 85 años o más. La segunda fuente de ingresos más importante es el ingreso laboral (salarios y bonos), lo cual, como es de esperarse, declina con la edad mientras que las pensiones aumentan. Para las personas mayores de 65 años que reciben transferencias menos del 20% del ingreso bruto proviene de pensiones, con la excepción de aquellos de 80 a 84 años para los que la pensión representa el 21.8% de su ingreso. Los salarios y bonos, que comprenden el 36% del ingreso total en

el grupo etario de 50-54 años, representan menos del 1% del ingreso entre los adultos de mayor edad (85 años de edad en adelante).

**Gráfica 4.3**

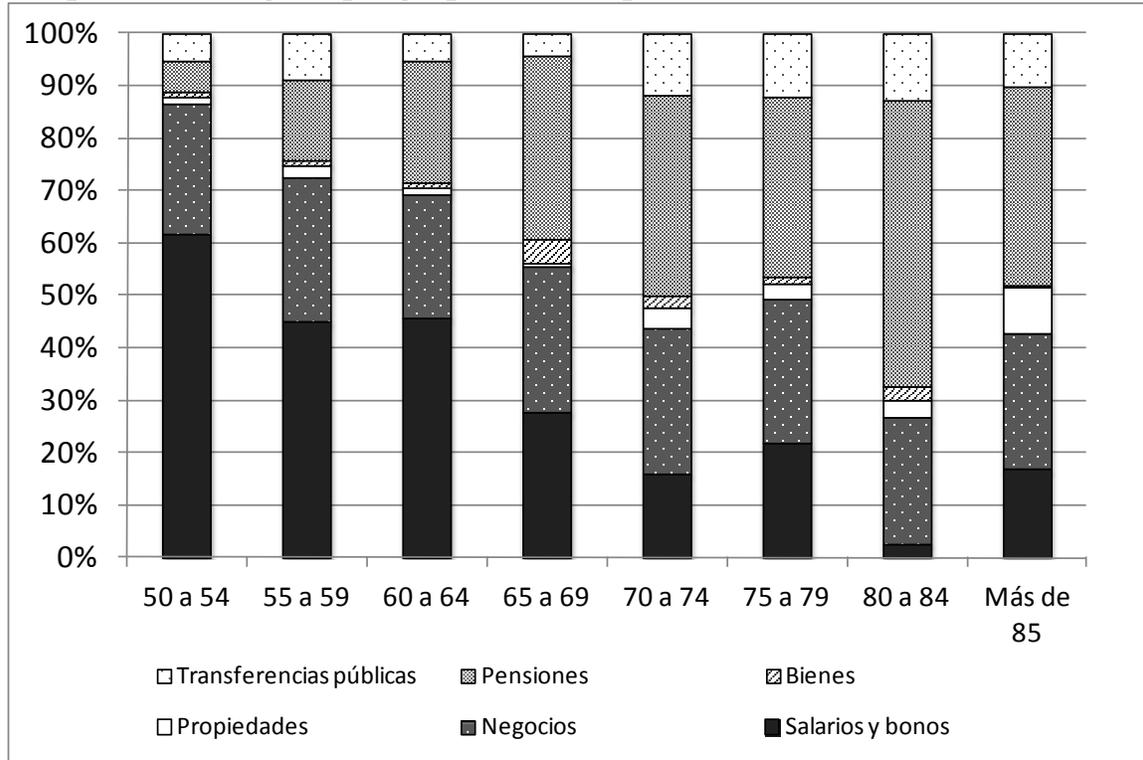
**Composición del ingreso por grupo etario de quienes reciben transferencias, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Un patrón similar de salarios y pensiones se muestra en la gráfica 4.4, la cual ilustra la composición del ingreso de los adultos mayores que no reciben transferencias. Los salarios representan aproximadamente el 65% del ingreso bruto entre las personas de menos de 55 años de edad; lo cual declina rápidamente al 45% en el grupo de 60 a 64 años y a menos del 10% en el grupo de 80 años de edad en adelante. Las pensiones reemplazan a los salarios entre los grupos de edad más avanzada y representan más de las dos terceras partes del ingreso bruto en el grupo de 80 a 84 años de edad.

**Gráfica 4.4**  
**Composición del ingreso por grupo etario de quienes no reciben transferencias, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

***Características de los adultos mayores que tienen más probabilidades de recibir transferencias de familiares***

Primero exploramos la relación entre la probabilidad de que una persona reciba transferencias y sus características personales y familiares (Cuadro 4.4). En segundo lugar, analizamos las características de las personas que reciben transferencias y los montos recibidos (Cuadro 4.5).

**Cuadro 4.4**

**Explicación de la probabilidad de recibir transferencias entre los encuestados, 2001**

Variable	Razón de posibilidades
Edad	1.080 [0.034**]
Edad al cuadrado	1.000 [0.000*]
Casado o en unión libre	0.800 [0.052***]
Mujer	1.550 [0.100***]
Vive en zona urbana	0.790 [0.050***]
Correside con al menos un hijo	1.090 [0.069]
Se le ha diagnosticado al menos una enfermedad crónica	1.170 [0.067**]
Autocalifica su estado de salud como excelente o bueno	0.850 [0.052**]
Número de hijos	1.100 [0.012***]
Al menos uno de sus hijos vive en Estados Unidos	1.850 [0.128***]
Promedio de escolaridad de sus hijos (en años)	1.020 [0.010**]
Educación	
1-3 años de escolaridad	0.910 [0.070]
4-6 años de escolaridad	0.830 [0.069***]
7-9 años de escolaridad	0.610 [0.065***]
10-12 años de escolaridad	0.450 [0.075***]
13-16 años de escolaridad	0.290 [0.057***]
17 o más años de escolaridad	0.300 [0.055***]
El encuestado trabaja actualmente	0.540 [0.035***]
El encuestado o su cónyuge han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR	0.790 [0.049***]
El encuestado o su cónyuge reciben ingresos por negocios	0.790 [0.054***]

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

El encuestado o su cónyuge reciben ingresos por pensiones	0.620 [0.049***]
Número de observaciones	6,895

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

*Notas:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . Errores estándar entre paréntesis. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro. Las categorías de referencia son: soltero, hombre, vive en zona rural, no vive con los hijos, no se le ha diagnosticado una enfermedad crónica, estado de salud regular o malo, ninguno de los hijos vive en Estados Unidos, sin estudios, no trabaja, el encuestado o su cónyuge no han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR, el encuestado o su cónyuge no reciben ingresos por negocios y el encuestado o su cónyuge no reciben ingresos por pensiones. Los ingresos por pensiones incluyen las pensiones de instituciones de seguridad social y las pensiones privadas.

El Cuadro 4.4 muestra las razones de posibilidades (ORs, por sus siglas en inglés) de una regresión logística que explica la probabilidad de que una persona reciba transferencias. Las ORs razones indican qué tanta probabilidad tiene una persona de recibir transferencias si la variable independiente aumenta en una unidad. Por ejemplo, una OR de 1.55 para las mujeres indica que éstas tienen 1.55 más probabilidades que los hombres de recibir transferencias de dinero o en especie. Una razón de posibilidades de 0.54 como la que se muestra para el estatus laboral (es decir, si el encuestado trabaja actualmente), indica que las personas que trabajan tienen aproximadamente la mitad de probabilidades de obtener transferencias de dinero o en especie de sus hijos o nietos respecto a las personas que no trabajan. La razón de posibilidades para la edad indica que las probabilidades de recibir transferencias aumentan con la edad. Las probabilidades también aumentan si se tienen más hijos y si al menos uno de ellos vive en Estados Unidos. Tener algún grado de escolaridad reduce las probabilidades de recibir transferencias de dinero. Es más probable que un mayor nivel educativo ayude a los adultos mayores a ser más independientes de la ayuda financiera de sus hijos.

En el modelo, las variables relacionadas con el trabajo (Cuadro 4.4) indica; 1) el estatus laboral del encuestado, el cual equivale a 1 si el encuestado trabaja actualmente y a 0 si no trabaja; 2) si el encuestado o su cónyuge tiene cobertura del sistema de seguridad social; 3) si reciben ingresos por negocios; y 4) si reciben ingresos por pensiones. La asociación inversa de estas cuatro variables con las probabilidades de recibir transferencias de familiares puede indicar que los hijos compensan la ausencia del ingreso laboral o de pensión con transferencias cuando se llega a la vejez.

**Cuadro 4.5**

**Características de las personas que reciben transferencias conforme a su monto, 2001**

Variable	Coeficiente
Edad	0.119 [0.089]
Edad al cuadrado	-0.001 [0.001*]
Casado o en unión libre	0.294 [0.198 ]
Mujer	0.376 [0.222]
Vive en zona urbana	0.669 [0.185*** ]
Correside con al menos un hijo	-0.188 [0.182]
Se le ha diagnosticado al menos una enfermedad crónica	0.169 [0.173]
Autocalifica su estado de salud como excelente o bueno	0.689 [0.187***]
Número de hijos	0.108 [0.039***]
Al menos uno de los hijos vive en Estados Unidos	0.774 [0.238***]
Promedio de escolaridad de los hijos (en años)	0.078 [0.023***]
Educación	
1-3 años de escolaridad	0.262 [0.202 ]
4-6 años de escolaridad	0.517 [0.230**]
7-9 años de escolaridad	0.752 [0.351**]
10-12 años de escolaridad	0.969 [0.625]
13-16 años de escolaridad	0.334 [0.792]
17 o más años de escolaridad	0.319 [0.789]
El encuestado trabaja actualmente	-0.533 [0.242** ]
El encuestado o su cónyuge han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR	-0.089 [0.197]

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

El encuestado o su cónyuge reciben ingresos por negocios	-0.015 [0.218]
El encuestado o su cónyuge reciben ingresos por pensiones	-0.145 [0.261]
Número de observaciones	7,004

---

*Notas:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . Errores estándar entre paréntesis. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro. Las categorías de referencia son: soltero, hombre, vive en zona rural, no vive con los hijos, no se le ha diagnosticado una enfermedad crónica, estado de salud regular o malo, ninguno de los hijos vive en Estados Unidos, sin estudios, no trabaja, el encuestado o su cónyuge no han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR, el encuestado o su cónyuge no reciben ingresos por negocios y el encuestado o su cónyuge no reciben ingresos por pensiones. Los ingresos por pensiones incluyen las pensiones de instituciones de seguridad social y las pensiones privadas.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

El Cuadro 4.5 muestra la regresión logarítmica del monto de las transferencias recibidas por los adultos mayores mexicanos de parte de sus hijos adultos.<sup>38</sup> Los resultados muestran que la edad y el sexo no están significativamente relacionados con el monto de las transferencias. Al igual que una prueba conjunta de sexo y edad tampoco mostró ninguna relación significativa al respecto. Por otro lado, si el padre tiene muchos hijos o al menos uno de sus hijos vive en Estados Unidos, el monto de las transferencias aumenta.

Como es de esperarse, los padres que trabajan tienen menos probabilidades de recibir transferencias y, si las reciben lo hacen en montos menores que los padres que no trabajan. Las demás variables relacionadas con el trabajo (cobertura del sistema de seguridad social e ingresos por pensiones y negocios) no tienen ninguna relación significativa con el monto de las transferencias que reciben los padres.

Los montos de las transferencias que reciben los encuestados que viven en zonas urbanas –si es que las reciben– son mayores; esto puede reflejar un costo de vida generalmente más alto en las zonas urbanas, lo cual se traduce en necesidades mayores. El patrón de salud es más difícil de interpretar: por un lado, tener al menos una enfermedad crónica aparentemente lleva a que los montos de las transferencias sean

---

<sup>38</sup> Para estimar el monto, tomamos en cuenta el sesgo potencial de la selección. No se observan las transferencias para quienes no las reciben. Asimismo, en 2001, no todas las personas reportaron el monto de las transferencias que recibieron si éstas estuvieron por debajo del límite de los 5,000 pesos definido por el ENASEM. Para contrarrestar el hecho de que no observamos remesas para todos, ya sea porque son iguales a cero o inferiores al límite de 5,000 pesos, usamos un modelo de selección de dos pasos de Heckman. La primera ecuación (la ecuación de selección) determina la probabilidad de que observemos una remesa para una familia. La segunda ecuación explica el nivel de las remesas que se observaron. Los resultados que se presentan en el Cuadro 4.5 representan esta segunda ecuación. La ecuación de selección (que no se muestra) incluye una variable indicadora que equivale a 1 si una persona y su cónyuge tienen 0 hijos vivos, y a 0 en caso contrario. Esta variable se excluye de la ecuación presentada en el Cuadro 4.5 (la restricción de exclusión).

mayores (aunque el efecto estadístico no es significativo), mayores, mientras que una mejor autoevaluación de la salud también aumenta esos montos. El efecto de la educación parece ser positivo en general, lo que sugiere un mayor estándar de vida (*ceteris paribus*) que se traduce en transferencias de montos más altos.

### **4.3 Remesas provenientes de los hijos y nietos**

A continuación se describe un tipo específico de transferencias de familiares: las remesas provenientes de los hijos y nietos. No sólo constituyen una fuente importante de ingresos para muchos adultos mayores, sino que las características de quienes las reciben pueden diferir de los grupos que no las reciben. Presentamos estadísticas descriptivas para ofrecer información más detallada sobre el papel de las remesas y las características de sus receptores. Aquí consideramos las remesas como transferencias de dinero que reciben los adultos mayores de sus propios hijos o nietos que viven fuera de México.<sup>39</sup> Entre los hijos o nietos que envían transferencias de dinero a sus padres o abuelos, el 22% vive en el extranjero, comparado con el 6.2% de los hijos que no las envían (ENASEM, 2001 – no se muestran los resultados).

#### ***Importancia de las remesas***

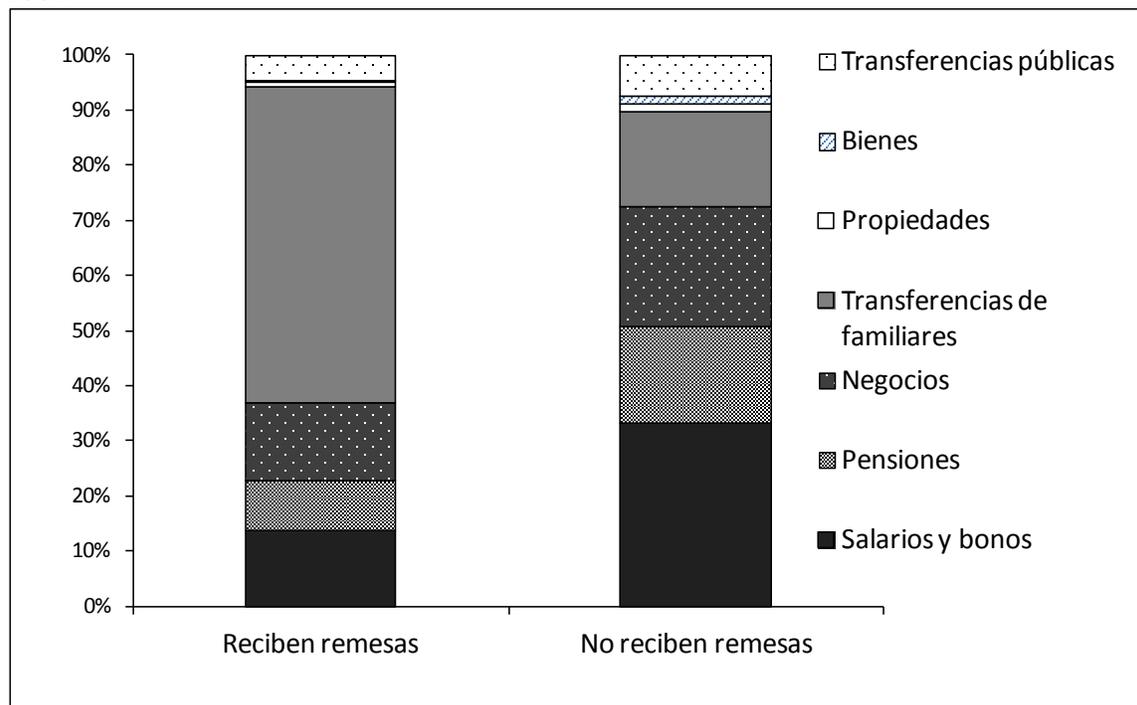
De acuerdo con el ENASEM, entre los adultos mayores que reciben ayuda de sus hijos, el 16.2% recibe remesas. La Gráfica 4.5 ilustra las diferencias sustanciales respecto a la composición del ingreso entre quienes reciben remesas y quienes no. Las remesas representan casi el 60% del ingreso bruto para sus receptores. Para quienes no reciben remesas, la ayuda de sus hijos contribuye con cerca del 17% del ingreso total. Los salarios constituyen una proporción mayor del ingreso bruto total anual de las personas que no reciben remesas (33%) respecto al de quienes sí las reciben (14%). Aunque los ingresos por negocios y pensiones siguen siendo fuentes de ingresos importantes para ambos grupos, para quienes no reciben remesas representan el 39% del ingreso total, comparado con el 23% de quienes sí las reciben.

---

<sup>39</sup> El ENASEM ofrece información sobre dónde vive cada hijo (es decir, en la misma colonia que el padre, en la misma ciudad, en el mismo país pero en otro estado, o en otro país y cuál) y si aportan o no transferencias de dinero o en especie. Por lo tanto, pudimos separar las transferencias provenientes de los hijos que viven en el país y de las de aquellos que viven en el extranjero.

**Gráfica 4.5**

**Composición del ingreso bruto de las personas que reciben remesas y las que no, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

A pesar de la importancia relativa de las remesas en su ingreso, los encuestados en el ENASEM que las reciben rara vez dependen de una sola fuente de ingresos. Las personas que las reciben y que no dependen únicamente de esta fuente de ingresos, generalmente complementan su ingreso con salarios, negocios y pensiones. En el caso de las personas que no reciben remesas, las combinaciones de fuentes de ingresos más comunes son salarios e ingresos por negocios, salarios y pensiones, así como salarios y transferencias de familiares.

***Relación entre el ingreso familiar y la recepción de remesas***

La distribución no condicional de las remesas que se presenta en el Cuadro 4.6 revela que, en términos per cápita, la persona promedio en esta muestra recibiría 371 USD anualmente. Sin embargo, la media condicional, que sólo incluye a las personas que reciben remesas, indica que éstas equivalen en promedio a 4,635 USD al año. Se observa una varianza importante en torno a la media (desviación estándar o DE = 22,704). Si vemos más de cerca la distribución percentil, se observa que al menos 75% de las personas que reciben remesas está por debajo de esta media anual.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Un valor de cero en la distribución condicional representa datos incompletos; en referencia a los encuestados que declararon tener un hijo en el extranjero que les ha mandado transferencias pero no reportaron el monto. Todos los montos se expresan en pesos y en dólares a la PPA de 2005.

**Cuadro 4.6**

**Distribución condicional e incondicional de las remesas, 2001**

Percentiles	No condicional: Promedios de todos los encuestados		Condicional: Promedios de las personas que reciben remesas	
	Remesas recibidas (en pesos)	Remesas recibidas (USD a la PPA de 2005)	Remesas recibidas (en pesos)	Remesas recibidas (USD a la PPA de 2005)
1%	0	0	0	0
5%	0	0	0	0
10%	0	0	0	0
25%	0	0	2,700	379
50%	0	0	7,200	1,010
75%	0	0	18,000	2,526
90%	0	0	48,000	6,735
95%	5,000	702	132,400	18,577
99%	37,000	5,192	288,000	40,410
Media	2,646	371	33,034	4,635
DE	46,663	6,547	161,814	22,704
Número de observaciones	9,862		770	

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

*Notas:* DE: Desviación estándar; PPA: Paridad del poder adquisitivo.

El Cuadro 4.7 presenta el monto promedio de las remesas recibidas por las personas a lo largo de la distribución del ingreso. Hay dos resultados principales: en primer lugar, una diferencia importante respecto al monto de las remesas recibidas entre quienes están en los deciles inferiores y los que se ubican en los deciles superiores. Por ejemplo, las personas que corresponden al segundo decil reciben 165 USD al año (a la PPA de 2005), comparados con los 31,575 USD que recibe el 10% más rico.

**Cuadro 4.7**

**Media condicional de remesas recibidas y remesas como porcentaje del ingreso bruto de los encuestados, 2001**

Decil de ingresos	Monto anual de las remesas (Pesos)	Monto anual de las remesas USD a la PPA de 2005)	Porcentaje del ingreso total	Número de observaciones
10% más pobre		(		23
11-20%	1,177	165	62.9	47
21-30%	6,481	909	77.9	93
31-40%	4,604	646	30.4	75
41-50%	9,948	1,396	44.6	77
51-60%	9,946	1,396	31.4	87
61-70%	15,302	2,147	35.7	86
71-80%	22,948	3,220	37.6	98
81-90%	27,666	3,882	26.0	83
10% más rico	225,037	31,575	50.8	101
Total	33,034	4,635	43.6	770

*Notas:* PPA: Paridad del poder adquisitivo.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

El segundo resultado se observa en la columna del porcentaje del ingreso total. A diferencia de las medias, el porcentaje muestra una imagen diferente. Quienes se ubican en los deciles inferiores y reciben los montos más bajos son también los que más dependen de las remesas. Para las personas que se ubican en el segundo decil, las remesas constituyen en promedio 63% de su ingreso bruto total; este porcentaje llega al 78% entre las del tercer decil. En los deciles superiores, los porcentajes no muestran una tendencia clara. Entre el 30 a 40% del ingreso proviene de las remesas para aquellos en el sexto, séptimo y octavo deciles.

