

**Cuidado a la salud en la vejez y  
recursos familiares transnacionales en  
México y Estados Unidos<sup>1</sup>**

**Healthcare to elderly and  
transnational family resources in  
Mexico and United States**

Verónica Montes de Oca Zavala<sup>2</sup>,  
*Instituto de Investigaciones Sociales.  
Universidad Nacional Autónoma de México.  
México*

Rogelio Sáenz<sup>3</sup>  
*University of Texas at San Antonio.  
United States of America.*

---

<sup>1</sup> Este trabajo es producto de los proyectos de investigación 1) Envejecimiento rural en municipios de alta migración en Guanajuato (Fondo SEGOB-Conacyt de Investigación y Desarrollo 2004-Co1-036); 2) *Migration and its impact on the ageing of men and women. A comparative study of the health of older adult migrant in Texas, California, Illinois and Mexico* (Programa Migración y Salud, 2008, Health Initiative of Americas, University of California at Berkeley). Los autores agradecen la valiosa colaboración de los adultos mayores que participaron en estos estudios. También agradecen a Telésforo Ramírez, Juanita García, Santiago Villaseñor, Emma Cervantes por el trabajo de campo, el procesamiento de información y análisis.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Sociales por el Colegio de México. Correo de contacto: monteso@unam.mx

<sup>3</sup> Doctor en Sociología por la Iowa State University.

Nadia Irina Santillanes Allande<sup>4</sup>

*Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social.  
México*

Consuelo Izazola-Conde<sup>5</sup>

*Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México*

## **Resumen**

El presente artículo identifica las estrategias para atender la salud en la vejez en familias de origen mexicano en México y Estados Unidos. Con base en una metodología cualitativa, se entrevistaron a adultos mayores y familias transnacionales ante enfermedades físicas y mentales. Se analizaron dos tipos de familias: ancianos en México con hijos en ambos países y ancianos en Estados Unidos con descendencia en ese país (26 en Estados Unidos y 18 en Guanajuato) Como resultado, las familias combinan estrategias locales y transnacionales. Características sociodemográficas como la condición migratoria de los padres e hijos determinan las estrategias de atención en salud de los padres. Influyen además la funcionalidad, tipo de enfermedad, tratamiento y estado de salud de los adultos mayores en el desarrollo de las estrategias. Las estrategias familiares entre padres ancianos e hijos migrantes se diversifican ante la desprotección en materia de salud y el apoyo se ve limitado por las condiciones migratorias de ambas generaciones.

**Palabras claves:** cuidado a la salud, recursos familiares, migración y vejez.

## **Abstract**

This article identifies strategies in attending to the healthcare of their older adults among Mexican-origin families in Mexico and United States. The qualitative research is based on interviews with elderly and their children in transnational families dealing with physical and mental illness. Two types of Mexican families are analyzed: elderly in Mexico with their children living in both countries and elderly in the United States with their children also living in this country. The findings show a combi-

---

<sup>4</sup> Doctorante en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

<sup>5</sup> Maestra en Ciencias Biomédicas.

nation of local and transnational strategies used by families. Some socio-demographic characteristics such as the migration status of the parents and their children determine the healthcare strategies used to attend the needs of elderly parents. In addition, certain characteristics of the elderly such as functionality, type of illness, treatment, and health status, also are important in the development of such strategies.

**Keywords:** Healthcare support, family resources, migration and old age.

## **Introducción**

La migración internacional de México a Estados Unidos representa un fenómeno que transforma, fragmenta y reorganiza la vida social y familiar de la población en ambos países. Concretamente se transforma la dinámica doméstica, cambia la estructura y composición de los hogares, se reacomoda el patrón de apoyos y cuidados hacia la niñez, mujeres y ancianos. Además de la migración, el envejecimiento demográfico y la transición epidemiológica promueven estrategias familiares para atender la salud de los miembros en edad avanzada con enfermedades agudas y crónicas de mayor duración tanto en México como en Estados Unidos (Angel, Angel y Markides, 2003; Angel, Lein y Henrici, 2006; Montes de Oca et al., 2011).

En México, el descenso de la mortalidad inició en la década de los cuarenta y la caída de la fecundidad en los setenta hasta alcanzar en 2010 una tasa global de fecundidad de 2.2 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010). Ambos hechos han propiciado un envejecimiento demográfico (Partida, 2004). De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 de México, la población con 60 años y más representa el 8.9% de la población total equivalente aproximadamente a 10 millones de personas.