***Características que influyen en la recepción de remesas***

El Cuadro 4.8 muestra las razones de posibilidades de un modelo logístico que explica la probabilidad de que una persona reciba remesas. Los resultados indican que vivir en una zona urbana o corresidir con un hijo reduce significativamente las probabilidades de recibir remesas. Ser mujer aumenta las probabilidades de recibirlas. De manera un poco inesperada, la variable del estatus laboral no tiene un efecto estadísticamente significativo. Por el contrario, ser derechohabiente del IMSS, el ISSSTE o el SAR reduce las probabilidades de recibir remesas en comparación con el que no lo es. En contraste, tener más hijos aumenta significativamente las probabilidades de recibirlas.

**Cuadro 4.8**

**Razones de posibilidades asociadas con la probabilidad de recibir remesas entre los encuestados, 2001**

Variable	Razón de posibilidades
Edad	1.005 [0.054]
Edad al cuadrado	1.000 [0.000]
Casado o en unión libre	1.144 [0.130]
Mujer	1.659 [0.200***]
Vive en zona urbana	0.567 [0.058***]
Correside con al menos un hijo	0.596 [0.062***]
Se le ha diagnosticado al menos una enfermedad crónica	0.901 [0.091]
Autocalifica su estado de salud como excelente o bueno	0.856 [0.095]
Número de hijos	1.190 [0.019***]
Promedio de escolaridad de sus hijos (en años)	0.982 [0.018]
Educación	
1-3 años de escolaridad	1.120 [0.132]
4-6 años de escolaridad	1.000 [0.139]
7-9 años de escolaridad	0.901 [0.193]
10-12 años de escolaridad	0.690 [0.272]
13-16 años de escolaridad	0.477 [0.253]
17 o más años de escolaridad	0.311 [0.189*]
El encuestado trabaja actualmente	0.843 [0.095]
El encuestado o su cónyuge han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR	0.689 [0.079**]
El encuestado o su cónyuge reciben ingresos por negocios	0.912 [0.109]
El encuestado o su cónyuge reciben ingresos por pensiones	1.017

El encuestado ha trabajado o vivido alguna vez en Estados Unidos	[0.15 ] 3.088
El encuestado ha vivido 2 o más años en Estados Unidos	[0.382***] 2.274
Número de observaciones	[0.568**] 6,972

---

*Notas:* \* p<0.1, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01. Errores estándar entre paréntesis. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro. Las categorías de referencia son: soltero, hombre, vive en zona rural, no vive con los hijos, no se le ha diagnosticado una enfermedad crónica, estado de salud regular o malo, ninguno de los hijos vive en Estados Unidos, sin estudios, no trabaja, el encuestado o su cónyuge no han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR, el encuestado o su cónyuge no reciben ingresos por negocios y el encuestado o su cónyuge no reciben ingresos por pensiones, el encuestado no vivió ni ha vivido en Estados Unidos y el encuestado ha vivido menos de 2 años en Estados Unidos. Los ingresos por pensiones incluyen las pensiones de instituciones de seguridad social y las pensiones privadas.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Las últimas dos variables del Cuadro 4.8 son indicadores del historial migratorio del encuestado. Las estimaciones muestran que haber vivido o trabajado en Estados Unidos es un factor que está fuertemente asociado con la recepción de remesas: los adultos mayores que tienen un historial migratorio presentan tres veces más probabilidades de recibirlas que los demás. Este efecto se reduce levemente si la persona ha pasado 2 o más años en Estados Unidos. Una proporción mayor de quienes reciben remesas ha emigrado en algún momento para vivir y/o trabajar en Estados Unidos (20.1%), comparada con quienes no las reciben (6.7%). Esto puede sugerir que las personas que trabajaron o vivieron en Estados Unidos y después regresaron a México tienen más probabilidades de haber construido redes y establecido condiciones que les permiten a sus hijos seguir su ejemplo.

#### **4.4 Ingresos provenientes de salarios**

En esta sección, los asalariados son los adultos mayores que reportaron percibir un salario de su trabajo principal o secundario. El ENASEM recopila información sobre salarios del encuestado principal y su cónyuge por separado. Por lo tanto, a menos que se especifique lo contrario, nuestro análisis se refiere a los ingresos del encuestado principal.

##### ***Comparación entre asalariados y no asalariados***

El salario y los bonos son los principales componentes del ingreso.<sup>41</sup> La mediana del ingreso laboral anual fue de 3,367 USD y la media condicional fue de 6,438 USD. Otras

---

<sup>41</sup> Todos los resultados de esta sección están expresados en dólares estadounidenses ajustados a la PPA de 2005).

fuentes importantes son los ingresos por negocios y propiedades, cuyas medianas fueron de 4,209 y 2,020 USD, respectivamente. Sin embargo, estas dos fuentes son menos frecuentes y su distribución es menos equitativa en comparación con el ingreso laboral. Posiblemente no todas las personas que trabajan perciben un salario, incluyendo a los trabajadores por cuenta propia y quienes trabajan en negocios familiares.

El Cuadro 4.9 muestra las características de los asalariados (personas que dicen estar percibiendo un salario por su empleo actual) y los no asalariados, quienes reportan haber trabajado en las últimas 2 semanas previas a la encuesta.<sup>42</sup> Los patrones de edad son los esperados: el grupo de asalariados de más de 60 años es relativamente menor que el grupo de los no asalariados. Los resultados (que no se muestran) indican que el 32% de quienes son asalariados tiene más de 60 años de edad, frente al 49% de los que no lo son. El Cuadro 4.9 indica que los asalariados tienen en promedio 57.9 años de edad, comparada la de 61 años respectiva de los no asalariados. A pesar de que la proporción de adultos mayores que perciben un salario disminuye rápidamente con la edad, sigue habiendo una gran proporción (aproximadamente un tercio) de personas que forman parte de la fuerza laboral después de los 65 años de edad (no se muestra en el Cuadro).

**Cuadro 4.9**

**Comparación entre asalariados y no asalariados, 2001**

<b>Variable</b>	<b>Asalariados, media</b>	<b>No asalariados, media</b>	<b>Diferencia entre asalariados y no asalariados</b>
Edad promedio (en años)	57.9	61	-3.6***
Mujer (%)	28.2	28.3	-0.1**
Casado o en unión libre (%)	65.6	59.4	6.2***
Educación (%)			
0 años de escolaridad	22.0	30.9	-8.9***
1-3 años de escolaridad	23.2	33.9	-10.7***
4-6 años de escolaridad	24.2	20.4	3.8***
7-9 años de escolaridad	14.9	8.9	6.0***
10-12 años de escolaridad	4.2	3.2	1.0***
13-16 años de escolaridad	3.9	1.2	2.7***
17 o más años de escolaridad	7.5	1.4	6.1***
Principalmente en zona urbana (%)	56.4	28.9	27.5***
Número de hijos	4.3	5.4	-1.1***
Correside con sus hijos (%)	69.0	68.4	0.6***
Autocalifica su estado de salud como bueno (%)	45.9	37.8	8.1***
Autocalifica su estado de salud como malo (%)	46.6	51.9	-5.3***
Se le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica (%)	44.2	49.2	-5.0***
Varias AVD (%)	2.8	2.5	0.3***

<sup>42</sup>La población que no trabaja es sustancialmente distinta de la población que sí trabaja, por lo que los resultados del Cuadro 4.9 se refieren únicamente a los adultos mayores que reportaron estar trabajando.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Derechohabiente (seg. social) (%)	56.2	24.3	31.9***
Ha hecho aportaciones a un fondo de pensiones (%)	70.3	50.2	20.1***
Media del ingreso bruto anual (USD a la PPA de 2005)	16,225	21,365	-5139.2***
Tiene 2 o más fuentes de ingresos (%)	49.3	41.7	7.6***
<u>Número de observaciones</u>		<u>4473</u>	

*Notas:* PPA: Paridad del poder adquisitivo. \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ . AVD: actividades de la vida diaria; varias AVD se refiere a las dificultades con dos o más AVD.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### *Género e ingresos laborales*

Dentro de la población activa, los hombres representan el 71.8% de los trabajadores asalariados (véase el Cuadro 4.9). Esta diferencia persiste entre las cohortes y se acentúa entre las personas de más de 70 años de edad: menos del 37.8% de los asalariados son mujeres, frente al 55% entre las cohortes de menos de 70 años de edad.

La diferencia entre géneros en la participación en el mercado laboral también se manifiesta en la cantidad de tiempo que trabajan. Las personas que reportan haber trabajado durante su vida, lo han hecho más de la mitad de ella en promedio. Las mujeres permanecen en el mercado laboral menos tiempo que los hombres; forman parte de la fuerza laboral durante 3.7 de cada 10 años de su vida, en comparación con los 6.9 años que registran los hombres. Con todo, las mujeres de menos de 65 años han trabajado casi 4 de cada 10 años de su vida, en comparación con los 3.3 años que registran las de 75 años en adelante, lo que refleja diferencias generacionales en las decisiones de participación en la fuerza laboral (los resultados no se muestran).

### *La educación y las diferencias entre zonas urbanas y rurales*

El Cuadro 4.9 muestra que la educación marca una diferencia en la manera en que las personas optan entre grupos asalariados y no asalariados. Es más probable que las personas que tienen 10 o más años de estudios sean asalariados que aquellas que tienen una escolaridad de entre 0 y 3 años. Los asalariados reportan ingresos más bajos que los no asalariados.

Por último, comparamos a la población de las zonas urbanas y las rurales. En el Cuadro 4.9 se advierte que el 56.4% de los asalariados vive en zonas más urbanizadas, frente al 28.9% de los no asalariados. Los datos del ENASEM (no se ilustran aquí) muestran que el ingreso en las zonas rurales es inferior al de las zonas urbanas; lo cual también se observa en relación a los ingresos laborales. La media de los ingresos laborales condicionales (contando solamente a los asalariados) en las zonas urbanas es de 8,347 USD, mientras que en las zonas menos urbanizadas es de 4,460. La diferencia en estos números es estadísticamente significativa, aunque hay una gran variación en los ingresos laborales de los trabajadores de las zonas urbanas. Una comparación de las medianas también muestra esta brecha: 2,525 USD entre los trabajadores de las zonas rurales, en comparación con los 5,051 USD de las zonas más urbanizadas.

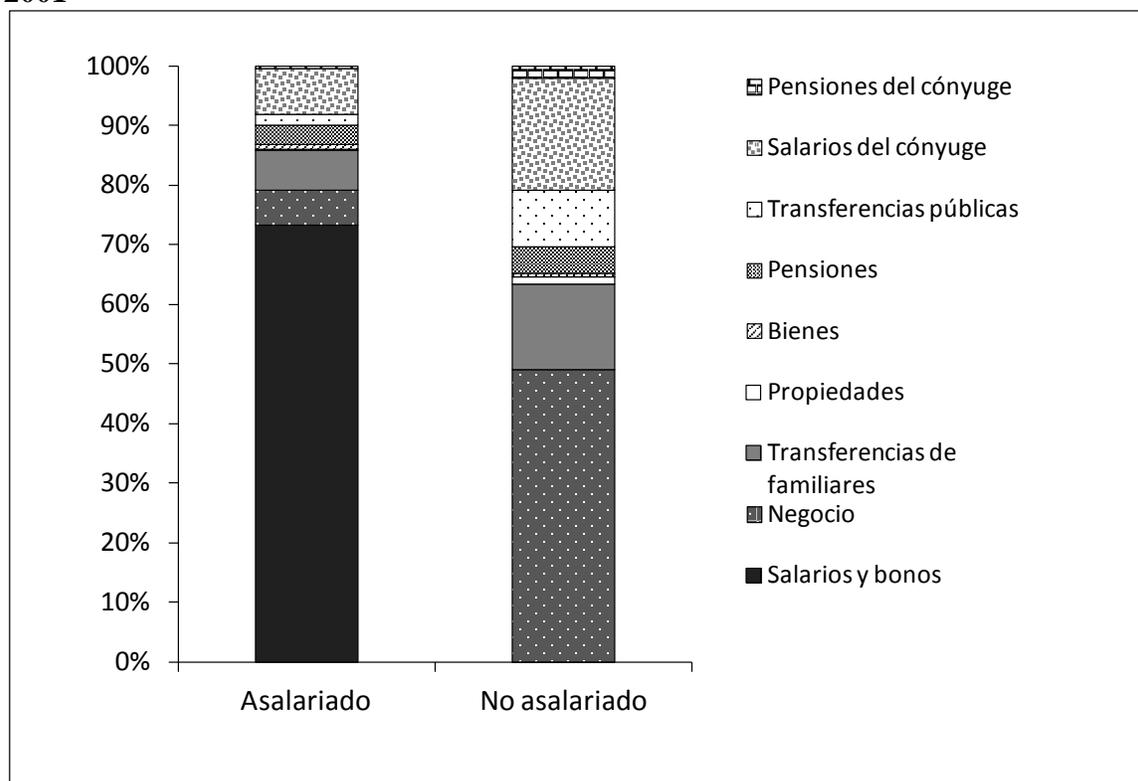
***Trabajadores por cuenta propia***

A los encuestados del ENASEM se les pidió que pensar en el principal trabajo que han tenido a lo largo de su vida y dijeran si en ese trabajo habían sido empleados, trabajadores por cuenta propia o empleados en un negocio familiar. Casi el 32% reportó que su principal trabajo había sido como trabajadores por cuenta propia o empleados en un negocio familiar. La diferencia de edades entre este grupo y el de los que no habían sido trabajadores por cuenta propia es estadísticamente significativa. Los que tienen un historial de trabajo por cuenta propia suman una edad promedio de 63.8 años, mientras que a quienes no tienen esta característica les corresponden 62.3 años. Al hacer la división por grupos de edad, el 37% de las personas de 80 años de edad en adelante (n = 514) tiene un historial de trabajo por cuenta propia, frente al 29% de los menores de 60 años. Estos resultados indican un efecto de cohorte en donde las generaciones mayores son más propensas a haber optado por trabajar por cuenta propia que las generaciones más jóvenes.

***Otras fuentes de ingresos para los asalariados***

La gráfica 4.6 (incluye solamente a las personas que trabajan) indica que los asalariados no solo dependen de un número menor de fuentes de ingresos, sino que su ingreso total depende en mayor medida de su salario. La primera columna muestra la composición del ingreso bruto anual entre las personas que perciben un salario.

**Gráfica 4.6**  
**Composición del ingreso bruto de los trabajadores asalariados y los no asalariados, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Podemos ver que, en promedio, los asalariados dependen primordialmente de esta fuente de ingresos, mientras que los no asalariados lo hacen principalmente de los ingresos por negocios, las transferencias de familiares, y el ingreso de su cónyuge. Estos resultados concuerdan con la tendencia de los no asalariados de depender de los ingresos laborales de su cónyuge, lo cual refleja en parte las divisiones por género de la participación en el mercado laboral.

***Distribución del ingreso de los asalariados***

El Cuadro 4.10 ilustra los ingresos laborales anuales promedio de cada decil de ingresos, así como el porcentaje de los ingresos laborales en el ingreso total. La participación de los ingresos laborales en las percepciones totales disminuye casi monotónicamente de los deciles más pobres a los más ricos. Esto nos lleva a plantear la siguiente pregunta: ¿qué otras fuentes de ingresos tienen los asalariados? Los ingresos por negocios representan en promedio casi una quinta parte (22%) del ingreso bruto total para el 10% más rico, pero significan menos del 5% entre los deciles primero a séptimo (los datos no se muestran aquí). Otra fuente importante son los ingresos laborales de los cónyuges, que aportan un 24% más al ingreso del grupo más acaudalado, un 27% para los grupos intermedios y más del 11% en el caso de los deciles segundo y tercero de abajo para arriba.

**Cuadro 4.10**  
**Composición del ingreso de los asalariados, 2001**

<b>Decil de ingresos</b>	<b>Ingresos laborales anuales (en pesos)</b>	<b>Ingresos laborales anuales (USD a la PPA de 2005)</b>	<b>Porcentaje del ingreso laboral total para cada decil</b>	<b>Número de observaciones</b>
10% más pobre	--	--	--	--
11-20%	2,322	326	79.9	50
21-30%	6,314	886	70.2	253
31-40%	8,651	1,214	59.6	268
41-50%	10,737	1,507	49.4	482
51-60%	15,882	2,228	50.3	560
61-70%	18,518	2,598	42.5	573
71-80%	26,689	3,745	41.3	579
81-90%	36,158	5,073	34.7	568
10% más rico	113,390	15,910	31.5	515
Total	30,114	4,225	46.4	3,857

*Notas:* PPA: Paridad del poder adquisitivo. El primer decil no aparece debido a que los encuestados que pertenecen a este decil no reportaron ningún ingreso.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

El Cuadro 4.10 muestra los resultados solamente para los asalariados. Un análisis similar que incluyera el total de la población de mayor edad (no se muestra aquí) arrojaría

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

resultados distintos. Para los grupos de menores ingresos, los ingresos laborales carecen de importancia relativa, ya que representan solamente el 9% de su ingreso total en el segundo decil. En los deciles de ingresos medianos, los ingresos laborales representan entre el 15 y el 24% del ingreso total, mientras que en los deciles noveno y décimo los ingresos laborales representan el 14% y el 17%, respectivamente.

### ***Determinantes de los ingresos salariales en las personas de mayor edad***

Analizamos los determinantes de ser asalariado y del importe de los ingresos laborales. La primera regresión explica la probabilidad de recibir un salario, mientras que la segunda explica el logaritmo del monto recibido.

**Cuadro 4.11**

**Modelo de selección de dos pasos de Heckman que explica la probabilidad de ser asalariado y el logaritmo del nivel de ingresos laborales, 2001<sup>43</sup>**

Variable	Coeficiente
<b>Regresión que explica la probabilidad</b>	
Edad	0.042 [0.022*]
Edad al cuadrado	-0.001 [0.000***]
Casado o en unión libre	-0.248 [0.035***]
Mujer	-0.609 [0.034***]
Autocalifica su estado de salud como excelente/muy bueno/bueno	0.143 [0.033***]
Número de hijos	-0.018 [0.006**]
Educación	
1-3 años de escolaridad	0.021 [0.044]
4-6 años de escolaridad	0.003 [0.045]
7-9 años de escolaridad	0.268 [0.055***]
10-12 años de escolaridad	0.199 [0.089**]
13-16 años de escolaridad	0.295 [0.094**]
17 o más años de escolaridad	0.303 [0.085***]
El encuestado tiene un negocio propio	-0.611 [0.037***]
El encuestado recibe transferencias de familiares	-0.210 [0.034***]
El encuestado recibe ingresos por pensiones	-0.514 [0.042***]

<sup>43</sup>Las ecuaciones se estiman mediante el modelo de selección de dos pasos de Heckman. La parte superior de el Cuadro presenta una ecuación probit que explica la probabilidad de ser asalariado, mientras que la parte inferior explica el logaritmo de los salarios, dado que uno es un asalariado. Solo podemos observar los salarios de las personas que son asalariados y es posible que este grupo tenga un salario que difiera de los salarios potenciales del resto de la muestra. Esto puede generar estimaciones imprecisas de los determinantes de los montos percibidos como salarios. Para abordar este problema, usamos la información de la primera regresión sobre la probabilidad de ser asalariado en la segunda regresión sobre el monto del salario percibido. Suponemos que percibir varios tipos de ingresos no salariales influye en la decisión de ser asalariado o no, pero no afecta el salario una vez que la persona está trabajando.

*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

El encuestado recibe ingresos por bienes	0.142 [0.053**]
El encuestado recibe ingresos por propiedades	-0.299 [0.093**]
<b>Regresión que explica los ingresos laborales</b>	
Edad	0.042 [0.027]
Edad al cuadrado	0.000 [0.000*]
Casado o en unión libre	0.293 [0.044***]
Mujer	-0.019 [0.056]
Autocalifica su estado de salud como excelente/muy bueno/bueno	0.106 [0.037**]
Número de hijos	0.015 [0.007**]
Educación	
1-3 años de escolaridad	0.210 [0.053***]
4-6 años de escolaridad	0.434 [0.054***]
7-9 años de escolaridad	0.837 [0.062***]
10-12 años de escolaridad	1.010 [0.092***]
13-16 años de escolaridad	1.485 [0.095***]
17 años o más de escolaridad	1.725 [0.082***]
Número de observaciones	9455
Número de observaciones si se observó el monto del salario	2,373

*Notas:* \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ . Errores estándar entre paréntesis. Las categorías de referencia son: soltero, hombre, estado de salud regular o malo, sin estudios, no tiene negocio propio, no recibe transferencias de familiares, no recibe ingresos por pensiones, no recibe ingresos por bienes y no recibe ingresos por propiedades. Los ingresos por pensiones incluyen las instituciones de seguridad social y las privadas.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Los resultados muestran que es más probable que los hombres sean asalariados. La probabilidad de ser asalariado aumenta con la edad, como lo demuestra el coeficiente positivo de la variable de edad. El coeficiente negativo de la edad al cuadrado indica que la probabilidad de ser asalariado disminuye con el tiempo. El hecho de estar casado o

vivir en unión libre disminuye la probabilidad de ser asalariado. Tener un nivel educativo más alto aumenta la probabilidad de ser asalariado, especialmente después de que las personas completan entre 7 y 9 años de estudios. Es decir, la probabilidad de ingresar a la fuerza laboral como asalariado aumenta en las personas que terminan la escuela primaria. El monto del salario percibido aumenta si el asalariado está casado o vive en unión libre, autocalifica su estado de salud como bueno, muy bueno o excelente o tiene más hijos. Todos los niveles educativos muestran un aumento en los salarios percibidos respecto a quienes no tienen estudios.

#### **4.5 Ingresos provenientes de pensiones**

En esta sección analizamos el ingreso por pensiones, que incluye tanto las pensiones de instituciones de seguridad social como las privadas. Primero exploramos la comparación de México con otros países de la OCDE y posteriormente analizamos los datos del ENASEM para ver más detalladamente los ingresos por pensiones de las personas de la tercera edad en México.

##### ***Tasas de reemplazo***

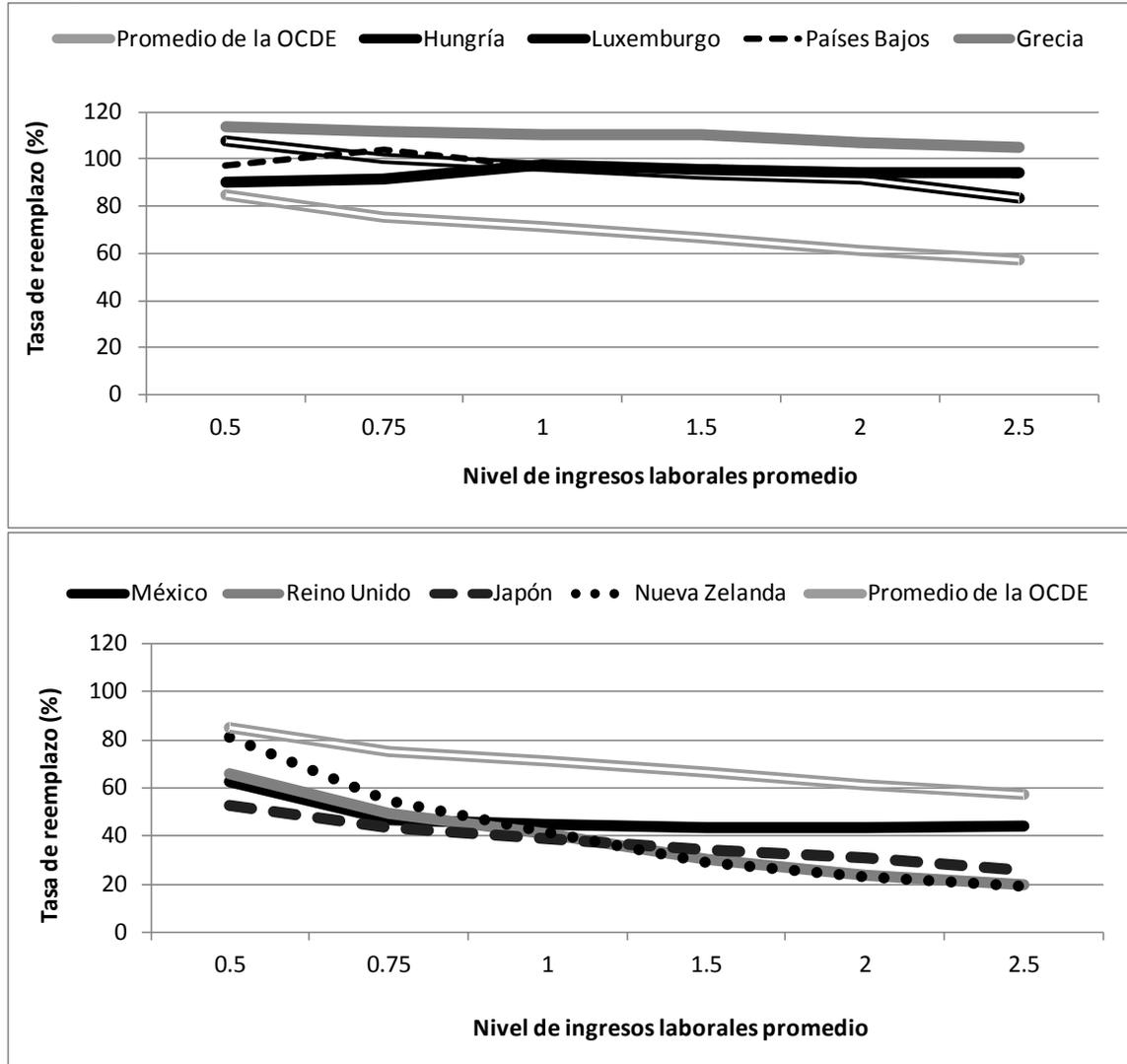
La tasa de reemplazo de las pensiones de la tercera edad se define como las pensiones de las instituciones de seguridad social divididas entre los ingresos laborales previos a la jubilación.<sup>44</sup> La tasa de reemplazo neta promedio de los países de la OCDE es de 71%, mientras que para México es de 48% (OCDE, 2006). La Gráfica 4.7 muestra las tasas de reemplazo en distintos niveles de ingresos laborales (relativos a los ingresos laborales promedio de un país). Podemos observar que México tiene una tasa de reemplazo relativamente baja, con poca variación respecto a los ingresos laborales previos a la jubilación.

---

<sup>44</sup> La OCDE define esto como un programa de pensiones obligatorio; en el caso de México, esto sería equivalente a las pensiones de las instituciones de seguridad social.

**Gráfica 4.7**

**Tasa de reemplazo neta de los impuestos y las aportaciones al sistema de seguridad social, 2007**



Fuente: Society at a Glance: Indicadores sociales de la OCDE, 2006.

***La importancia de las pensiones***

Definimos los ingresos por pensiones como las percepciones derivadas de las pensiones por jubilación, fallecimiento de un familiar, incapacidad o de otro tipo que las personas reciben de instituciones públicas (seguridad social) o privadas. En México, las instituciones de seguridad social tienden a ser la principal fuente de pensiones. El 89.5% de todas las pensiones recibidas por las personas encuestadas en el ENASEM 2001 provino de alguna institución de seguridad social. Asimismo, la mayoría de quienes recibieron pensiones por fallecimiento de un familiar o por incapacidad son

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

derechohabientes de instituciones de seguridad social (93% en ambos). En contraste, sólo el 1.9% recibió pensiones por jubilación de instituciones privadas<sup>45</sup>.

Las pensiones no son tan comunes como las transferencias de familiares, los ingresos laborales y los ingresos por negocios. Del total de la muestra del ENASEM, el 15% eran pensionados (de instituciones de seguridad social y privadas). Como era de esperarse, este porcentaje es mayor entre las personas que tal vez no tengan trabajo actualmente pero han trabajado en alguna etapa de su vida (24%), pero es menor entre las personas que están trabajando actualmente (8%).

En promedio (con base en la media no condicional), el 12% del ingreso bruto de los adultos mayores mexicanos proviene de las pensiones y el 4% de las pensiones de su cónyuge. Si nos circunscribimos a los adultos mayores pensionados (la media condicional), el 51% de su ingreso bruto proviene de sus propias pensiones, mientras que el 18% de las pensiones de su cónyuge.

### **Cuadro 4.12**

#### **Características de los pensionados y los no pensionados, 2001<sup>46</sup>**

	<b>Pensionados</b>	<b>No pensionados</b>	<b>Diferencia entre pensionados y no pensionados</b>
	Media	Media	
Edad promedio	66.0	62.4	3.6****
Proporción de mujeres (%)	55.6	52.7	2.9****
La persona está casada o vive en unión libre (%)	52.7	53.9	-1.2****
Educación (%)			
0 años de escolaridad	17.5	34.3	-16.8****
1-3 años de escolaridad	22.8	27.7	-4.9****
4-6 años de escolaridad	28.5	22.2	6.3****
7-9 años de escolaridad	18.9	9.1	9.8****
10-12 años de escolaridad	3.3	2.4	0.9****
13-16 años de escolaridad	3.5	1.7	1.8****
17 o más años de escolaridad	5.4	2.5	3.0****
Vive en zona urbana (%)	64.5	41.2	23.3****
Estatus laboral (%)	4.7	5.1	-0.4****
Años trabajados/Edad (% de su vida que ha trabajado)	58.7	68.9	-10.2****
El encuestado o su cónyuge han sido	52.1	55.3	-3.2****

<sup>45</sup> Los porcentajes referidos de pensiones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y otras públicas) y pensiones privadas, no suman el 100% porque no cubren todas las fuentes. El cuestionario del ENASEM también permitió que los encuestados seleccionaran opciones como “Pensión del gobierno estadounidense”, “Otra institución” y “Persona física” como fuentes adicionales de pensiones.

<sup>46</sup> Se clasificó a las personas como pensionados si dijeron manifestaron estar recibiendo una pensión de alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.) o privada. Esto no incluye ingresos por pensiones no contributivas, que se consideran transferencias públicas.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR (%)			
Trabajo principal que ha desempeñado la mayor parte de su vida (%)	78.1	30.5	47.6***
Trabajador por cuenta propia	12.2	30.3	-18.1***
Empleado	68.0	46.3	21.7***
Media del ingreso neto anual (USD a la PPA de 2005)	9,895	7,132	2763.2***
Tiene 2 o más fuentes de ingresos (%)	2	1	0.7***
Número de observaciones	2,204	7,515	

*Notas:* \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ . DE: Desviación estándar. PPA: Paridad del poder adquisitivo. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro en México.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

En el Cuadro 4.12 comparamos las características de los encuestados que están pensionados y los que no. La edad promedio de los pensionados es de 66 años, mientras que la de los no pensionados es de 62.4. Hay más mujeres mayores pensionadas, en parte como beneficiarias de pensiones por fallecimiento de un familiar. Los datos muestran que el 37% de las mujeres pensionadas reciben esta prestación por el fallecimiento de un familiar, mientras que 32% recibe pensiones derivadas de su trabajo. Entre los hombres, las pensiones por fallecimiento de un familiar son menos preponderantes (menos del 1%). En contraste, la mayoría de los hombres recibe pensiones derivadas de su trabajo.

### *Pensiones, educación y zonas urbanas*

Las personas que tienen 4 o más años de estudios tienen mayores probabilidades de ser pensionados. Entre quienes tienen 13 o más años de escolaridad, el número de pensionados duplica al de no pensionados, lo cual concuerda con nuestra observación anterior en el sentido de que entre más alto es el nivel educativo de una persona, mayores probabilidades tiene de encontrar empleo asalariado.

Hallamos una diferencia estadística en la proporción de personas casadas pensionadas y no pensionadas. Cabe mencionar que el 13.4% de los cónyuges están pensionados o esperan recibir una pensión. Entre las personas cuyo cónyuge está pensionado, este ingreso representa el 58% de su ingreso total bruto.

El lugar de residencia tiene el efecto esperado: las personas que viven en zonas urbanas tienen mayores probabilidades de ser pensionados, lo cual se explica en parte por la concentración del empleo formal en estas zonas.

Aproximadamente el 78% de los pensionados recibe esta prestación de instituciones de seguridad social (la mayoría de las pensiones provienen del IMSS y el ISSSTE). De la muestra total del ENASEM, el 10.3% esperaba recibir una pensión (de una institución de seguridad social o de una fuente privada) en el futuro. De este universo, dos terceras partes (68%) esperaban recibir una pensión del IMSS y 22% del ISSSTE.

**Cuadro 4.13**

**Promedio condicional de las pensiones y porcentaje del ingreso de los pensionados que representan las pensiones, 2001**

Decil de ingresos	Promedio condicional de las pensiones (en pesos)	Promedio condicional de las pensiones (USD a la PPA de 2005)	Porcentaje del ingreso total	Número de observaciones	Porcentaje de pensionados por decil
10% más pobre	--	--	--	--	
11-20%	2,331	327	85.8	21	1.4
21-30%	7,554	1,060	73.5	133	12.1
31-40%	10,661	1,496	73.7	457	44.7
41-50%	13,032	1,828	60.0	250	21.0
51-60%	13,159	1,846	42.7	263	25.7
61-70%	22,330	3,133	50.2	292	25.4
71-80%	25,037	3,513	38.8	264	24.0
81-90%	33,688	4,727	32.6	288	29.1
10% más rico	73,897	10,369	25.1	267	28.3

*Notas:* PPA: Paridad del poder adquisitivo.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Las personas de escasos recursos que están pensionadas dependen primordialmente de esta fuente de ingresos: para los pensionados que se ubican en el penúltimo decil inferior, la pensión representa en promedio cerca del 85% de su ingreso bruto total. Sin embargo, el predominio de los pensionados en este grupo es bajo. Sólo el 1.4% (21 observaciones) de las personas de este grupo recibe una pensión, frente al 12.1% de quienes se ubican en el tercer decil; 21% en el quinto decil; y 28.3% en el 10% más rico (Cuadro 4.13).

#### **4.6 Ingresos provenientes de negocios**

En esta sección analizamos el ingreso por negocios y lo consideramos como las percepciones derivadas de un negocio propiedad del encuestado y/o de otra persona o grupo de personas, como puede ser el cónyuge u otros familiares. La decisión de enfocarnos en los ingresos y no en las utilidades (ingresos por negocios menos costos), se debe a que muchos adultos mayores pueden ser dueños de negocios y tener escasos conocimientos de sus gastos reales, lo cual podría generar sesgos considerables en las estimaciones. El análisis de las estimaciones de costos de los negocios en el ENASEM muestra algunos patrones de costos poco plausibles.

##### *Características de los encuestados que reportan ingresos por negocios*

Cerca de una quinta parte (el 23.2%) de los encuestados del ENASEM reportó estar recibiendo ingresos por negocios. El Cuadro 4.14 muestra las estadísticas descriptivas de quienes reciben ingresos por negocios y de quienes no. En el Cuadro se observa que

quienes reciben este tipo de ingresos tienden a ser más jóvenes (61.3 años de edad), hombres, casados y residentes de zonas menos urbanas. Específicamente, el 49.6% de quienes reciben ingresos por negocios tiene 60 años de edad en adelante, frente al 56.6% de quienes no cuentan con esta fuente de ingresos; 58% de quienes reciben ingresos por negocios son hombres, mientras que esta cifra es del 43% entre quienes carecen de este tipo de ingresos; aproximadamente el 68% con ingresos por negocios están casados o viven en unión libre, en comparación con el 49.3% de quienes no perciben estos ingresos.

El nivel de escolaridad arroja resultados mixtos en cuanto a percepción de ingresos por negocios. Dado que la educación refleja en parte NSE de una persona, estudiamos este aspecto más detalladamente en el análisis de regresión que se presenta a continuación (véase el Cuadro 4.16).

El hecho de vivir en una zona urbana tiene una relación significativa con la percepción o no de ingresos por negocios: el 31.1% de las personas que reciben ingresos por negocios vive en entornos más urbanizados, en comparación con el 50.3% de quienes no reciben ingresos por negocios. Dado que los empleos asalariados son más frecuentes en las zonas urbanas, es probable que los propietarios de negocios se concentren en proporciones mayores en las áreas menos urbanizadas debido a la falta de oportunidades en el mercado laboral de las zonas rurales.

### ***Ingresos por negocios, salud e ingreso***

Hallamos que las personas que reciben ingresos por negocios tienen menos probabilidades de padecer limitaciones en sus actividades de la vida diaria (AVD).<sup>47</sup> Aunque la autoselección de las personas sanas en actividades de negocios es una explicación potencial, también es posible que la menor edad (por lo general relacionada con un perfil más saludable) de los propietarios de negocios impulse estos resultados.

En cuanto a las prestaciones laborales, una proporción sustancialmente menor de quienes reciben ingresos por negocios ha hecho aportaciones a pensiones de instituciones de seguridad social y/o privadas, respecto a quienes no tienen este tipo de ingresos. También observamos que los propietarios de negocios han pasado más tiempo en el mercado laboral que quienes no poseen un negocio propio. El empleo asalariado tiende a asegurar algunos ahorros para la vejez la falta de ahorros entre los propietarios de negocios podría estar generando la necesidad de permanecer más tiempo en el mercado laboral.

El ingreso es mayor entre quienes perciben ingresos por negocios. El porcentaje de quienes reciben remesas es similar entre los dos grupos, los que reciben ingresos por negocios y los que no reciben ingresos por negocios, aunque es ligeramente mayor para quienes reciben ingresos por negocios.

---

<sup>47</sup> Entre las actividades de la vida diaria se incluyen vestirse, comer, bañarse, desplazarse por una habitación, levantarse de la cama y usar el excusado.

**Cuadro 4.14**

**Características de quienes reciben ingresos por negocios y quienes no, 2001**

Variable	Personas que reciben ingresos por negocios	Personas que no reciben ingresos por negocios	Diferencia entre quienes reciben ingresos por negocios y quienes no
	Media	Media	
Edad promedio	61.3	63.7	-2.4***
Proporción de mujeres (%)	42.0	56.7	-14.8***
Estado civil (casado) (%)	68.4	49.3	19.1***
Educación (%)			
0 años de escolaridad	28.6	31.7	-3.1***
1-3 años de escolaridad	33.1	24.8	8.3***
4-6 años de escolaridad	23.0	23.5	-0.5***
7-9 años de escolaridad	8.5	11.8	-3.3***
10-12 años de escolaridad	3.0	2.4	0.6***
13-16 años de escolaridad	1.0	2.4	-1.3***
17 o más años de escolaridad	2.7	3.2	-0.4***
Principalmente en zona urbana (%)	31.1	50.3	-19.1***
Número de hijos	5.4	4.9	0.5***
Autoevalua su estado de salud como bueno (%)	37.5	32.8	4.7***
Se le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica (%)	54.9	56.1	-1.2***
Varias AVD (%)	4.7	9.5	-4.8***
Derechohabiente (seg. social) (%)	29.5	43.5	-14.1***
Años trabajados/Edad (% de su vida que ha trabajado)	61.7	52.2	9.4***
Ha hecho aportaciones a un fondo de pensiones (%)	51.6	74.6	-22.9***
Media del ingreso neto anual (USD a la PPA de 2005)	17,108	4,825	12,283***
Tiene 2 o más fuentes de ingresos (%)	66.8	27.0	39.8***
Recibe remesas (%)	8.2	8.0	0.2***
Número de observaciones	1,955	7,907	5,952

*Notas:* \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ . DE: Desviación estándar. PPA: Paridad del poder adquisitivo. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro en México.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

El Cuadro 4.15 expone la distribución condicional y no condicional del ingreso por negocios en dólares estadounidenses a la PPA de 2005. La distribución no condicional muestra que aproximadamente el 10% del total de la muestra (representada

aquí como el 10% superior de la distribución de los ingresos por negocios) recibe ingresos por negocios. El resto de la muestra (el 90% inferior) no recibe ingresos por negocios y, por ende, su ingreso es igual a cero. La distribución condicional solo incluye a las personas que tienen un negocio propio.

Hay dos observaciones que se pueden acotar respecto de este cuadro. En primer lugar, la distribución está sesgada en el caso de las personas que reciben ingresos por negocios. Por ejemplo, más de dos terceras partes de quienes perciben ingresos se ubican en la media o por debajo de ella. Al comparar las colas de la distribución se refuerza este punto: el primer percentil recibe 135 USD al año, en comparación con los 271,477 USD que registra el 99° percentil.

#### **Cuadro 4.15**

#### **Distribución condicional y no condicional de los ingresos por negocios (USD a la PPA de 2005), 2001**

Percentiles	Promedio de todos los encuestados	Promedio solamente de quienes reciben ingresos por negocios
	Ingresos por negocios	Ingresos por negocios
1	0	135
5	0	337
10	0	606
25	0	1,684
50	0	4,209
75	0	11,226
90	5,584	33,675
95	14,312	64,227
99	75,768	271,477
Media	6,374	27,420
DE	97,957	201,752
Número de observaciones <sup>48</sup>	9,862	1,955

*Notas:* DE: Desviación estándar. PPA: Paridad del poder adquisitivo.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

#### ***Probabilidades de recibir ingresos por negocios entre los adultos mayores***

En el Cuadro 4.16 se analizan más detalladamente los determinantes de recibir ingresos por negocios (lo que normalmente significa ser propietario de un negocio). Dado que algunos autores han sugerido que las variables ambientales y psicológicas pueden afectar las decisiones de los propietarios de negocios, empleamos el lugar de residencia como sustituto de los factores ambientales. Para el aspecto psicológico, empleamos la actitud de la persona respecto al papel de la mala suerte en sus problemas.

---

<sup>48</sup> El número de observaciones de este cuadro difiere de el Cuadro 4.16 debido a que faltan observaciones en algunas variables incluidas en la regresión que se reporta en el Cuadro 4.16.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Los resultados de nuestra regresión logística indican, como en nuestro análisis descriptivo, que ser mayor de 60 años disminuye las probabilidades de recibir ingresos por negocios, al igual que estar casado aumenta esta probabilidad. La escolaridad, nuestra medida del NSE, muestra que entre mayor sea el nivel educativo de una persona, mayores probabilidades tiene de recibir ingresos por negocios.

La variable salud se refiere a las limitaciones que pueden tener las personas en las AVD. Dado que controlamos por edad, el efecto negativo y estadísticamente significativo de esta variable indica que tener una limitación reduce la probabilidad de recibir ingresos por negocios. El historial de trabajo también es importante. El recibir una pensión y estar trabajando como asalariado tiene una correlación negativa con nuestra variable dependiente, como es de esperarse. El tener un historial de trabajo por cuenta propia disminuye la probabilidad y atribuirle los problemas a la mala suerte incrementa las probabilidades de ser una persona que percibe ingresos por negocios.