La población residente en áreas rurales representa el 23%, de ellos el 10% son adultos mayores; mientras que en las áreas urbanas representa el 8.9% (INEGI, 2010). Las proyecciones oficiales indican que para el año 2030 la proporción de personas con 60 años y más será del 18% y en el año 2050 será del 28% (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2010). Según el Censo del 2000, la población que tenía derecho a servicios médicos y que tenía 60 años o más representaba un 49% (Zúñiga y Vega, 2004); en tanto que en el Censo del 2010, la población con algún

tipo de atención médica representa un 71% del total de la población con 60 años o más; este incremento se debe a que en este periodo además del IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Defensa, Marina o alguna institución privada, también se contabiliza el Seguro popular (INEGI, 2010).

Cabe aclarar que en el presente artículo se usará indistintamente el término adultos mayores y ancianos para referirnos a la población con 60 años y más, aún y cuando oficialmente en los Estados Unidos se consideran adultos mayores a las personas con 65 años y más, por convenciones usadas en los países más desarrollados. No obstante, dado que este criterio por edad tiende a reducir estadísticamente las necesidades en salud y pensiones de los adultos mayores, en especial de la población latina y mexicana, preferimos usar el criterio oficialmente usado en México de 60 años y más.

En Estados Unidos, por su parte, el envejecimiento demográfico es mucho más avanzado. De acuerdo con la American Community Survey (2010), 18.6% de la población tiene 60 años y más lo que representaba un monto de 57 millones de habitantes (U.S. Census Bureau, 2010). La tasa de fecundidad se encuentra a nivel de reemplazo (2.1) lo que provocará en el futuro un déficit de población en edades productiva y reproductiva (Howen y Meyer, 2011; Werner, 2011).

Del total de la población no blanca, la población latina es la minoría más numerosa de este país con aproximadamente 50.5 millones de personas al 2010 (Ennis, Ríos-Vargas y Albert, 2011). Ésta representa el 16% de la población total y también es la que tiene un ritmo de crecimiento más acelerado. Según la American Community Survey (2010), la población latina con 60 años y más suma poco más de 4 millones, es decir, 8.3% (55% mujeres y 45% varones) (U.S. Census Bureau, 2010). De entre los mexicanos en Estados Unidos, el 6.9% tiene 60 años y más, pero entre los migrantes mexicanos, este porcentaje es de 9.7% (Tabla 1).

Tabla 1: Absolutos y porcentajes de la población con 60 años y más, y con 65 años y más, 2010.

Población	Total 60+	Total 65+	% de Población Total	
			Pob. 60+	Pob. 65+
U.S.	57,551,130	40,449,374	18.6	13.1
Latinos	4,208,749	2,810,207	8.3	5.5
Mexicanos	2,253,769	1,479,772	6.9	4.5
Migrantes Mexicanos	1,134,858	729,475	9.7	6.2

Fuente: American Community Survey Public-Use File, 2010.

El 42% de toda la población latina no tiene servicio médico, tres veces más que la población blanca no latina (Hunt, 2011). El estudio de Ennis et al. (2011) expone que dentro de la población latina, los mexicanos representan el 63%, lo que equivale a 31.7 millones de personas, 11 millones de las cuales son nacidas en México. De acuerdo con la American Community Survey (U.S. Census Bureau, 2009), 57% de los migrantes indocumentados son mexicanos. El 34% de la población de origen mexicano no cuenta con servicio médico y 25% vive en condiciones de pobreza (según datos de la misma encuesta las cifras para mexicanos nacidos en México son: 57.1% no tienen seguro y 26.2% están en pobreza).

La condición migratoria de los mexicanos en el exterior afecta su calidad de vida pues determina en gran parte el tipo de oportunidades laborales, la regularidad en los ingresos y el tipo de servicios de salud y vivienda. También ocasiona discriminación, dificultad en la convivencia con la comunidad originaria y precariedad en las actividades laborales. Lo anterior expone a los mexicanos que viven en Estados Unidos a un mayor riesgo en su salud física y mental que se agrava con el poco acceso a los servicios y tratamientos médicos adecuados. Esta situación también es extensiva a los latinos en ese país (Rodríguez, Sáenz y Menjívar, 2008).

En Estados Unidos, a diferencia de México, la salud no es un derecho universal y establece diferencias entre ciudadanos y no ciudadanos para su acceso. Está basado en seguros de salud que se obtienen a través del empleo sostenido por una cadena de servicios que van desde las aseguradoras, clínicas médicas y farmacias para llegar al consumidor. Para tener atención médica es necesario contratar los servicios a través de las com-

pañías donde laboran los trabajadores, cuyos planes y tipo de cobertura varían según el tipo de empresa o de manera particular en los centros de salud comunitarios que cuentan con un cuadro básico de atención (Santillanes, 2009). En México, la salud es un derecho constitucional que ha pasado por un proceso histórico de reformas; sin embargo, aún no existe cobertura universal y el rezago se agrava en áreas rurales y urbanas marginadas (González-Block y Scott, 2010), en donde la única forma de atención gratuita es a través de centros de salud con infraestructura mínima. En las comunidades de origen de los migrantes, la pobreza se conjuga con limitaciones en el acceso a la salud y el perfil epidemiológico es atribuible a una situación de vulnerabilidad social (Salgado et al., 2007).