**Cuadro 4.16**  
**Regresión logística de la probabilidad de recibir ingresos por negocios entre los encuestados, 2001**

<b>Variable</b>	<b>Razón de posibilidades</b>
Edad	0.969 [0.003***]
Casado o en unión libre	2.497 [0.176***]
Mujer	0.827 [0.054**]
El encuestado vive en zona urbana	0.631 [0.040***]
Número de hijos	0.996 [0.010]
Educación	
1-3 años de escolaridad	1.257 [0.104**]
4-6 años de escolaridad	1.361 [0.118***]
7-9 años de escolaridad	1.642 [0.179***]
10-12 años de escolaridad	2.018 [0.343***]
13-16 años de escolaridad	1.893 [0.342***]
17 o más años de escolaridad	1.795 [0.298***]
El encuestado trabaja actualmente	0.329 [0.024***]
El encuestado recibe ingresos por pensiones	0.502 [0.042***]
El encuestado tiene varias limitaciones de las AVD	0.668

El encuestado tiene un historial de trabajo por cuenta propia	[0.081**] 0.890
El encuestado le atribuye sus problemas a la mala suerte	[0.055*] 3.756
Número de observaciones	[0.240***] 9454

---

*Notas:* \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ . AVD: Actividades de la vida diaria. Errores estándar están entre paréntesis. Las categorías de referencia son: soltero, hombre, sin estudios, vive en zona rural, sin limitaciones en sus AVD, no recibe ingresos por pensiones, no trabaja, no tiene un historial de trabajo por cuenta propia y no considera que los problemas se deban a la mala suerte. Los ingresos por pensiones incluyen las pensiones de instituciones de seguridad social y las privadas.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

En contraste con el Cuadro 4.14, vemos en el Cuadro 4.16 que la educación tiene un efecto positivo significativo sobre la probabilidad de recibir ingresos por negocios en términos generales. La diferencia entre los dos cuadros es que en el Cuadro 4.16 controlamos por muchas otras variables, mientras que en el Cuadro 4.14 consideramos las estadísticas descriptivas de las variables por percepción de ingresos por negocios. En el Cuadro 4.14 vemos que es mucho más probable que habiten en zonas rurales quienes perciben ingresos por negocios que quienes no perciben esta fuente de ingresos. Dado que, al mismo tiempo, la población rural tiende a tener un nivel educativo menor que el de la población urbana, el efecto neto sobre la educación en el Cuadro 4.14 podría anularse. Sin embargo, el Cuadro 4.16 muestra claramente que la educación tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de percibir ingresos por negocios y que el hecho de vivir en una zona urbana tiene un efecto negativo al respecto.

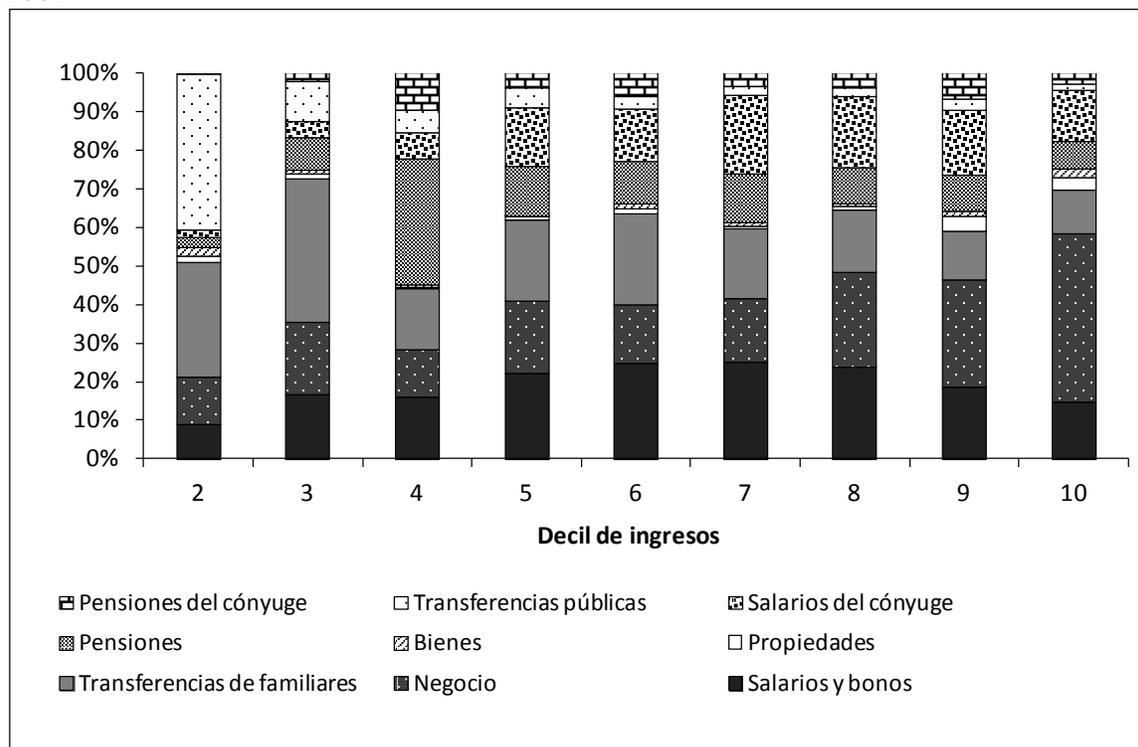
#### **4.7 Ingresos provenientes de bienes y propiedades**

A lo largo de nuestro análisis, hemos abordado las tres principales fuentes de ingresos (salarios, transferencias de familiares e ingresos por negocios) de los mexicanos de edad avanzada, así como el tema de las pensiones. Existen otras fuentes de ingresos que contribuyen a la seguridad económica de las personas de la tercera edad: los ingresos por bienes y propiedades. El punto hasta el cual cada una de estas fuentes influye en el ingreso total depende de muchos factores, entre ellos, el NSE de las personas.

La Gráfica 4.8 muestra la composición del ingreso bruto a lo largo de la distribución del ingreso. Hallamos que en los deciles medios a superiores (del quinto al noveno), la distribución de los componentes del ingreso es similar: los salarios (del encuestado y su cónyuge), las transferencias y los ingresos por negocios son las principales fuentes de ingresos. Sin embargo, en el segundo decil las transferencias públicas desempeñan un papel clave: se trata de personas que declararon que ellos y/o sus cónyuges recibieron ingresos derivados de programas como Procampo, Oportunidades o

INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, antes INSEN).<sup>49</sup> En el decil de ingresos más altos predominan los ingresos por negocios.

**Gráfica 4.8**  
**Composición del ingreso bruto anual por decil de ingresos entre los encuestados, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Los ingresos por bienes y propiedades representan una escasa proporción del ingreso en cada decil. Cabe destacar que en el decil más pobre, la proporción del ingreso por bienes es la que predomina, aunque el monto absoluto es reducido. Estos resultados deben interpretarse con cautela, porque nuestra muestra de estas fuentes de ingresos no es muy amplia debido a que muy pocas personas mayores no las reportan. Sólo el 5.7% de la población total recibe ingresos por bienes y sólo el 2.9% tiene ingresos por propiedades. La mediana de los ingresos por bienes es de 840 USD y la media es de 2,511 USD. En el caso de los ingresos por propiedades, la mediana es de 2,020 USD, mientras que el promedio es de 16,793 USD, lo cual indica que la distribución está sesgada.

Otros resultados, que no se reportan aquí, muestran que los ingresos por bienes y propiedades se relacionan con un número menor de hijos, mejores condiciones de salud y niveles educativos más altos.

<sup>49</sup> El INAPAM otorga descuentos en varios artículos y servicios, como albergues, educación para la salud, centros culturales, clubes para adultos mayores, y otras actividades recreativas para personas de la tercera edad.

#### **4.8 Resumen de la seguridad económica en la vejez**

En general, a medida que la población de México envejece, disminuyen los ingresos laborales. Los adultos mayores que perciben los ingresos más bajos constituyen el grupo con mayores probabilidades de permanecer en la fuerza laboral. Muchas personas de edad avanzada que no reciben una pensión de la tercera edad dependen de sus familiares para mantenerse. Las mujeres son quienes tienen mayores probabilidades de necesitar la ayuda de sus hijos. Esto se debe a que es más probable que sobrevivan a su cónyuge y menos probable que hayan trabajado y hecho aportaciones al sistema de seguridad social (y por lo tanto, puedan beneficiarse del mismo), aunque es más probable que reciban prestaciones por el fallecimiento de un familiar. En general, el panorama dominante que surge de los datos es que las pensiones formales (de instituciones de seguridad social o de fuentes privadas) desempeñan un papel modesto, mientras que los mecanismos informales como las transferencias de familiares o el trabajo en la tercera edad representan la mayor parte del ingreso de los adultos mayores.

Nuestro análisis de las transferencias intrafamiliares como fuente de ingresos entre los adultos mayores muestra que los mexicanos de edad avanzada dependen de muchas fuentes de ingresos y, a medida que envejecen, las transferencias aumentan en importancia. Las personas que más dependen de las transferencias son quienes no tienen trabajo, ni una pensión de las instituciones de seguridad social o privadas y tienen un bajo nivel educativo. Sin embargo, los ingresos derivados de las transferencias, a diferencia de los salarios o las pensiones, no implican un acuerdo explícito entre las partes (es decir, entre padres e hijos) sobre su frecuencia de recepción, lo cual las convierte en una fuente de ingresos más riesgosa.

Además, las transferencias están sujetas a cambios en la vida de los hijos o los padres (como la pérdida del empleo o la viudez), las preferencias de padres e hijos y la relación entre ellos. Es posible que algunos hijos hagan regalos ocasionales, mientras que otros otorguen transferencias con mayor frecuencia y de manera más constante. Los ingresos constantes podrían relacionarse más con el suministro de bienes de consumo que garantiza el sustento de los padres, a diferencia de los regalos ocasionales que podrían responder a sucesos específicos de la vida, como una enfermedad o la viudez.

Entre los encuestados del ENASEM, el 53.2% recibió transferencias en dinero o en especie de sus hijos a lo largo de un periodo de 2 años. Los hogares que reciben transferencias tienden a registrar un nivel educativo más bajo, miembros de mayor edad, miembros que ya no forman parte de la fuerza laboral y menores probabilidades de incluir una pareja de esposos. Las pensiones y los ingresos por negocios también son más probables en los hogares que no reciben transferencias. Las transferencias compensan la ausencia de otras fuentes de ingresos, especialmente las pensiones de los adultos mayores de edad más avanzada y los ingresos de las personas de menos de 70 años. La mayoría de los encuestados que reciben transferencias las perciben semanal o mensualmente.

Las transferencias en dinero y en especie de los familiares son una fuente de ingresos para más de un tercio de los mexicanos de la tercera edad que reportaron una fuente de ingresos. Dentro de quienes reciben transferencias de familiares hay un subgrupo que recibe transferencias de hijos que viven en el extranjero (remesas). Entre los hijos o nietos que les envían transferencias de dinero a sus padres o abuelos, el 22%

vive en el extranjero, frente al 6.2% de hijos de adultos mayores que no reciben transferencias de dinero.

Las remesas representan casi el 60% del ingreso bruto de quienes las reciben. Quienes tienen ingresos familiares más bajos tienen mayores probabilidades de recibir remesas. Quienes residen en una zona urbana o con uno de sus hijos tienen menores probabilidades de recibirlas. El hecho de ser mujer, tener un número mayor de hijos y un historial de migración aumenta las probabilidades de recibir remesas. Esto podría sugerir que es más probable que los migrantes que regresan a México hayan establecido las condiciones para permitir que sus hijos sigan su ejemplo y emigren al extranjero.

Muchos mexicanos de edad avanzada siguen trabajando: el 55.8% trabajó durante la semana anterior a la encuesta y de éstos el 53.8% percibió un salario. Los ingresos laborales representan la mediana de ingresos más cuantiosa de todas las fuentes de ingresos. A pesar de que la proporción de adultos mayores que perciben un salario disminuye acusadamente con la edad, sigue habiendo una gran proporción (el 32%) de personas que siguen formando parte de la fuerza laboral después de los 65 años de edad. Los trabajadores por cuenta propia tienen mayores probabilidades de seguir trabajando.

La tasa de reemplazo de las pensiones de la tercera edad en México se ubica entre las más bajas de los países de la OCDE. Las pensiones no son tan comunes como las transferencias de familiares, los ingresos laborales y los ingresos por negocios. Del total de la muestra, el 15% eran pensionados (de instituciones de seguridad social y privadas). Cerca del 23% de los encuestados reportó estar recibiendo ingresos por negocios. El 31.1% de las personas que reciben ingresos por negocios vive mayormente en entornos urbanos, mientras que el 50.3% de quienes no tienen ese tipo de ingresos habita en zonas urbanas. Entre mayor sea el nivel educativo de una persona, mayores son sus probabilidades de recibir ingresos por negocios. Los ingresos por bienes y propiedades representan una fracción muy reducida del ingreso: sólo el 5.7% de la población total recibe ingresos por bienes y apenas el 2.9% cuenta con ingresos por propiedades.

## **5 EL NIVEL SOCIOECONÓMICO, EL ESTADO DE SALUD Y EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS EN LA VEJEZ**

En esta sección tratamos de caracterizar la situación de los adultos mayores mexicanos en relación con su estado de salud y gastos en atención médica por el NSE. Primero analizamos la salud y la pobreza en el país a través de una revisión de la literatura pertinente. Posteriormente, exploramos el estado de salud, los seguros de gastos médicos y los gastos en atención médica, con base en nuestro propio análisis de los datos del ENASEM y, simultáneamente, en las fuentes pertinentes citadas.

### **5.1 La salud y la pobreza en México**

En esta sección analizamos la distribución geográfica de la pobreza y el deficiente estado de salud de los mexicanos, el estado de salud de las comunidades indígenas y la manera en que las condiciones macroeconómicas y el NSE afectan la salud.

#### ***La distribución geográfica del ingreso y el estado de salud***

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

Varios estudios, incluyendo el de Zurita *et al.* y Eibenschutz *et al.*, reportan que la distribución geográfica de la pobreza en México se relaciona con indicadores de un deficiente estado de salud. Eibenschutz *et al.* advierten, con base en fuentes de datos de 2002, una correlación negativa entre el ingreso y la mortalidad infantil. Específicamente en el Distrito Federal y los estados del norte, así como en Nuevo León, la tasa de mortalidad infantil femenina es de cerca de 13 muertes por cada 1,000 bebés nacidos vivos. En el Distrito Federal, el porcentaje de la población que gana menos del salario mínimo es del 10%; y en Nuevo León del 8.5%. En contraste, en Chiapas, Oaxaca y Guerrero, donde entre el 40 y 55% de la población gana menos del salario mínimo, la tasa de mortalidad infantil femenina alcanza 22.8 y 25 fallecimientos por cada 1,000 bebés nacidos vivos. Las causas generales de la mortalidad se relacionan mayormente con enfermedades infecciosas en estas zonas más pobres, mientras que las enfermedades crónicas no infecciosas (más comunes entre la población de mayor edad) caracterizan las causas de muerte en el norte, una de las regiones más desarrolladas del país.

### ***Grupos indígenas***

Además de las diferencias geográficas en el ingreso y la salud, los grupos étnicos –especialmente las comunidades indígenas– cuyo NSE por lo general es bajo, también se enfrentan a problemas de salud que difieren de los de otros grupos con un NSE más elevado. En 2005, el riesgo de mortalidad durante el primer año de vida en las comunidades predominantemente indígenas era 1.7 veces mayor que el de la población no indígena. Sólo el 20% de las comunidades indígenas tenía acceso al SPS y apenas el 9% tenía acceso al programa Oportunidades del IMSS.

### ***Las condiciones macroeconómicas y la salud de los adultos mayores***

Cutler *et al.* evaluaron el estado de salud y los cambios en las tasas de mortalidad durante épocas de crisis en México. Estiman que debido a la crisis económica, en 1996 las tasas de mortalidad aumentaron entre 5 y 6% para las personas mayores de 60 años y 7% para los niños de entre 0 y 4 años de edad. Esto se traduce en aproximadamente 7,000 y 20,000 fallecimientos infantiles y de adultos mayores, respectivamente.

Las crisis económicas pueden afectar la salud a través de cuatro condiciones. Primero, las crisis disminuyen el ingreso, lo cual lleva a un consumo de menor calidad, menores gastos en atención médica y una distribución desigual de los recursos disponibles entre los miembros. En segundo lugar, las crisis cambian los recursos del sector público; durante su ocurrencia disminuyen las oportunidades de empleo formal, el sector informal crece y, por lo tanto, aumenta la presión sobre los servicios de salud del sector público. En tercer lugar, las familias responden a las crisis enviando a más de sus miembros al mercado laboral, incluyendo a los adultos mayores. Por último, con frecuencia las crisis económicas empujan a quienes están a cargo del cuidado de otras personas a unirse a la fuerza laboral, con lo cual muchos adultos mayores y niños quedan desatendidos. Estos mismos autores encuentran evidencia de que las crisis económicas de México en las décadas de 1980 y 1990 pueden haber afectado negativamente las condiciones de salud de los adultos mayores y los niños a través de las primeras dos condiciones.

***La salud y el nivel socioeconómico***

En la literatura existe clara evidencia sobre la relación entre el NSE y la salud. Ya sea que se mida como ingreso o riqueza, las personas que se ubican en el extremo inferior de la distribución presentan más indicadores negativos de su estado de salud. Una de las razones de esta situación es que los ingresos laborales de toda una vida aumentan con el nivel educativo, lo cual permite que las personas con mayor nivel educativo puedan solventar los gastos de una mayor variedad de servicios de salud y de mejor calidad. Las personas más sanas tienen el potencial para obtener mayores ingresos laborales, sufren menos interrupciones en su historial de trabajo y hacen menos erogaciones en salud.

**5.2 Microanálisis: El estado de salud, los seguros de gastos médicos, el ingreso y la riqueza**

En esta sección presentamos una serie de análisis basados en el ENASEM sobre la salud, la cobertura de los seguros de gastos médicos y el NSE de los mexicanos de la tercera edad.

***Los seguros y el acceso a los servicios de salud***

Los resultados (que no se presentan aquí) muestran que el 52.3% de los encuestados en la muestra del ENASEM tiene acceso a servicios de salud en una institución pública o privada, ya sea por tratarse de personas que están afiliadas a una institución pública (incluyendo instituciones de seguridad social, el SPS y el programa Oportunidades del IMSS) o porque cuentan con un seguro privado de gastos médicos. El Cuadro 5.1 presenta información sobre una serie de indicadores de salud según el estatus de los encuestados en relación a los seguros de gastos médicos. Hemos definido que una persona está asegurada si tiene acceso a cualquiera de las instituciones de seguridad social que existen en México (que ofrecen pensión y atención médica). Estas instituciones incluyen el IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM y otros proveedores a nivel estatal.<sup>50</sup> Dado que es más común que los asegurados sean personas que cuentan con un empleo formal y mayores ingresos, en el caso de México, este indicador es una medida tanto del acceso a los servicios de salud como del NSE. En general, descubrimos que los asegurados están en mejores condiciones que los no asegurados. Tienen mayores probabilidades de calificar su salud como excelente, muy buena o buena (43.8% de los asegurados contra 32.8% de los no asegurados) y son menos propensos a sufrir embolias cerebrales, artritis y limitaciones de las AVD. Los asegurados tienen más probabilidades de que se les diagnostique diabetes; el 17.8% de los asegurados reportó esta condición de salud frente al 13% de los no asegurados.<sup>51</sup> Estos últimos tienen mayores probabilidades de ser fumadores y bebedores frecuentes que los asegurados.

---

<sup>50</sup> Los proveedores de servicios de seguridad social a nivel estatal (gobiernos estatales y dependencias conexas) que ofrecen pensiones a sus empleados normalmente otorgan seguros de atención médica a través del IMSS. Las prestaciones de seguridad social no son transferibles entre instituciones; por ejemplo, si alguien es derechohabiente del IMSS solo puede recibir atención médica en los centros de salud afiliados al IMSS.

<sup>51</sup> Los asegurados tienen más acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, podría ser más probable que se les diagnostiquen padecimientos crónicos (como la diabetes) cuando dichos padecimientos todavía no presentan síntomas.

*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Los asegurados tienen mayores probabilidades de ser obesos. En las zonas urbanas de México, los asegurados y las personas que tienen un NSE alto podrían estar enfrentándose al mismo reto que muchos residentes de países más desarrollados en lo que respecta a los problemas de salud derivados del sobrepeso o la obesidad. Aproximadamente el 36.1% de los asegurados y 37.3% de los no asegurados reportaron padecer hipertensión.

**Cuadro 5.1**

**Autoevaluación del estado de salud, AVD e incidencia de padecimientos de salud, obesidad, tabaquismo y alcoholismo según el estatus de los encuestados en relación a los seguros de gastos médicos, 2001**

	No asegurados	Asegurados	Diferencia entre asegurados y no asegurados
Auto evaluación del estado de salud (%)			
Excelente/muy bueno/bueno	32.8	43.8	11.0***
Regular o malo	67.2	56.2	-11.0***
Padecimientos de salud (%)			
Ninguno	46.8	45.0	1.8***
1	31.5	34.2	-2.7***
2 o más	21.7	20.8	0.9***
Diabetes (%)	13.0	17.8	-4.8***
Hipertensión (%)	37.3	36.1	1.2***
Enfermedades pulmonares (%)	6.3	6.2	0.1***
Embolia cerebral (%)	3.0	2.2	0.8***
Artritis (%)	23.1	17.2	5.9***
Actividades de la Vida Diaria (AVD) (%)			
No presenta dificultades	90.6	95.1	-4.5***
Tiene dificultades con al menos una actividad	9.4	4.9	4.5***
Obesidad (%)	12.5	20.0	-7.6***
Tabaquismo (%)	42.1	40.6	1.6***
Ingesta de alcohol considerable o compulsiva (%)	20.6	18.1	2.4***
Número de observaciones	4,368	3,929	439

Notas: \* p<0.1; \*\* p<0.05; \*\*\* p<0.01.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Los cuadros 5.2 y 5.3 pretenden mostrar la asociación entre la incidencia de varios padecimientos de salud con el NSE. Las personas que se ubican en los deciles de ingresos superiores tienen menos probabilidades de enfrentarse a limitaciones de las AVD y de autoevaluar su estado de salud como regular o malo; sin embargo, esta tendencia a tener una mejor salud a medida que aumenta el ingreso no es monotónica para todas las variables de salud. A pesar de que, en general, la mayoría de los indicadores de salud mejoran en los deciles de ingresos más altos, el 10% más rico parece comprender algún tipo de excepción. En particular, parece que padecen más de hipertensión y son más propensos a tener al menos dos padecimientos de salud. No está totalmente claro si esto significa que efectivamente su salud esté más deteriorada. Se presume que los ricos tengan un excelente acceso a los servicios de salud y, por ende, sea más probable que se les diagnostique una enfermedad. Además, la hipertensión es un claro ejemplo de padecimiento que con frecuencia pasa desapercibido. En apoyo a esta interpretación, cabe destacar que los más ricos reportan el más alto porcentaje de salud excelente, muy buena o buena, a pesar de que reportan una mayor incidencia de algunos padecimientos de salud.

**Cuadro 5.2**

**Autoevaluación del estado de salud, AVD e incidencia de padecimientos de salud, obesidad, tabaquismo y alcoholismo según el decil de ingresos de los encuestados, 2001**

	<b>10% más pobre</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10% más rico</b>
Autoevaluación del estado de salud (%)										
Excelente/muy bueno/bueno	33.2	28.3	25.3	29.6	37.6	35.8	34.7	42.5	45.1	62.0
Regular o malo	66.8	71.7	74.7	70.4	62.4	64.2	65.3	57.5	54.9	38.0
Padecimientos de salud (%)										
Ninguno	44.7	46.2	44.3	44.4	43.3	46.5	39.0	52.9	45.9	48.0
1	29.6	35.6	33.7	31.2	33.2	36.8	34.2	28.9	34.0	32.9
2 o más	25.6	18.2	22.0	24.4	23.6	16.7	26.7	18.2	20.0	19.1
Diabetes (%)	15.2	10.5	13.4	16.8	15.3	14.8	22.0	16.4	13.7	15.2
Hipertensión (%)	41.2	36.8	37.2	41.4	41.5	35.0	41.3	28.3	38.4	34.4
Enfermedades pulmonares (%)	5.7	7.6	7.0	5.5	9.5	4.2	6.7	4.3	7.6	4.5
Embolia cerebral (%)	4.7	2.5	2.5	5.0	2.2	2.4	2.9	1.0	0.9	2.1
Artritis (%)	26.6	25.0	21.8	20.1	22.3	16.6	22.3	16.6	18.0	16.0
Actividades de la Vida Diaria										

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

(AVD) (%)										
No presenta dificultades	84.1	84.3	90.7	89.9	94.4	92.0	95.3	97.1	95.4	97.2
Tiene dificultades con al menos una actividad	15.9	15.7	9.3	10.1	5.6	8.0	4.7	2.9	4.6	2.8
Obesidad (%)	7.2	8.4	11.8	14.6	14.7	16.0	17.2	23.0	23.7	20.2
Tabaquismo (%)	49.7	34.4	35.8	36.3	40.3	43.0	39.9	43.1	47.1	42.1
Ingesta de alcohol considerable o compulsiva (%)	27.0	24.0	17.1	11.1	8.5	18.0	29.7	26.3	21.1	14.2
Número de observaciones	840	840	839	840	839	840	839	839	840	839

*Notas:* \* p<0.1; \*\* p<0.05; \*\*\* p<0.01.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### ***La educación y la salud***

En el Cuadro 5.3 se empleó el logro educativo como medida del NSE. Aquí hallamos tendencias más claras que las obtenidas a través del ingreso. Sólo 27.6% de quienes no tienen estudios formales califica su estado de salud como excelente/muy bueno/bueno, contra el 78.5% y 84.3% de quienes cuentan con estudios de licenciatura o posgrado, respectivamente. Se observa un patrón similar en el número de padecimientos de salud. Entre quienes se ubican en las tres categorías educativas inferiores, cerca del 22 al 26% tiene dos o más padecimientos de salud, en comparación con el 9.4% de los egresados de licenciatura y el 15.6% de los egresados de bachillerato. Vemos el mismo patrón cuando tomamos en cuenta la hipertensión, las enfermedades pulmonares, las embolias cerebrales y la artritis. Existe una brecha considerable entre las personas que no presentan un logro educativo y quienes terminaron la escuela primaria (los dos niveles de logro educativo inferiores): 14.1% de los primeros tiene dificultades con al menos una limitación de sus AVD, frente al 7% de los segundos y el 1.1% de quienes terminaron el bachillerato.

La obesidad es más frecuente entre las personas que tienen estudios de primaria, secundaria y una carrera técnica o comercial. Sin embargo, la obesidad disminuye entre quienes tienen estudios de licenciatura o posgrado.

### **Cuadro 5.3**

#### **Autoevaluación del estado de salud, AVD e incidencia de padecimientos de salud, obesidad, tabaquismo y alcoholismo según el logro educativo de los encuestados, 2001**

	Sin estudios	Primaria terminada	Secundaria terminada	Carrera técnica o comercial	Bachillerato terminado	Licenciatura terminada	Posgrado terminado
Autoevaluación del estado de salud (%)							
Excelente/muy bueno/bueno	27.6	32.7	50.0	57.7	72.2	78.5	84.3
Regular o malo	72.4	67.3	50.0	42.3	27.8	21.5	15.7
Padecimientos de							

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

salud (%)							
Ninguno	43.8	44.5	41.0	55.6	57.6	58.3	55.5
1	33.4	33.3	32.4	29.3	26.8	32.2	37.2
2 o más	22.8	22.2	26.6	15.1	15.6	9.4	7.3
Diabetes (%)	15.0	15.3	21.3	13.8	18.3	7.5	8.5
Hipertensión (%)	38.4	38.4	42.7	31.3	27.6	29.7	19.3
Enfermedades pulmonares (%)	7.1	6.5	5.7	4.5	3.6	4.2	1.7
Embolia cerebral (%)	3.9	2.7	1.2	0.2	0.7	0.4	0.9
Artritis (%)	24.0	22.3	16.2	10.3	5.4	7.8	20.2
Actividades de la Vida Diaria (AVD) (%)							
No presenta dificultades	85.9	93.0	97.5	97.0	98.9	97.0	96.6
Tiene dificultades con al menos una actividad	14.1	7.0	2.5	3.0	1.1	3.0	3.4
Obesidad (%)	9.2	17.3	21.9	22.9	11.1	11.4	8.8
Tabaquismo (%)	35.1	41.1	41.8	50.1	46.9	54.6	44.6
Ingesta de alcohol considerable o compulsiva (%)	17.7	22.9	22.5	9.8	7.8	8.2	6.1
Número de observaciones	2215	4905	634	525	212	515	67

*Notas:* \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ .

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### ***Retos de salud de los residentes de las zonas urbanas***

Encontramos que los residentes de las zonas urbanas, quienes tienden a percibir mayores ingresos y estar asegurados, reportan una mayor incidencia de diabetes, hipertensión y enfermedades pulmonares respecto a los residentes de zonas menos urbanizadas (ver cuadro 5.4). Asimismo, un mayor porcentaje (41.8%) de los residentes de zonas urbanas considera que su estado de salud es excelente, muy bueno o bueno, mientras que esta cifra disminuye al 32.5% en las zonas menos urbanizadas. Los encuestados de las zonas urbanas también tienen mayores probabilidades de ser obesos (17.7% en comparación con el 13% de las zonas menos urbanizadas) y más propensos al tabaquismo que los habitantes de zonas menos urbanizadas. El consumo alto alcohol parece estar igualmente más difundido en las zonas menos urbanizadas (18.6%) que en las más urbanizadas (19.5%).

Una explicación potencial para el aparente deterioro de la salud de los residentes de zonas urbanas es que al tener más posibilidades de estar asegurados, tengan un mayor acceso a los servicios de salud, de lo que se deriva, en consecuencia, que también tengan mayores probabilidades de que se les diagnostiquen padecimientos crónicos, como diabetes e hipertensión, antes de que se manifiesten los síntomas. Este acceso a los servicios de salud podría influir sobre la cantidad de información que las personas reciben acerca de su propia salud, lo cual a su vez podría distorsionar la autoevaluación de su estado de salud o incluso lo que ellos consideran una limitación de sus AVD.

**Cuadro 5.4**

**Autoevaluación del estado de salud, AVD e incidencia de padecimientos de salud, obesidad, tabaquismo y alcoholismo según el lugar de residencia de los encuestados, 2001**

	<b>Zonas más urbanizadas</b>	<b>Zonas menos urbanizadas</b>	<b>Diferencia entre residentes de zonas más y menos urbanizadas</b>
Autoevaluación del estado de salud (%)			
Excelente/muy bueno/bueno	41.8	32.5	9.3***
Regular o malo	58.2	67.5	-9.3***
Padecimientos de salud (%)			
Ninguno	41.9	48.5	-6.7***
1	32.9	33.2	-0.3***
2 o más	25.3	18.3	7.0***
Diabetes (%)	19.3	11.6	7.6***
Hipertensión (%)	41.0	34.6	6.4***
Enfermedades pulmonares (%)	7.1	5.6	1.4***
Embolia cerebral (%)	2.6	2.7	0.0***
Artritis (%)	19.8	21.5	-1.7***
Actividades de la Vida Diaria (AVD) (%)			
No presenta dificultades	92.3	91.0	1.3***
Tiene dificultades con al menos una actividad	7.7	9.0	-1.3***
Obesidad (%)	17.7	13.0	4.7***
Tabaquismo (%)	43.4	38.6	4.9***
Ingesta de alcohol considerable o compulsiva (%)	19.5	18.6	1.0***
Número de observaciones	6,071	3,026	3,045

*Notas:* \* p<0.1; \*\* p<0.05; \*\*\* p<0.01.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

***La salud de los migrantes que regresan a México***

En el Cuadro 5.5 presenta la incidencia de los padecimientos de salud, las dificultades con las AVD, los hábitos de salud (tabaquismo y alcoholismo) y la autoevaluación del estado de salud según el historial migratorio de los encuestados. La mayoría de las personas califican su salud como regular o mala; cerca del 30% de los adultos mayores tiene un padecimiento de salud, mientras que más del 20% reporta dos o más padecimientos. Los migrantes mexicanos que regresan al país tienen una mayor incidencia de artritis y obesidad que aquellos sin un historial de migración, mientras que

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

7.1 de los migrantes mexicanos que regresan presenta al menos una dificultad con una AVD comparado con el 8.5% de aquellos con historial de migración.

### **Cuadro 5.5**

**Autoevaluación del estado de salud, AVD e incidencia de padecimientos de salud, obesidad, tabaquismo y alcoholismo en los hombres, 2001**

	<b>Mexicanos que no tienen un historial de emigración a los EE. UU.</b>	<b>Mexicanos que tienen un historial de emigración a los EE. UU. y que regresaron a México</b>	<b>Diferencia entre los que han emigrado y los que no</b>
Autoevaluación del estado de salud (%)			
Excelente/muy bueno/bueno	36.9	35.2	1.8***
Regular o malo	63.1	64.8	-1.8***
Padecimientos de salud (%)			
Ninguno	45.3	47.1	1.7***
1	33.3	29.7	-3.6***
2 o más	21.3	23.3	-1.9***
Diabetes (%)	15.2	15.2	0.0
Hipertensión (%)	37.8	34.9	-2.9***
Enfermedades pulmonares (%)	6.3	5.8	-0.5***
Embolia cerebral (%)	2.6	2.8	-0.2***
Artritis (%)	20.6	22.4	-1.8***
Actividades de la Vida Diaria (AVD) (%)			
No presenta dificultades	91.5	92.9	1.3***
Tiene dificultades con al menos una actividad	8.5	7.1	-1.3***
Obesidad (%)	15.1	16.6	1.5***
Tabaquismo (%)	40.9	40.6	-0.4***
Ingesta de alcohol considerable o compulsiva (%)	19.1	18.2	-0.9***
Número de observaciones	4,419	1,089	

*Notas:* \* p<0.1; \*\* p<0.05; \*\*\* p<0.01.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### ***La cobertura del seguro social y los migrantes***

El Cuadro 5.6 muestra que la media y la mediana de los ingresos familiares y el patrimonio neto de los migrantes de largo plazo que regresan a México son las más elevadas, comparado con los migrantes de corto plazo que regresan al país y los no

migrantes, quienes tienen ingresos y patrimonio neto similares.<sup>52</sup> Los migrantes de corto plazo que regresan a México tienen el mayor índice de cobertura de servicios de salud en instituciones de seguridad social (52.6%), aunque los no migrantes tienen una tasa de cobertura similar (49.3%). Como es de esperarse, es más frecuente que los migrantes de largo plazo (quienes vivieron en Estados Unidos más de un año) tengan un seguro privado en relación a los demás grupos (12.7%) y menos probable que sean derechohabientes de instituciones de seguridad social (40.1%), mientras que muchos de ellos no cuentan con ningún tipo de seguro (47.2%). Entre los hombres, una gran proporción de los no migrantes ha hecho aportaciones al IMSS, comparados con quienes tienen un historial de migración: 36% de los migrantes de corto plazo; 33% de los migrantes de largo plazo; y 48% de los no migrantes.

Como también lo han observado Pagán *et al.*, el hecho de haberse ausentado del mercado laboral mexicano reduce las probabilidades de que los migrantes que regresan al país hayan hecho aportaciones al sistema. Esto también sugiere que tienen menos probabilidades de estar cubiertos por un seguro de atención médica de las instituciones de seguridad social. Asimismo, es probable que los migrantes que regresan al país estén menos informados acerca de los sistemas de seguridad social y de salud de México, en general. Además de ser menos probable que hayan hecho aportaciones al sistema del Seguro Social, los migrantes que retornan tienen mayores probabilidades de tener una trayectoria laboral truncada entre Estados Unidos y México, ya que la falta de un acuerdo de seguridad social que permita hacer aportaciones transferibles entre los sistemas de seguridad social de ambos países, disminuye la probabilidad de que los migrantes que regresan a México gocen de las prestaciones del sistema de seguridad social en el país.

### **Cuadro 5.6**

#### **El ingreso, la riqueza y los seguros de gastos médicos, 2001**

<b>Variable</b>	<b>Personas con un historial de emigración hacia EE. UU.</b>		<b>No migrantes</b>
	<b>Migrantes de corto plazo que regresan (<math>\leq 1</math> año en EE. UU.)</b>	<b>Migrantes de largo plazo que regresan (<math>&gt;1</math> año en EE. UU.)</b>	
Media del ingreso mensual (USD a la PPA de 2005) <sup>53</sup>	\$12	\$148	\$98
DE	(921)	(1,103)	(1,023)
Mediana del ingreso mensual (USD a la PPA de 2005)	\$28	\$40	\$26
Media del patrimonio neto (USD a	\$5,997	\$7,385	\$4,518

<sup>52</sup> El ingreso familiar total incluye los ingresos laborales, las utilidades comerciales, los ingresos por propiedades menos los gastos, los ingresos por capital, los ingresos por pensiones, las transferencias familiares y las transferencias de programas de gobierno o de personas que no son familiares. El patrimonio neto incluye las deudas netas, el valor de los inmuebles, el valor de los negocios, los bienes de capital y los vehículos, así como otros bienes, por ejemplo, el saldo de las cuentas de ahorros y de cheques.

<sup>53</sup> Todas las medidas del ingreso y del patrimonio neto se refieren al encuestado principal y su cónyuge (según corresponda).

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

la PPA de 2005)			
DE	(16,781)	(16,307)	(8,723)
Mediana del patrimonio neto	\$2,673	\$3,439	\$2,311
Seguro de gastos médicos (%)			
Seguro público	52.6	40.1	49.3
Seguro privado	1.1	12.7	4.7
Ninguno	46.4	47.2	46.1
Ha hecho aportaciones a una institución de seguridad social de México			
Hombres (%)			
IMSS	36.4	33.1	47.8
ISSSTE	5.6	2.9	5.7
Otro	2.1	0.8	1.1
Ninguno	55.9	63.2	55.4
Mujeres (%)			
IMSS	31.2	32.4	11.9
ISSSTE	2.1	1.8	3.4
Otro	1.4	1.4	0.3
Ninguno	65.4	64.4	84.3
Número de observaciones	507	705	10,694

*Notas:* IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; e ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DE: Desviación estándar. PPA: Paridad del poder adquisitivo’.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

Otra diferencia en la cobertura de los seguros de gastos médicos es la que se da entre hombres y mujeres. A diferencia de los hombres, las mujeres no migrantes tienen menos probabilidades de haber hecho aportaciones a una institución de seguridad social (11.9% cotizó en el IMSS) que aquellas que tienen un historial migratorio de corto o largo plazo (31.2 y 32.4%, respectivamente). Es posible que las mujeres que deciden emigrar formen parte de un grupo de mujeres que también participarían en la fuerza laboral estando en México y que, por consiguiente, tengan mayores probabilidades de poder hacer aportaciones al sistema de seguridad social. Por otro lado, las mujeres que no emigran también podrían tener menos probabilidades de entrar al mercado laboral formal, lo que explica la menor proporción de este grupo de mujeres que han cotizado en el seguro social.

### **5.3 Gastos en salud**

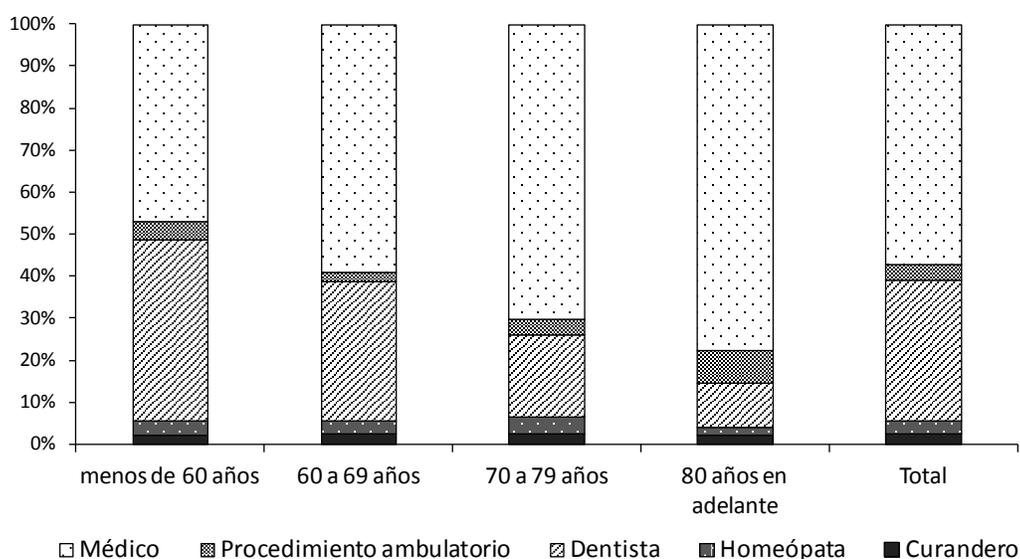
El ENASEM reporta los gastos de bolsillo en salud en que incurren las personas que acuden a un curandero, un homeópata o un médico. Además, el ENASEM también incluye información sobre el costo de los servicios dentales y los procedimientos ambulatorios (la encuesta excluye explícitamente las hospitalizaciones).<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Todas las cifras monetarias de esta sección están expresadas en USD a la PPA de 2005.

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

La Gráfica 5.1 muestra la distribución de los gastos de bolsillo en salud por grupo de edad entre las personas de 60 años en adelante. Los gastos médicos de las personas constan principalmente de visitas al médico y procedimientos ambulatorios, particularmente a medida que se acercan a la vejez. Las proporciones de los gastos que corresponden a servicios dentales, homeopatía y curanderos disminuyen con la edad. Estos resultados pueden responder al hecho de que la necesidad de servicios ambulatorios (generalmente asociados con visitas espontáneas al servicio de Urgencias) y de supervisión de un médico aumentan debido a que el estado de salud tiende a deteriorarse con la edad.

**Gráfica 5.1**  
**Distribución de los gastos de bolsillo en salud por grupo etario entre los encuestados, 2001**



Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### *Gastos en servicios de salud*

Los gastos de bolsillo anuales en los distintos servicios de salud tienden a aumentar a medida que aumentan los ingresos, aunque no de manera uniforme entre deciles y categorías de gastos. El Cuadro 5.7 muestra la media promedio condicionada por los gastos de bolsillo en servicios de salud (sólo incluye a aquellas personas que hayan reportado haber incurrido en gastos de esta índole). Las personas que se ubican en el extremo inferior de la distribución del ingreso tienden a pagar una cantidad menor en los servicios comparadas con las más ricas; sin embargo, los gastos en servicios de salud no aumentan tan drásticamente como los ingresos y en algunas categorías (por ejemplo, procedimientos ambulatorios y dentista) el quinto decil reportó un costo condicionado inferior al del decil más pobre. El costo condicionado de las visitas al médico, que incluye únicamente a las personas que las hicieron en el último año, fue de 221 USD en promedio en el caso del 10% más pobre. Las personas del quinto decil pagaron 192 USD y el 10% más rico reportó un costo de 346 USD.

## Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud

En general, los gastos en salud no muestran un gradiente claro respecto a los ingresos. Puede que esto refleje una combinación de dos efectos: *ceteris paribus*, es posible que las personas de ingresos más bajos consuman menos servicios de salud y tengan que hacer más gastos de bolsillo, ya que también hay menos probabilidades de que estén asegurados.

### Cuadro 5.7

**Gastos de bolsillo promedio condicionado en servicios de salud incurridos a lo largo de la distribución del ingreso entre los encuestados (USD a la PPA de 2005), 2001**

Decil de ingresos	Curandero	Homeópata	Dentista	Procedimiento ambulatorio	Visita al médico
10% más pobre	25	86	146	274	221
11-20%	56	94	149	352	215
21-30%	76	47	167	214	141
31-40%	43	100	129	376	272
41-50%	47	88	143	149	192
51-60%	53	73	159	213	222
61-70%	28	58	152	238	158
71-80%	38	54	241	423	187
81-90%	78	67	228	278	229
10% más rico	63	142	336	402	346
Número de observaciones	455	470	1,781	99	2,880

*Notas:* PPA significa ‘paridad del poder adquisitivo’

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

En el Cuadro 5.8 se presentan los resultados de un análisis de regresión que explican los gastos de bolsillo en salud.<sup>55</sup> La primera variable explicativa, la edad, es una variable indicadora que toma el valor de 1 para las personas que tienen 65 años o más y 0 para las que no registran esta condición. Aunque la vejez parece estar asociada con un aumento general en los costos, el efecto no es estadísticamente significativo. Los hombres gastan menos en servicios de salud que las mujeres y el gasto aumenta a medida que aumenta su nivel de escolaridad.

### Cuadro 5.8

**Regresión Tobit del total de gastos de bolsillo en salud (en pesos), 2001**

Variable	Coefficiente
65 años de edad en adelante	116.400 [160.400]
Mujer	977.100

<sup>55</sup> Dado que los datos están censurados a la izquierda, se utilizó un modelo de regresión Tobit, que toma en cuenta la posibilidad de que se puedan observar muchos hogares con cero gastos en un periodo dado.

***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

Casado o en unión libre	[162.200***] 185.700 [156.800]
Educación	
1-3 años de escolaridad	572.100 [196.800***]
4-6 años de escolaridad	808.000 [205.300***]
7-9 años de escolaridad	1961.700 [249.4***]
10-12 años de escolaridad	3528.700 [374.600***]
13-16 años de escolaridad	2813.500 [405.800***]
17 o más años de escolaridad	3743.700 [358.100***]
El encuestado trabaja actualmente	0.400 [155.800]
El encuestado o su cónyuge han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR	-860.200 [155.200***]
Autoevalua su estado de salud como regular o malo	734.900 [154.700***]
Al encuestado se le han diagnosticado dos o más enfermedades crónicas	994.600 [75.100***]
El encuestado o su cónyuge reciben remesas de los hijos o nietos	1320.300 [448.500***]
Interacción: recibe remesas x estado de salud autoevaluado como regular o malo	-328.700 [545.000]
Interacción: recibe remesas x 2+ enfermedades crónicas	482.600 [564.200]
Número de observaciones	7739

*Notas:* \* p<0.1; \*\* p<0.05; \*\*\* p<0.01. Errores estándar entre paréntesis. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro en México. Las categorías de referencia son: menos de 65 años, hombre, soltero, sin estudios, no trabaja, el encuestado o su cónyuge no han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR, estado de salud excelente o bueno, no se le han diagnosticado dos o más enfermedades crónicas y no recibe remesas de los hijos o nietos.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

***Gastos de bolsillo en salud de los no asegurados***

La variable indicadora *derechohabiente del seguro social* está relacionada con una reducción estadísticamente significativa de los gastos de bolsillo, gracias al acceso a los

servicios de salud del sistema de seguridad social. El coeficiente en la variable derechohabiente del sistema de seguridad social muestra que las personas con algún tipo de seguridad social pagan 860 pesos menos (121 USD a la PPA de 2005) para cubrir el costo de los servicios de salud que quienes no tienen acceso a la seguridad social. No es de sorprender el hecho de que tener un estado de salud malo o regular aumenta el gasto en salud.

***Aportaciones familiares a los gastos de bolsillo***

La encuesta del ENASEM pregunta quién pagó la mayoría de los gastos de bolsillo en servicios de salud. En la mayoría de los casos, las personas pagaron de su bolsillo sus propios gastos; aunque en algunos casos, sus hijos también pagaron una gran parte de la cuenta. En casi 30% de los casos, los hijos adultos pagaron la mayoría de los gastos, mientras que en el 67% los encuestados o sus cónyuges fueron los principales contribuyentes. Para casi la mitad (47.3%) de los padres que reciben ayuda económica de sus hijos (transferencias en dinero o en especie), éstos pagan una gran parte de sus gastos de bolsillo en salud.

Las remesas también son una forma de transferencias a familiares. Hallamos que el 14.6% de las personas cuyos hijos pagaron la mayoría de sus gastos, también reciben remesas, mientras que sólo el 7% de quienes cubren sus propios gastos las reciben. También descubrimos que el monto erogado de los gastos de bolsillo varía dependiendo de si la persona recibe remesas o no. Entre quienes reciben remesas, el gasto de bolsillo promedio es de 1,237 pesos o 173 USD (a la PPA de 2005), comparados con los 783 pesos o 110 USD de quienes no reciben remesas. Estos resultados pueden ser impulsados no sólo por las remesas en sí, sino también por las otras características de las personas que las reciben –por ejemplo, las condiciones de salud– y que no se tomaron en cuenta en la regresión.

Para evaluar las diferencias en los determinantes de los gastos de bolsillo de los distintos grupos, el Cuadro 5.9 ilustra el gasto de bolsillo promedio por característica demográfica, empleo y salud, tanto de quienes reciben remesas como de quienes no las reciben. Observamos que el gasto superior en salud entre quienes las reciben respecto a quienes no, se mantiene para todos los subgrupos.

**Cuadro 5.9**

**Totales de los gastos de bolsillo anuales entre quienes reciben remesas y quienes no las reciben (USD a la PPA de 2005), 2001**

<b>Variable</b>	<b>Recibe remesas</b>	<b>No recibe remesas</b>	<b>Diferencias entre los que reciben remesas y los que no</b>
60 años en adelante (%)	168	114	54***
Mujer (%)	206	126	80***
Casado o en unión libre (%)	152	105	47***
Educación (%)			
0 años de escolaridad	149	71	79***
1-3 años de escolaridad	173	96	78***
4-6 años de escolaridad	177	120	58***
7-9 años de escolaridad	266	154	112***

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

10-12 años de escolaridad	167	148	18*
13-16 años de escolaridad	668	183	485***
17 o más años de escolaridad	151	286	-135***
El encuestado trabaja actualmente (%)	160	99	61***
El encuestado o su cónyuge han sido derechohabientes del IMSS, el ISSSTE o el SAR (%)	138	110	28***
Autoevalúa su estado de salud como regular o malo (%)	200	113	87***
Al encuestado se le han diagnosticado dos o más enfermedades crónicas (%)	271	166	104***
Número de observaciones	770	9,092	

*Notas:* \*  $p < 0.1$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$ . Incluye costos de curanderos, homeópatas, dentistas, procedimientos ambulatorios y visitas al médico. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro en México. PPA: Paridad del poder adquisitivo.

Fuente: Análisis del ENASEM 2001 realizado por los autores.

### **5.4 Resumen del estado de salud y el seguro de gastos médicos en la vejez**

La distribución geográfica de la pobreza en México está relacionada con los indicadores que señalan un mal estado de salud. Los grupos indígenas en particular se enfrentan a retos de salud.

La mayoría de los indicadores de salud señalan una situación más positiva entre los asegurados que entre los no asegurados; los primeros tienen más probabilidades de tener un estado de salud calificado como excelente, muy bueno o bueno y son menos propensos a sufrir una embolia cerebral, padecer artritis y tener limitaciones en sus AVD. Sin embargo, los asegurados tienen más probabilidades de que se les diagnostique diabetes y obesidad.

En cuanto a las diferencias en los indicadores de salud por nivel de escolaridad, descubrimos que menos personas entre las que no tienen estudios afirman tener un excelente/muy buen/buen estado de salud, comparadas con los egresados de alguna universidad y los que terminaron un posgrado. Asimismo, las personas sin estudios son más propensas a padecer dos o más enfermedades. Cuando se comparan los residentes urbanos y rurales, descubrimos que los primeros –que tienden a tener ingresos más altos y estar asegurados– reportan mayores porcentajes de personas con diabetes, hipertensión arterial y enfermedades pulmonares que los residentes de áreas menos urbanizadas.

Una posible explicación para que los residentes urbanos y de mayores ingresos aparentemente tengan un estado de salud más deteriorado, es que es más probable que estén asegurados y, por lo tanto, tengan mayor acceso a los servicios de salud, lo cual quizá influya en la cantidad de información sobre su propia salud. También hay evidencia de que las personas aseguradas y las que tienen un NSE más alto podrían estar enfrentándose al mismo reto que muchos de los residentes de los países más

desarrollados, al lidiar con los problemas de salud que conlleva el sobrepeso o la obesidad.

Los migrantes de largo plazo que regresan a México (los que se quedaron más de un año en Estados Unidos) tienen la media y la mediana de ingresos familiares y patrimonio neto más altos. Los migrantes de corto plazo que regresan a México y los no migrantes tienen similares ingresos y patrimonio neto. Los no migrantes tienen el mayor nivel de cobertura de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social. Sin embargo, a diferencia de los hombres, las mujeres no migrantes tienen menos probabilidad de haber contribuido al sistema de seguridad social y de tener acceso a los servicios de salud que éste brinda, comparadas con las mujeres que tienen un historial de migración de corto o largo plazo.

Los gastos médicos de las personas constan principalmente de visitas al médico y procedimientos ambulatorios, particularmente a medida que se acercan a la vejez. Los gastos en servicios dentales, homeopatía y curanderos como proporción del total de los gastos médicos disminuyen con la edad. Las personas ubicadas en el extremo inferior de la distribución del ingreso tienden a pagar menos por los servicios en comparación con las más ricas, aunque estos costos no muestran un gradiente claro respecto a los ingresos.

Ser derechohabiente del sistema de seguridad social (pensión y atención médica) reduce los gastos de bolsillo en 860 pesos anuales (121 USD a la PPA de 2005). En el 67% de los casos, los adultos mayores pagaron ellos mismos la mayoría de sus gastos de bolsillo; aunque en el 30% de los casos sus hijos pagaron una gran parte de la cuenta. Para casi la mitad (el 47.3%) de los padres que reciben ayuda económica de sus hijos (ya sea en dinero o en especie), éstos pagan la mayoría de sus gastos de bolsillo. Observamos que el 14.6% de las personas cuyos hijos pagaron la mayoría de sus gastos de salud también reciben remesas.

## **6 OPCIONES DE POLÍTICAS PARA AUMENTAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO**

Comenzamos nuestro análisis del envejecimiento y la seguridad económica en México al advertir que la población de adultos mayores en México está creciendo a paso acelerado y que dicha población es especialmente vulnerable a la pobreza. Los ciudadanos mexicanos de hoy están viviendo más tiempo y en general han experimentado una mejora en su calidad de vida comparados con las generaciones anteriores. Nuestro estudio muestra que las mejoras sociales no inciden en la vida cotidiana de las personas por igual, sin embargo, nuestro análisis han procurado descubrir y resaltar esas diferencias.

Los hallazgos de este estudio sugieren que los factores género, ubicación geográfica y nivel educativo influyen de manera significativa en la seguridad económica de los adultos mayores. También advertimos que los numerosos trabajadores del sector informal del país son más susceptibles a la pobreza cuando llegan a una edad avanzada, probablemente debido a que no están cubiertos por ningún programa de seguridad social. Las pensiones constituyen una aportación relativamente modesta a los ingresos de los adultos mayores en México; las transferencias, especialmente en forma de remesas recibidas de hijos adultos que trabajan en Estados Unidos, representan una aportación importante.

Según la evidencia presentada anteriormente, los adultos mayores dependen en gran medida de las transferencias (tanto en dinero como en especie) que reciben de sus hijos. La impresión general del estado de los adultos mayores en México es la de una heterogeneidad sustancial, tanto en términos del nivel como de las fuentes de ingresos, que registran en la vejez. Asimismo, observamos disparidades considerables en la salud y el uso de los servicios de salud y atención médica entre los distintos grupos socioeconómicos.

Estas observaciones sugieren varias direcciones a explorar en términos de políticas.

## **6.1 Ampliar la red de protección de los adultos mayores**

Las políticas diseñadas para aliviar la pobreza en los adultos mayores consisten principalmente en las siguientes intervenciones: programas de transferencias de efectivo no condicionadas y condicionadas, transferencias en especie –incluyendo canastas de alimentos y comidas gratuitas– y acceso a los servicios de salud y atención médica.

La evidencia de estudios anteriores sugiere que las transferencias en especie han tenido poco o ningún impacto en el bienestar de los adultos. Los estudios que analizan el impacto de los programas que brindan acceso a los servicios de salud a los adultos mayores no arrojan pruebas concluyentes. En algunos casos, existen impactos positivos, como la reducción de las probabilidades de enfermarse, pero, en otros casos, no hay ningún impacto ya que las personas que se encuentran en situación de pobreza por lo general tienen menos acceso a servicios de salud e infraestructura de alta calidad.

Estudios de los casos de Brasil y Sudáfrica muestran que los programas de pensiones no contributivas son eficaces en la reducción de la pobreza y la desigualdad. Un efecto potencialmente negativo de este tipo de programas es la sustitución parcial o total de las transferencias de familiares o el ahorro por el gasto público (un efecto de *crowding-out* o desplazamiento). En Sudáfrica, Jensen encuentra pruebas de que por cada unidad monetaria (rand) que se recibe por medio de una pensión no contributiva, existe una reducción del 25 al 30% en las transferencias de familiares hechas a los adultos mayores. Esto implica que las transferencias gubernamentales en efectivo no suplantán por completo las transferencias de familiares y que el bienestar de los adultos mayores mejora con estos programas. Además, dadas las decrecientes tasas de natalidad, se puede anticipar que el papel que desempeñan las transferencias de familiares disminuirá en el futuro, lo que aumentará la necesidad de otras fuentes de seguridad económica en la vejez.

Para el caso de México, en particular con relación al programa de pensiones no contributivas del estado de Yucatán, Aguila *et al.* muestran que los adultos mayores de 70 años en adelante que reciben estas pensiones aumentan el número de visitas al médico, compran medicamentos de prescripción, incrementan la cantidad de alimentos disponibles en la casa y dejan de trabajar después de recibir la pensión. El aumento en el uso de los servicios de salud tal vez sugiera una mayor inversión en la medicina preventiva, lo que potencialmente disminuye el gasto en salud. Es posible que estos programas comprendan derramas positivas en otros programas gubernamentales –por ejemplo, que los adultos mayores gasten más en medicina preventiva, quizá reduzca el gasto del gobierno en atención médica. Además, este tipo de programas podría mejorar el

bienestar de otros miembros de la familia, en particular el de los nietos, como una transferencia en efectivo eficaz para aliviar la pobreza familiar.

Los programas de pensiones no contributivas pueden resultar más atractivos que las políticas tradicionales para reducir la pobreza en los adultos mayores, porque muestran efectos consistentemente positivos en el bienestar de los adultos mayores, son más fáciles de operar logísticamente que las transferencias en especie o que los programas que garantizan el mismo nivel de calidad en los servicios de salud en todo el país y dan más libertad a los adultos mayores para escoger lo que más necesitan con su subsidio en efectivo. Una forma de reducir las tasas de pobreza en el corto plazo sería ampliar la cobertura de los programas de pensiones no contributivas para incluir a los adultos mayores de todas las localidades del país.

El gobierno federal y muchos de los estados (no todos) han introducido el concepto de pensiones no contributivas, aunque varían en cuanto a cobertura, requisitos de edad, niveles de las prestaciones y otros. A un plazo más largo, con una población cada vez más numerosa de adultos mayores, un sistema universal de pensiones no contributivas pondría mucha presión sobre los presupuestos tanto federales como estatales. Una posibilidad para que México reduzca las tasas de pobreza en la vejez sería ampliar los programas de pensiones no contributivas existentes en el corto plazo y, al mismo tiempo, promover que los trabajadores activos ahorren dinero para sus pensiones futuras. A un plazo más largo, los programas no contributivos podrían retirarse paulatinamente. El diseño del programa de pensiones no contributivas podría ser el mismo para todos los estados del país, a fin de evitar incentivos por cambio de residencia a entidades con programas más generosos de pensiones.

Es crucial considerar la ampliación de la cobertura de los sistemas actuales de pensiones financiadas para poder disminuir posteriormente el papel del sistema de pensiones no contributivas. Es importante desarrollar medidas para focalizar de manera efectiva los programas a los adultos mayores en situación de pobreza. Los mecanismos tradicionales para focalizar programas sociales a las personas en edad laboral con un ingreso estable, no podrían aplicarse en el caso de muchos adultos mayores que tienen ingresos esporádicos y que con frecuencia dependen de las transferencias de familiares, como se mostró en los capítulos anteriores.

## **6.2 Fomentar el ahorro para el retiro**

Como se comentó previamente, para los trabajadores del sector privado y del sector público, a excepción de los que trabajan por cuenta propia, es obligatorio por ley que sus empleadores los den de alta en las instituciones de seguridad social que brindan las prestaciones de pensión y atención médica. Los sistemas de seguridad social preponderantes en el país son el IMSS para los trabajadores del sector privado y el ISSSTE para los empleados del sector público (servidores públicos). En la actualidad, menos del 50% de la fuerza laboral en México está cubierta por un sistema de seguridad social. Existen dos razones principales de este bajo nivel de cobertura: la ineficacia en la aplicación de la ley y el alto porcentaje de la fuerza laboral que trabaja en el sector informal. Las pensiones privadas y las que proporcionan los patrones juegan un papel menor en el país.

A continuación se presentan algunas opciones para aumentar el nivel del ahorro para el retiro, mediante la ampliación de la cobertura de los programas de seguridad social y la promoción de otros instrumentos del sector privado que existen para este efecto:

- Aumentar los incentivos para posponer el retiro. Por ejemplo, recompensar a quienes pospongan el retiro hasta después de los 65 años de edad (la edad oficial para jubilarse) con pensiones mensuales superiores en sistemas de prestaciones definidas o una aportación mensual continua del gobierno a las cuentas individualizadas de ahorro para el retiro (PRA) obligatorias. Existe amplia evidencia de que este tipo de ajuste actuarial incide en la conducta de las personas en relación con su jubilación; por ejemplo: Uccello, Gustman y Steinmeier, Gruber y Wise, y Hairault *et al.*
- Hacer obligatorio para los trabajadores por cuenta propia darse de alta en los sistemas públicos de salud y pensiones. Otros países de América Latina (Colombia en particular) han implementado leyes que estipulan como obligatorias las aportaciones de quienes trabajan por su cuenta.
- Mejorar el nivel de cumplimiento de la obligación de dar de alta a todos los que trabajan en empresas registradas en el sistema de seguridad social. Si también es obligatorio registrarse en el sistema de seguridad social para los trabajadores por cuenta propia, entonces el nivel de cumplimiento debe mejorarse para este segmento de la población.
- Considerar políticas que hagan más atractivo trabajar en el sector formal. Por ejemplo, para los empresarios, el sector público podría proporcionar información sobre cómo registrar una empresa, mejorar la calidad de los servicios jurídicos para las pequeñas empresas a fin de ayudarlas a ampliar su mercado y mejorar la capacitación disponible para las empresas registradas, incluyendo cursos en contabilidad y rastreo de inventario.
- Promover y desarrollar más alternativas para generar más ahorro para el retiro. El gobierno y los organismos privados podrían desarrollar mecanismos para el ahorro con un tratamiento fiscal preferente.
- Desarrollar nuevos productos de ahorro para el retiro –para los grupos vulnerables– basados en principios tomados de modelos de finanzas y microcrédito. Por ejemplo, se descubrió que enviar mensajes de texto o cartas a las personas para recordarles que deben ahorrar, aumentó los ahorros totales en aproximadamente 6% en Bolivia, Perú y Filipinas (Karlan *et al.*, 2010).

### **6.3 Mejorar el estado de salud y ampliar la cobertura de los seguros de gastos médicos**

Como en otros países, en México la salud y el uso de los servicios de salud y atención médica están fuertemente relacionados con los indicadores del NSE. Tal vez la variable del NSE más viable para predecir el estado de salud es la educación. Evidentemente, invertir en educación trae resultados a más largo plazo.

También hay otro punto relacionado con la cobertura del seguro de gastos médicos a través del sistema de seguridad social. Quienes cuentan con un seguro tienen menos gastos de bolsillo, lo que aumenta sus ingresos efectivos disponibles.

A continuación, se presentan algunas alternativas para la elaboración de políticas:

- Aumentar la cobertura de los seguros de gastos médicos para los trabajadores mediante la inscripción y las aportaciones al sistema de seguridad social, de acuerdo con las políticas antes descritas para aumentar la cobertura de los sistemas públicos de pensiones.
- Aumentar el nivel educativo de la población, toda vez que ésto tendrá una repercusión positiva en el estado de salud (además de muchos otros efectos positivos). Un posible método para aumentar los niveles educativos podría ser ampliar la inscripción de las familias elegibles, particularmente de las zonas urbanas, en el programa Oportunidades. Se ha visto que el programa aumenta la asistencia a la escuela y posiblemente aumenta el rendimiento académico.
- Invertir en la prevención y la detección temprana. A esto podría abonar el incremento de la inscripción de las familias elegibles en el programa Oportunidades, ya que el componente de salud de este programa conlleva exámenes médicos periódicos para los miembros de la familia. Combinar estos exámenes médicos con una mayor cobertura de los servicios de salud podría ayudar a ampliar la detección temprana y la atención.

#### **6.4 Integrar al sistema de seguridad social a los migrantes que regresan a México**

Hemos visto que los migrantes desempeñan varios papeles distintos. Sus remesas representan una fuente importante de ingresos para los adultos mayores y con frecuencia son utilizadas para pagar los servicios de salud. Además, los migrantes que regresan a México afrontan retos específicos en materia de salud: son más propensos a padecer artritis y obesidad y tienen menos probabilidades de estar cubiertos por un sistema de seguridad social (pensión y atención médica).

Varias posibilidades para integrar al sistema mexicano de seguridad social a los migrantes que regresan a México son las siguientes:

- Permitir que los migrantes contribuyan al sistema mexicano de seguridad social mientras están en el extranjero para que estén cubiertos a su regreso.
- Desarrollar un producto de seguro de gastos médicos para los migrantes que regresan, quizá proporcionado a través del IMSS, que tome en cuenta las condiciones preexistentes y esté diseñado para una población de mayor edad. En la actualidad, el IMSS ofrece un programa denominado Seguro de Salud para la Familia para Mexicanos en el Exterior, que permite que los mexicanos que trabajan en Estados Unidos adquieran cobertura del seguro tanto para ellos mismos como para sus familiares en México (incluyendo a los padres, hijos, hermanos, abuelos y primos). El seguro sólo proporciona servicios en México y está disponible por una cuota fija anual que varía según la edad del asegurado, sin embargo, este programa no toma en cuenta las condiciones preexistentes.<sup>56</sup> Para los migrantes que tendrían derecho a *Medicare* si se quedaran en Estados Unidos, la transferibilidad de las prestaciones daría cobertura en México.

---

<sup>56</sup> Véase <http://www.imss.gob.mx/servicios/mexicanos/segsaldfamilia.htm> para más información.

## **6.5 Fortalecer los conocimientos para y sobre la vejez**

Muchos mexicanos no saben cómo planear para el retiro ni cómo organizar sus finanzas para tal fin. Es importante mejorar los conocimientos básicos de finanzas sobre el ahorro para el retiro. Determinar cuánto dinero es necesario ahorrar hoy para lograr el nivel de económico capaz de mantener el nivel de consumo durante los años en que ya no se percibirá un sueldo, es un paso hacia el logro de la seguridad económica en la vejez.

Por ejemplo, con base en la evidencia de un experimento realizado en México, Hastings y Tejeda Ashton muestran que presentar la información sobre las cuotas cobradas por las administradoras de fondos para el retiro (AFORES) en pesos en lugar de tasas porcentuales anuales, parece resultar más ilustrativo y claro para las personas. Más información quizá ayude a aumentar la competencia entre las AFORES ya que los empleados podrían cambiar de AFORE; en consecuencia, es posible que una mayor competencia reduzca las cuotas. Mastrobuoni descubre que estandarizar los estados de cuenta en todos los tipos de fondos para el retiro, así como proporcionar información personalizada sobre las prestaciones de jubilación acumuladas a la fecha de quienes aún no se han jubilado, son medidas que en Estados Unidos han aumentado los conocimientos sobre el sistema de seguridad social.

## **6.6 Establecer un plan nacional de seguridad social**

Crear un organismo nacional, como la Secretaría del Trabajo y Pensiones del Reino Unido (DWP, por sus siglas en inglés), para vigilar el sistema de seguridad social en México, podría mejorar la eficacia de las políticas al respecto. Las organizaciones actualmente encargadas de formular las políticas en México se encuentran dispersas en niveles municipales, estatales y nacionales de gobierno, son implementadas por distintas dependencias y no existe ningún órgano central que coordine sus análisis y lineamientos de política.

Este organismo coordinaría los programas dirigidos a los adultos mayores que actualmente son operados por distintos departamentos, al igual que estudiaría y planearía las reformas de las políticas orientadas al bienestar de este segmento de la población. Adoptaría, asimismo, un enfoque de ciclo de vida a fin de cubrir el historial de trabajo de cada persona desde que ingresa al mercado laboral hasta que se jubila. Ayudaría a monitorear y mejorar la política en materia de trabajo y pensiones en México. Este organismo podría también promover el análisis riguroso y la creación de bases de datos para analizar el mercado laboral y el bienestar en el retiro vinculados a registros administrativos disponibles para llevar a cabo estudios en el tema. La Secretaría del Trabajo y Pensiones del Reino Unido ha producido varios ejemplos de documentos de políticas que resaltan la importancia de vigilar las distintas dimensiones del sistema de seguridad social.

## **6.7 Comentarios finales**

El presente documento describe la situación de los adultos mayores en México, al tiempo que explora la transición demográfica, la pobreza en la vejez, los sistemas mexicanos de

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

pensiones y de salud, la seguridad económica de los adultos mayores, el estado de salud y el gasto en salud. Una de las metas de la sección final ha sido esbozar algunas sugerencias de políticas y áreas de investigación futura.

La transición demográfica en México, combinada con la carencia de fuentes formales de ingresos durante la jubilación, deja a muchos adultos mayores en un estado de precariedad económica. La información contenida en este estudio y las áreas de investigación de políticas que propone tienen como objetivo ampliar la cartera de opciones disponibles para los mexicanos de la tercera edad.

## APÉNDICE

### Cuadro A.1.

#### Programas de pensiones no contributivas en México

Estado	Nombre del programa	Fecha de inicio	Requisito de edad	Otros requisitos	Descripción del programa	Número de afiliados	Fecha del núm. de afiliados
Gobierno Federal	Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 Años y Más en Zonas Rurales	Mayo de 2007	Tener 70 años cumplidos	Localidades de menos de 30,000 habitantes	Apoyo mensual de 500 pesos (70 USD a la PPA de 2005) que se entrega de manera bimestral	2,025,551	Enero de 2011
Aguascalientes	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Baja California Norte	Programa de Apoyo al Adulto Mayor	22 de septiembre de 2008	Tener 60 años cumplidos	Tener una Antigüeda mínima de un año de residencia en Baja California Norte y estudio socioeconómico	Apoyo mensual de 500 pesos (70 USD a la PPA de 2005) por un periodo máximo de 6 meses al año	38,756	Mayo de 2011
Baja California Sur	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Campeche	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Coahuila	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Colima	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Chiapas	Amanecer	16 de enero de 2007	Tener 64 años cumplidos	Tener una antigüedad mínima de un año de residencia en Chiapas, no estar recibiendo ningún otro apoyo social	Apoyo mensual de 550 pesos (70 USD a la PPA de 2005)	238,330	Abril de 2011
Chihuahua	Vive a Plenitud	Octubre de 2004	Tener 70 años	Tener una antigüedad mínima	Apoyo mensual de 640 pesos (90 USD a la PPA	15,000	Diciembre de 2007

*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Durango	Durango Solidaridad	31 de enero de 2010	cumplidos Tener 70 años cumplidos	de 5 años de residencia en Chihuahua Tener una antigüedad mínima de 5 años de residencia en Durango, no estar recibiendo ningún otro apoyo social	de 2005) para adquirir alimentos	12,850	Mayo de 2011
Guanajuato	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Guerrero	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Hidalgo	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Jalisco	Vive Grande	11 de mayo de 2007	Tener 70 años cumplidos	Para localidades de más de 30,000 habitantes, estudio socioeconómico y no estar recibiendo ningún otro apoyo social	Apoyo trimestral de 1,500 pesos (210 USD a la PPA de 2005)	31,359	Febrero de 2011
México D.F.	Pensión Alimentaria para Adultos Mayores	Diciembre - Febrero 2001	Tener 70 años cumplidos	Tener una antigüedad mínima de 3 años de residencia en el Distrito Federal, no estar recibiendo ningún otro apoyo social	Apoyo mensual de 759 pesos (106 USD a la PPA de 2005) para adquirir alimentos y medicamentos de prescripción	469,985	Mayo de 2011
Estado de México	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Michoacán	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Morelos	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Nayarit	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Nuevo León	Vida Digna para el Adulto Mayor	Mayo de 2004	Tener 70 años cumplidos	Tener una antigüedad mínima de 5 años de	Apoyo mensual de 500 pesos (70 USD a la PPA de 2005)	68,750	Mayo de 2011

*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Oaxaca	Ninguno	---	---	residencia en Nuevo León	---	---	---
Puebla	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Querétaro	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Quintana Roo	Abuelito Estoy Contigo	Marzo de 2006	Tener 70 años cumplidos	Estudio socioeconómico y no estar recibiendo ningún otro apoyo social	Apoyo mensual de 500 pesos (70 USD a la PPA de 2005) y una canasta básica de alimentos	2,567	Enero de 2011
San Luis Potosí	Ninguno	---	---	---	---	---	---
Sinaloa	70 y Más	2007	Tener 70 años cumplidos	No estar recibiendo ningún otro apoyo social	Apoyo bimestral de 1000 pesos (140 USD a la PPA de 2005)	39,551	Febrero de 2011
Sonora	Vamos con Ellos	2009	Tener 70 años cumplidos	No estar recibiendo ningún otro apoyo social	Apoyo de 150 pesos (20 USD a la PPA de 2005) válido únicamente para el pago de luz. Asistencia médica	25,860	Mayo de 2011
Tabasco	Únase	Enero de 2008	Tener 65 años cumplidos	No estar recibiendo ningún otro apoyo social	500 pesos mensuales (70 USD a la PPA de 2005)	72,084	Abril de 2011
Tamaulipas	Adopta un Abuelo	N/D	Tener 70 años cumplidos	Tener una antigüedad mínima de 3 años de residencia en Tamaulipas, no estar recibiendo ningún otro apoyo social	Lugar de reunión para personas de la tercera edad donde compartir sus conocimientos y experiencias	15,664	Marzo de 2011
Tlaxcala	Apoyo para el Adulto Mayor	N/D	Tener 65 años cumplidos	Tener una antigüedad mínima de 5 años de residencia en Tlaxcala, no estar recibiendo ningún	Apoyo bimestral de 568 pesos (80 USD a la PPA de 2005)	N/D	N/D

*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

Veracruz	Pensión Alimentaria para Adultos Mayores	Febrero de 2005	Tener 70 años cumplidos	otro apoyo social ni estar casado/a con otro beneficiario del mismo programa Tener una antigüedad mínima de 20 años de residencia en Veracruz y estudio socioeconómico	2142 pesos (301 USD a la PPA de 2005) cada tres meses o 714 pesos mensuales (100 USD a la PPA de 2005), según el salario mínimo general	23,152	Diciembre de 2007
Yucatán	Reconocer Urbano	1 de septiembre de 2007	Tener 70 años cumplidos	Localidades de más de 20,000 habitantes	Apoyo mensual de 550 pesos (77 USD a la PPA de 2005)	3,800	Mayo de 2011
Zacatecas	Rescate de los Abuelos	Enero de 2011	Tener 69 años cumplidos	Tener una antigüedad mínima de 3 años de residencia en Zacatecas, no estar recibiendo ningún otro apoyo social ni estar casado/a con otro beneficiario del mismo programa	Apoyo mensual de 300 pesos (42 USD a la PPA de 2005)	5,550	Abril de 2011

Notas: N/D= No disponible

Fuente: Información proporcionada por los gobiernos estatales y federal de México

*Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

**Cuadro A.2.**

**Productos de ahorro para el retiro del sector privado**

Nombre del proveedor	Nombre del producto	Descripción del producto
GNP	PROYECTA AFECTO	<p>1. Requisitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monto mínimo asegurado de 400,000 pesos (56,126 USD a la PPA de 2005)</li> <li>• Edad alcanzada de 55, 60 y 65 años con plazo mínimo de ahorro de 10 años</li> <li>• Edades de contratación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retiro al llegar a los 55 años de edad: 18-45 años.</li> <li>• Retiro al llegar los 60 años de edad: 18-50 años.</li> <li>• Retiro al llegar los 65 años de edad: 18-55 años.</li> </ul> </li> <li>• Posibilidad de hacer aportaciones adicionales.</li> <li>• Atractivas tarifas que premian las condiciones de salud del asegurado.</li> <li>• Cobertura adicional: exención de pago de primas por invalidez, indemnización por invalidez, indemnización por muerte accidental, etc.</li> </ul>
GNP	CONSOLIDA	<p>2. Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago único o renta vitalicia (ingreso fijo anual garantizado de por vida).</li> <li>• Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).</li> </ul> <p>1. Requisitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monto mínimo asegurado de 400,000 pesos (56,126 USD a la PPA de 2005).</li> <li>• Edad alcanzada de: 65 años.</li> <li>• Edad de contratación: 18 - 60 años.</li> <li>• Posibilidad de hacer aportaciones adicionales.</li> <li>• Tasas atractivas que ofrecen estímulos si el beneficiario goza de buen estado de salud, etc.</li> <li>• Cobertura adicional: exención de pago de primas por invalidez, indemnización por invalidez, indemnización por muerte accidental.</li> </ul>
Banamex	PLAN PERSONAL DE RETIRO	<p>2. Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago único o renta vitalicia (ingreso fijo anual garantizado de por vida).</li> <li>• Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).</li> <li>• Aportaciones adicionales al plan personal de retiro, exento de impuestos.</li> </ul> <p>1. Requisitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de contratación: 18 - 60 años.</li> <li>• Monto máximo de la inversión: 5 veces el salario mínimo anual.</li> <li>• Monto mínimo de la aportación inicial: 10,000 pesos (1,403 USD a la PPA de 2005) para primas</li> </ul>

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

programadas y 35,000 pesos para primas no programadas (4,911 USD a la PPA de 2005).

- Aportaciones programadas mínimas.
  - Mensual: 500 pesos (70 USD a la PPA de 2005).
  - Trimestral: 1,500 pesos (210 USD a la PPA de 2005).
  - Semestral: 3,000 pesos (421 USD a la PPA de 2005).
  - Anual: 6,000 pesos (842 USD a la PPA de 2005).
- Durante el periodo de diferimiento, el plan permite la constitución, mediante un programa de aportaciones, de una reserva en inversión que se utilizará para el pago futuro de rentas al momento del retiro del asegurado. Las rentas dependerán del valor que alcance la cuenta o reserva.

### 2. Beneficios

- Al jubilarse (a los 65 años o por invalidez), las personas pueden elegir entre:
  1. Renta vitalicia.
  2. Renta vitalicia con pagos fijos.
  3. Pago único.
  4. Pago parcial combinado con renta vitalicia.
- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).
- Deducción de impuestos: Cada año, las personas pueden hacer deducibles las aportaciones al plan hasta por 10% de sus ingresos acumulables y sin que excedan un límite de 5 salarios mínimos.
- Diferimiento del pago de impuestos: Los impuestos aplicables a las aportaciones al plan deben pagarse al momento de retiro, según especifique la ley para cada persona.
- Exención de impuestos: Cada año, los jubilados pueden retirar sus aportaciones libres de retenciones hasta 9 salarios mínimos en el ejercicio correspondiente (únicamente si el asegurado ya llegó a la edad de 65 años o tiene invalidez y lleva más de cinco años como asegurado del plan).

Aseguradora  
Interacciones

INTERSEC-  
AHORRO

### 1. Requisitos

- Intersec-Ahorro señala la cantidad que se deberá aportar mensual, trimestral o anualmente para alcanzar metas de mediano plazo.
- Contratos ofrecidos en dólares y en moneda nacional.
- Pago en una sola exhibición al término del plazo fijado por el inversionista.

### 2. Beneficios

- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).

Aseguradora  
Interacciones

INTERSEC-  
RETIRO

### 1. Requisitos

- Contratos ofrecidos en moneda nacional y en dólares.
- Los inversionistas pueden realizar aportaciones adicionales para obtener mayores rendimientos.
- Al momento de contratar, el inversionista decide la forma de pago que desea recibir al momento de su jubilación: una sola exhibición, aportación de los recursos a un fideicomiso que le garantice

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

pagos mensuales por un periodo determinado o pagos heredables si el inversionista fallece antes del plazo previsto.

### 2. Beneficios

- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).

AXA (ING)

DOTAL

### 1. Requisitos

- Plazos de pago de primas de 5, 10, 15, 20, 25 años o hasta llegar a la edad de 60 o 65 años.

### 2. Beneficios

- Beneficios pagados al aniversario de la póliza después de que el jubilado llegue a los 60 o 65 años de edad.

- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).

AXA (ING)

DOTAL RETIRO

### 1. Requisitos

- Los inversionistas eligen entre:
  - Edad de jubilación/para hacer retiros de: 60 o 65 años o plazo de diferimiento de 20 años.
  - Estructura de pagos: una sola exhibición, renta vitalicia o renta vitalicia al cónyuge del asegurador.
  - Tipo de moneda: nacional (peso mexicano) o USD.
  - Frecuencia del pago: anual, semestral, trimestral o mensual.
  - Forma de pago: efectivo, cheque, tarjeta de crédito o débito.

### 2. Beneficios

- Opciones de cobertura adicional: invalidez o muerte accidental.
- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).
- Otros beneficios:
  - Protección para el cónyuge con los mismos beneficios y bajo la misma póliza.
  - Descuentos por ser mujer y no fumador.

Seguros

IMAGINA SER

Monterrey

### 1. Requisitos

- Ingreso mensual de por vida a partir de la edad en que la persona se jubila: 55, 60, 65 o 70 años.
- En caso de fallecimiento, familiares designados como beneficiarios reciben el monto asegurado en forma de pagos mensuales de por vida o por un plazo fijo.

### 2. Beneficios

- Tasas de inversión en dólares o Unidades de Inversión (UDI).
- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).
- Aportaciones a Imagina Ser son deducibles de impuestos durante el ejercicio fiscal correspondiente.
- Para proteger los ahorros del inversionista de los cambios en las condiciones económicas, Seguros Monterrey New York Life garantiza que con Imagina Ser, los rendimientos anuales no serán menos

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

de 2% si se contrata en dólares y de 1% si contrata en UDI.

Seguros  
Monterrey

NUEVO  
PLENITUD

### 1. Requisitos

- En caso de que el inversionista fallezca durante su jubilación, los inversionistas pueden elegir entre las siguientes opciones:
  - El beneficiario designado recibe pagos mensuales en dólares o Unidades de Inversión (UDI).
  - Los inversionistas determinan un periodo de garantía de 10, 15, 20, 25 o 30 años –en caso del fallecimiento del inversionista antes del vencimiento de este plazo, los beneficiarios designados reciben los pagos mensuales restantes durante la duración del periodo de garantía.
  - Opción de no heredar: opción que produce mayores beneficios mensuales para el inversionista.
- Contratos ofrecidos en dólares o UDI.
- En caso de fallecimiento del inversionista antes de la jubilación, los beneficiarios recibirán el monto asegurado en un solo pago.
- El plazo de pago de primas es de 10 años o hasta la edad de retiro a los 55, 60 o 65 años.
- En caso de padecer invalidez total y permanente antes de la jubilación, los inversionistas pueden recibir beneficios mensuales sin necesidad de seguir pagando la prima –al llegar a su jubilación, el asegurado recibe los beneficios contratados para ese fin.
- Las primas del ahorro para el retiro son deducibles de impuestos durante el ejercicio fiscal correspondiente.

### 2. Beneficios

- Al momento de la jubilación, el monto asegurado se recibe como pago único o como mensualidad de por vida calculada con base en la esperanza de vida del asegurado y las tasas de interés vigentes.
- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).

Seguros  
Monterrey

IMAGINA SER +

### 1. Requisitos

- Después de la jubilación: al llegar a los 65 años, un pagó único o como pagos mensuales de por vida al tipo de cambio del dólar o Unidades de Inversión (UDI).

### 2. Beneficios

- Parte de las aportaciones totales del inversionista cubre el costo de proteger a sus beneficiarios en caso de que este falleciera y la otra parte consta de beneficios por jubilación que se pagarán cuando llegue a los 65 años de edad o en caso de invalidez, de conformidad con las leyes del seguro social.
- Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).
- Antes de la jubilación: las aportaciones son deducibles de impuestos –sirven para disminuir la base

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

gravable anual por un monto máximo anual de hasta 10% de los ingresos acumulables del asegurado, sin exceder 5 salarios mínimos anuales de su área geográfica.

Metlife	HORIZONTE	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Requisitos<ul style="list-style-type: none"><li>• Pensión en pagos mensuales o renta vitalicia.</li><li>• Opción de contratar un “periodo de garantía” de 1 a 10 años, mediante el cual los beneficiarios reciben la pensión mensual hasta el vencimiento del periodo.</li><li>• Opción de contratar una renta vitalicia conjunta.</li></ul></li><li>2. Beneficios<ul style="list-style-type: none"><li>• Revaluación anual de la renta vitalicia por inflación.</li><li>• Puede contratarse para el jubilado y su cónyuge. El pago puede prorrogarse hasta 10 años para otros beneficiarios.</li><li>• Reintegro del fondo a un beneficiario en caso de fallecimiento del inversionista.</li><li>• Exenciones fiscales de conformidad con la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).</li></ul></li></ol>
---------	-----------	--

Fuente: Información proporcionada por las siguientes aseguradoras mexicanas y vigente al 20 de junio de 2011: GNP, Banamex, Aseguradora Interacciones, AXA (ING), Seguros Monterrey y Metlife.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraido Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S., Turner, J. B. (1999), The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses, *American Journal of Public Health* 89(10), pp. 1543-1548.
- Aguila, E. (2011), Personal Retirement Accounts and Saving, *American Economic Journal: Economic Policy* (en prensa).
- Aguila, E., Attanasio, O., y Quintanilla, X. (2010), Cobertura del Sistema Privado de Capitalización en Chile, Colombia y México, Documento de Trabajo núm. WR642 de RAND.
- Aguila, E., Kapteyn, A., Robles, R., y Weidmer, B. (2011), Experimental Analysis of the Health and Well-being Effects of a Non-contributory Social Security Program, RAND, mimeografiado.
- Aguila, E., y Zissimopoulos, J. (2011), Going Home: The Retirement of Mexicans Returning from the U.S., Documento de Trabajo de RAND núm. WR726.
- Amuedo Dorantes, C., y Pozo, S. (2006), Migration, Remittances, and Male and Female Employment Patterns, *American Economic Review* 96(2), pp. 222-226.
- Ardagna, S., y Lusardi, A. (2008), Explaining international differences in entrepreneurship: The role of individual characteristics and regulatory constraints, Documento de Trabajo núm. 14012 de la NBER.
- Ardington, E., y Lund F. (1995), Pensions and Development: Social Security as Complementary to Programmes of Reconstruction and Development, *Development Southern Africa* 12, pp. 557-577.
- Arzoz, J., y Knaul, F. M. (2003), *Inequidad en el gasto del gobierno en salud*, en Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción, México: Fundación Mexicana para la Salud, disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/13%20Inequidad%20en%20el%20gasto.pdf>, accedido el veinticuatro de junio de 2011.
- Attanasio, O., y DeLeire T. (2002), The Effect of Individual Retirement Accounts on Household Consumption and National Saving, *The Economic Journal* 112, pp. 504-538.
- Attanasio, O., y Hoynes, H. (2000), Differential mortality and wealth accumulation, *Journal of Human Resources* 35 (1), pp. 1-29.
- Auerbach, P., Pagés, C., Genoni, M. E. (2005), *Social Security Coverage and the Labor Market in Developing Countries*, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial.
- Ayala, F.V. (2005), Policy Case Study: Cash Transfers - Lessons Learnt from the Design and Implementation of a Conditional Cash Transfer Programme. Jamaican Case: Programme for Advancement through Health and Education, Inter-Regional Inequality Facility.
- Bailey, C., Turner, J. (1997), Contribution Evasion and Social Security: Causes and Remedies, Oficina de la OIT.
- Barrientos, A. (2006), Poverty Reduction: The Missing Piece of Pension Reform in Latin America, *Social Policy & Administration* 40(4), pp. 369-384.
- Bertranou, F. (2007), Informal Economy, Independent Workers and Social Security Coverage in Argentina, Chile and Uruguay, Oficina Regional de la OIT, Santiago, Chile, artículo no publicado.

## ***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

- Blanchflower, D., y Oswald. A. (1998), What makes an entrepreneur?, *Journal of Labor Economics* 16(1), pp. 26-60.
- Cambrón, A.L. (2008), Condiciones Laborales de los Adultos Mayores en México en 2006, Mimeografía, México D.F.: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, disponible en: [http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/cambron\\_al.pdf](http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/cambron_al.pdf).
- Case, A., y A. Deaton (1998), Large Cash Transfers to the Elderly in South Africa, *The Economic Journal* 108, pp. 1330-1361.
- Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A., y Marmot, M. (2007), Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study, *British Medical Journal* 334(7601), pp. 990-993.
- Clark, R., Sandler Morrill, M., y Allen, S.G. (2010), The Role of Financial Literacy in Detemining Retirement Plans, Documento de Trabajo de la NBER núm. 16612, disponible en: <http://www.nber.org/papers/w16612>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2007), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2007, Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC, Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2009, Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC, Naciones Unidas.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2006), Catálogo universal de servicios esenciales, México D.F.: Secretaría de Salud.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2008), Proyecciones de la población de México de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades (2005–2050), disponible en [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36&Itemid=234](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234).
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2010), Anexo estadístico - Pobreza 2010, disponible en [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Pobreza\\_2010/Anexo\\_estadistico.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Pobreza_2010/Anexo_estadistico.es.do)
- Cutler, D., Knaul, F., Lozano, R., Méndez, O., y Zurita, B. (2002), Financial Crisis, Health Outcomes and Aging: Mexico in The 1980s and 1990s, *Journal of Public Economics* 84, pp. 279-303.
- Damme, W. V., Leemput, L. V., Por, I., Hardeman, W., y Meessen, B. (2004), Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia, *Tropical Medicine & International Health* 9(2), pp. 273-280.
- Dávila, E., y Guijarro, M. (2000), Evolución y reforma del sistema de salud en México, *Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC): Economic Development Series* 91, disponible en: <http://www.eclac.org/id.asp?id=4516>, accedido el veinte de junio de 2011.
- De Vos, S., Solís, P., y Montes de Oca, V. (2004), Receipt of assistance and extended family residence among elderly men in Mexico, *The International Journal of Aging and Human Development* 58(1), pp. 1-27.
- Delgado, G.C., y Cardoso, J.C. (2000), Condições de Reprodução Econômica e Combate à Pobreza”, en: G.C. Delgado y J.C. Cardoso (editores), *A Universalização de Direitos Sociais no Brazil: a Previdência Rural nos anos 90*, Brasília: IPEA.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Department for Work and Pensions (DWP) (2006), *Security in retirement: towards a new pensions system*, Londres: Ministerio de Trabajo y Pensiones.
- Department for Work and Pensions (DWP) (2011), *A state pension for the 21st century*, Londres: Ministerio de Trabajo y Pensiones
- Duflo, E. (2003), Grandmothers and Granddaughters: Old-Age Pensions and Intrahousehold Allocation in South Africa, *The World Bank Economic Review* 17(1), 1-25.
- Duflo, E., Gale, W., Liebman, J., Orszag, P., y Saez, E. (2006), Saving Incentives for Low- and Middle-Income Families: Evidence from a Field Experiment with H&R Block, *Quarterly Journal of Economics* 121(4): 1311-46.
- Eibenschutz, C., Tamez, S., y Camacho, I., (2008), Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México, *Revista de Salud Pública* 10, pp. 119-132.
- Engelhardt, G.V., Kumar, A. (2007), Employer matching and 401(k) saving: Evidence from the Health and Retirement Study, Departamento de Economía y Centro para la Investigación en Políticas, Universidad de Syracuse, Estados Unidos y el Departamento de Investigación del Banco Federal de Reserva de Dallas, Estados Unidos
- Farrington, J., y Slater, R. (2006), Introduction: Cash Transfers: Panacea for Poverty Reduction or Money Down the Drain?, *Development Policy Review* 24(5), pp. 499-511.
- Frenk, J., Gómez Dantés, O., y Knaul, F.M. (2009), The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage, *Bulletin of the World Health Organization* 87, pp. 542-548.
- Frenk, J., González Pier, E., Gómez Dantés, O., Lezana, M.A., y Knaul, F.M. (2007), Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, *Salud Pública de México* 49, suplemento 1.
- Gale, W., y Levine, R. (2011), Financial Literacy: What Works? What Could Be More Effective? Financial Security Project at Boston College, Documento de Trabajo núm. FSP 2011-1.
- García Prado, A., y Panopoulou, G. (2010), Enrolling the self-employed in mandatory health insurance scheme. The case of Colombia, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gertler, P. J., y Boyce, S. (2001), An Experiment in Incentive-Based Welfare: The Impact of PROGESA on Health in Mexico, Universidad de California, Berkeley.
- Giedion, U., Villar, M., y Ávila, A. (2010), "Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado", Fundación MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro, disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>. Accessed 08.11.2011.
- Goldman, N., Kimbro, R. T., Turra, C. M., y Pebley, A. R. (2006), Socioeconomic Gradients in Health for White and Mexican-Origin Populations, *American Journal of Public Health* 96, pp. 2186-2193.
- Gomes, C., (2007), Intergenerational Exchanges in Mexico: Types and Intensity of Support, *Current Sociology* 55(4), pp 545-560, disponible en: <http://csi.sagepub.com/cgi/content/abstract/55/4/545>.
- González Pier, E., Gutiérrez Delgado, C., Stevens, G., Barranza Lloréns, M., Porrás Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R. H., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M., Joshua Salomon, A. (2006), Priority-setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health, *Lancet* 368, pp. 1608-1618.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Gruber, J. y Wise, D. (1999), *Social Security Programs and Retirement around the World*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gustman, A. L., Steinmeier, T. L. (2005), The social security early entitlement age in a structural model of retirement and wealth, *Journal of Public Economics* 89(2-3), febrero de 2005, pp. 441-463.
- Gwatkin, D. R. (2004), *Are Free Government Health Services The Best Way to Reach to Poor?*, Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Hairault, J. O., Sopraseuth, T., y Langot, F. (2010), Distance to Retirement and Older Workers' Employment: The Case for Delaying the Retirement Age, *Journal of the European Economic Association* 8, pp. 1034-1076.
- Hastings, J. S., y Tejada Ashton, L. (2008) Financial Literacy, Information, and Demand Elasticity: Survey and Experimental Evidence from Mexico, National Bureau of Economic Research, Documento de Trabajo núm. 14538 de la NBER, disponible en <http://www.nber.org/papers/w14538>.
- Hewitt Associates S.C. (2005), *2005 Pension Survey*, México D.F., México.
- House, J.S., Kessler, R.C., y Herzog, A.R. (1990), Age, Socioeconomic Status, and Health, *The Milbank Quarterly* 68(3), pp. 383-411.
- International Data Base (IDB), Washington, D.C.: Oficina del Censo de Estados Unidos.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2005), *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, D.F.: Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática.
- Jasso, G., Massey, D., Rosenzweig, M., Smith, J. (2004), Immigrant Health-Selectivity and Acculturation, artículo presentado en la conferencia de la Academia de Ciencias sobre Disparidades Raciales y Étnicas en la Salud 2004.
- Jensen, R.T. (2003), Do private transfers 'displace' the benefits of public transfers? Evidence from South Africa, *Journal of Public Economics* 88, pp. 89-112.
- Kaplan, M., Huguét, N., Newsom, J., McFarland, B. (2004), The association between length of residence and obesity among Hispanic immigrants, *American Journal of Preventive Medicine*, noviembre de 2004 27(4), pp. 323-326.
- Karlan, D., McConnell, M., Mullainathan, S., y Zinman, J. (2010), Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving, Documento de Trabajo núm. 16205 de la NBER.
- King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R. T., Nall, C., Ravishankar, N., Vargas, M., Téllez-Rojo, M. M., Hernández Ávila, J.E., Hernández Ávila, M., Hernández Llamas, H. (2009), Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme, *The Lancet* 373(9673), pp. 1447-1454.
- Kinsella, K., y He, W. (2009), U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, *An Aging World: 2008*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Lafortune, G., y Balestat, G. (2007), Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications, Documento de Trabajo sobre la Salud núm. 26 de la *OECD*, París.
- Lee, J. S., y Frongillo Jr, E. A. (2001), Understanding needs is important for assessing the impact of food assistance program participation on nutritional and health status in U.S. elderly persons, *Journal of Nutrition* 131(3), pp. 765-773.
- Levy, D., y Ohls, J. (2007), *Evaluation of Jamaica's PATH Program: Final Report*. Washington, D.C.: Mathematica Policy Research, Inc.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Lund, F. (1993), State Social Benefits in South Africa, *International Social Security Review* 46(1), pp. 5-25.
- Lusardi, A., y Mitchell, O. (2006), Financial Literacy and Planning: Implications for Retirement Wellbeing, Documento de Trabajo núm. WP2006-01 del Pension Research Council.
- Marmot, M. (2002), The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist, *Health Affairs* 21 (2), pp. 31-46.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J., y Rose, G. (1984), Inequalities in death-specific explanations of a general pattern, *The Lancet* 323(8384), pp. 1003-1006.
- Marmot, M. G., Smith, D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., y Feeney, A. (1991), Health Inequalities Among British Civil Servants: The Whitehall II Study, *The Lancet* (337) 8754, pp. 1387-1393.
- Martel, L., Belanger, A., Berthelot, JM., y Carrière, Y. (2005), Healthy Aging, *Ottawa: Statistics Canada*.
- Mastrobuoni, G. (2009), The Role of Information for Retirement Behavior: Evidence Based on the Stepwise Introduction of the Social Security Statement, *Center for Retirement Research at Boston College*, Documento de Trabajo núm. wp2009-23.
- McIntyre, D., Gilson, L., y Mutyambizi, V. (2005), Promoting Equitable Health Care Financing in the African context: Current Challenges and Future Prospects: Regional Network for equity in Health in Southern Africa (EQUINET).
- Meara, E. (2001), Why is Health Related to Socioeconomic Status? The Case of Pregnancy and Low Birth Weight, *National Bureau of Economic Research*, Documento de Trabajo núm. 8321.
- Meara, E., Richards, S., y Cutler, D. (2008), The Gap Gets Bigger: Changes in Mortality and Life Expectancy, by Education, 1981–2000, *Health Affairs* 27(2), pp. 350-360.
- Minkler, M., Fuller-Thomson, E., y Guralnik, J. (2006), Gradient of Disability Across the Socioeconomic Spectrum in the United States, *New England Journal of Medicine* 355, pp. 695-703.
- OCDE (2005), *Society at a Glance 2005 - Indicadores sociales de la OCDE*
- OCDE (2006), *Society at a Glance 2006 - Indicadores sociales de la OCDE*
- OCDE (2011), *Pensions at a Glance 2011: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*
- OCDE (2011), *Society at a Glance 2011 - OECD Indicadores sociales de la OCDE*
- Omran, A.R. (1971), The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change, *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4), Parte 1, pp. 509-538.
- Pagán, J., Ross, S., Yau, J., y Polsky, D. (2006), Self-medication and health insurance coverage in Mexico, *Health Policy* 75(2), pp. 170-177.
- Palacios, R., y Sluchynsky, O. (2006), Social Pensions. Part I: Their Role in the Overall Pension System, Documento de Discusión sobre la Protección Social núm. 0601, Banco Mundial.
- Palloni, A., Arias, E. (2004), Paradox Lost: Explaining The Hispanic Adult Mortality Advantage, *Demography* 41(3), pp. 385-415.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007), Health in the Americas 2007, Washington, DC: Pan American Health Organization, disponible en <http://www.paho.org/HIA/homeing.html>, accedido el catorce de agosto de 2011.
- Parker, S., y Wong, R. (2001), “Welfare of Male and Female Elderly in Mexico: a

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Comparison” en *The Economics of Gender in Mexico: Work, Family, State, and Market*; Katz, E. y Correia, M., editores, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Parker, S., Todd, P., y Wolpin, K. (2006), *Within-Family Program Effect Estimators: The Impact of Oportunidades on Schooling in Mexico*, Universidad de Pennsylvania, mimeografiado.
- Passel, J. y Cohn, D. (2009), *Mexican Immigrants: How Many Come? How Many Leave?* Washington, DC: Pew Hispanic Center.
- Perry, G., Maloney, W., Arias, O., Fajnzylber, P., Mason, A., y Saavedra-Chanduvi, J. (2007), *Informality: Exit and Exclusion*, Banco Mundial: Washington D.C.
- Pew Hispanic Center, *Mexican Immigrants in the United States 2008*, 15 de abril de 2009, Pew Research Center Publications, disponible en: <http://pewresearch.org/pubs/1191/mexican-immigrants-in-america-largest-group>, accedido el veinticuatro de junio de 2011.
- División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) de la Secretaría de las Naciones Unidas (2010), *World Population Prospects: The 2010 Revision*, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>, accedido el veinte de agosto de 2011.
- Rofman, R. (2005), *Social Security Coverage in Latin America*, Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social núm. 0523, Unidad de Protección Social, Banco Mundial.
- Rofman, R., y Lucchetti, L. (2006), *Pension Systems in Latin America: Concepts and Measurements of Coverage*, Documento de Discusión sobre la Protección Social núm 0616, Banco Mundial, Washington, DC.
- Sadoulet, E., de Janvry, A., y Davis, B. (2001), *Cash Transfer Programs with Income Multipliers: PROCAMPO in Mexico*, *World Development* 29(6) (junio), pp. 1043-1056.
- Salas Páez, C. (1999), *Empleo y tercera edad: dinamismo y tendencias*, CONAPO. *El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, México, CONAPO.
- Salgado de Snyder, N., González Vázquez, T., Jáuregui Ortiz, B., y Bonilla Fernández, P. 2005, *No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales*, *Salud Pública de México* 47(4), pp. 294-302
- Schwarzer, H., y Querino, A.C. (2002), *Non-Contributory Pensions in Brazil: The Impact on Poverty Reduction*, ESS Paper 11, Departamento de Política y Desarrollo de Seguridad Social de la OIT.
- Secretaría de Salud (2007), *Programa Nacional de Salud 2007–2011: Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México D.F.: Secretaría de Salud, disponible en [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf).
- Singh, G.K., y Siahpush, M. (2001), *All-Cause and Cause-Specific Mortality of Immigrants and Native Born in the United States*, *American Journal of Public Health* 91(3), pp. 392-399.
- Smith, J.P. (2004), *Unraveling the SES: Health Connection*, *Population and Development Review* 30, suplemento: Aging, Health, and Public Policy, pp. 108-132.
- Soldo, B., Wong, R., y Palloni, A. (2002), *Migrant Health Selection: Evidence from Mexico and the US*, Annual Meetings of the Population Association of America, Atlanta, GA, mayo 9-11.

## *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*

- Sorlie, P. D., Backlund, E., Johnson, N. J., Rogot, E. (1993), Mortality by Hispanic status in the United States, *Journal of the American Medical Association* 270(20), pp. 2464-2468.
- Torres, A.C., y Knaul, F. M. (2003), Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992–2000, en *Caleidoscopio de la Salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, México: Fundación Mexicana para la Salud, disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/15%20DeterminantesDelGasto.pdf>, accedido el veinticinco de julio de 2011.
- Uccello, C.E. (1998), “Factors Influencing Retirement: Their Implications for Raising Retirement Age”, Washington, D.C.: Urban Institute, disponible en: [http://www.urban.org/uploadedPDF/1000207\\_retire\\_factors.pdf](http://www.urban.org/uploadedPDF/1000207_retire_factors.pdf)
- Ullmann, S. H., Goldman, N., Massey, D. S. (2011), Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico, *Social Science & Medicine* 73(3), agosto de 2011, pp. 421-428.
- Van Rooij, M., Lusardi, A., y Alessie, R. (2011), Financial Literacy, Retirement Planning, and Household Wealth, Documento de Trabajo núm. 173339 de la NBER, disponible en: <http://www.nber.org/papers/w17339>.
- Vargas-Lundius, R., Lanly, G., Villareal, M., y Osorio, M. (2008), International migration, remittances and rural development, International Fund for Agricultural Development, disponible en: <http://www.ifad.org/pub/remittances/migration.pdf>., accedido el veintisiete de julio de 2011.
- Varley, A., y Blasco, M. (2000), Intact or in tatters? Family care of older women and men in urban Mexico, *Gender & Development* 8(2): pp. 47-55.
- Venti, S. F., y Wise, D. A. (1992), *Government Policy and Personal Retirement Saving*, The University of Chicago Press, disponible en: <http://www.jstor.org/stable/20061808>, accedido el catorce de agosto de 2011.
- Wong, R., y Díaz, J.J. (2007), Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities, *Salud Pública de México* 49(4): pp. 515-514.
- Wong, R., y Espinoza, M. (2003), Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México, *Papeles Población* 37, pp. 129-166.
- Wong, R., y Espinoza, M. (2004), Imputation of Non-Response on Economic Variables in the Mexican Health and Aging Study (MHAS/ENASEM) 2001, MHAS Project Report, disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Imputation/Imputation-2001-v21.pdf>, accedido el 10 de septiembre de 2011.
- Wong, R., Palloni, M., y Soldo, B. (2007), Wealth in Middle and Old Age in Mexico: The Role of International Migration, *International Migration Review* 41(1), pp. 127-151.
- Zúñiga, E., y Gomes, C. (2002), *Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México*, CONAPO, La situación demográfica de México 2002, disponible en: <http://conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/11.pdf>, accedido el veintinueve de junio de 2011.
- Zúñiga, E., y Vega, D. (2004), Consejo Nacional de Población, *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*, Corporación de Servicios Gráficos Rojo, S.A. de C.V.

***Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud***

- Zúñiga Herrera, E., y García, J.E. (2008), *El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características*, CONAPO, La situación demográfica de México 2008, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>, accedido el veinticuatro de junio de 2011.
- Zurita, B., Lozano, R., Ramírez, T., y Torres, J. L. (2003), *Desigualdad e inequidad en salud, en Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, México: Fundación Mexicana para la Salud.



**AARP**

601 E Street NW  
Washington, DC 20049

Teléfono:  
Llamada gratis nacional en español:  
877-342-2277

Llamada internacionales:  
+1-202-434-3525

<http://www.aarp.org>

**The RAND Corporation**

1776 Main Street, P.O. Box 2138,  
Santa Monica, CA 90407-2138

1200 South Hayes Street,  
Arlington, VA 22202-5050

4570 Fifth Avenue, Suite 600,  
Pittsburgh, PA 15213-2665

<http://www.rand.org>

**Centro Fox**

Carretera Leon-Cueramaro Km13  
San Francisco del Rincon, Guanajuato  
CP 36440, México

Teléfono: 01 476-757-0280 o  
01 476-757-0303

<http://www.centrofox.org.mx>