La insuficiencia en los servicios de salud, en ambos lados de la frontera, afecta las estrategias de cuidado en salud de toda la población. Si se cuenta con documentos para trabajar en Estados Unidos es muy probable que se cuente con servicio médico, de lo contrario hay que pagar atención médica privada que es costosa sin un seguro de salud. Los adultos mayores o discapacitados con residencia o ciudadanía estadounidense pueden contar con Medicare pero éste no cubre medicinas y además requiere comprar un seguro suplementario. Para los más pobres existe el Medicaid que tiene variaciones por estados y ha sufrido muchas reformas restrictivas (Hunt, 2011; Angel, Angel y Markides, 2003).

En México, por otra parte, si se vive en áreas rurales los servicios médicos se restringen a los centros gratuitos de la Secretaría de Salud y los servicios cubiertos por el programa federal conocido como Seguro Popular. Si se vive en áreas urbanas hay mayores posibilidades de ser atendido en las clínicas de salud para población no derechohabiente. Pero en cualquiera de ellas el servicio es insuficiente para enfrentar padecimientos crónicos. En caso de ser trabajador formal en México se puede contar con IMSS o ISSSTE y se puede afiliarse a los padres ancianos como personas dependientes económicamente, con lo cual se obtiene servicio médico, hospitalización y tratamientos. Este antecedente permite entender las estrategias que, como recursos familiares, usan los hijos e hijas para apoyar a sus padres ancianos en caso de enfermedad o accidente en el lugar de origen.

La migración y el envejecimiento están impactando la dinámica de los hogares mexicanos, pero también los heterogéneos sistemas de salud

afectan las estrategias familiares de cuidado y apoyo a los padres y madres en edad avanzada. En México es común encontrar hogares conformados por familias nucleares o extensas incompletas por tener miembros migrantes, en los que las jefas de familia, hijos y nietos representan a la población económicamente activa y de quienes posiblemente dependan económicamente sus descendientes y familiares ancianos. Las remesas que envían los migrantes desde Estados Unidos representan una fuente de ingresos para hacer frente a emergencias, accidentes, enfermedades, compra de medicamentos, consumo cotidiano y vivienda (Canales, 2005).

### **Método**

Este es un estudio binacional de tipo cualitativo cuyo objetivo es mostrar las estrategias y recursos que utilizan las familias transnacionales en el cuidado y atención a la salud de sus familiares ancianos en México y Estados Unidos. Para ello se exploraron las narrativas que los sujetos aportaron con sus experiencias, percepciones y sentimientos con respecto a la migración personal o familiar. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas a profundidad y observación no participante. Las entrevistas se realizaron a hombres y mujeres con 50 años y más. Este criterio de edad es coincidente con otros estudios cuantitativos sobre envejecimiento ya que permite ubicar factores sociales que inciden en la calidad de vida previos a la etapa de vejez y permite dar seguimiento en años futuros (Wong y Espinoza, 2004). El trabajo de campo se realizó en 20 de 46 municipios rurales y semi-rurales en Guanajuato en 2004, 2006 y 2010. También se realizaron entrevistas a hijos y padres inmigrantes mexicanos residentes en las ciudades de Dallas, Texas, y Chicago, Illinois, en Estados Unidos durante julio-octubre del 2006 y en febrero-mayo del 2010.

Del total de 56 entrevistas en Guanajuato y 36 en Estados Unidos se seleccionaron los casos de población femenina o masculina con 50 años y más con experiencia migratoria propia o de su descendencia y que tuviera algún tipo de: deterioro físico o mental, enfermedad o secuelas de algún accidente o padecimiento crónico-degenerativo (26 en Estados

Unidos y 18 en Guanajuato). La edad de los entrevistados osciló entre los 52 hasta los 91 años.

Las ciudades seleccionadas son dos de los principales destinos migratorios de la población guanajuatense migrante. Como afirman Jorge Durand y Douglas Massey (2003, p.141) “Guanajuato tiene una comunicación mucho más directa y cercana con Texas e Illinois, lo que explica que algunas comunidades se dirijan históricamente de manera prioritaria a estos estados”.

En Dallas y Chicago se realizaron entrevistas a profundidad en varias sesiones en viviendas situadas en los barrios y vecindarios tradicionalmente mexicanos. Las entrevistas tuvieron como propósito conocer el impacto de la migración en la dinámica familiar transnacional, las estrategias de apoyo entre hermanos en México y Estados Unidos con respecto al cuidado en la salud de padres enfermos y las tareas en la organización de la economía familiar frente al deterioro de la salud. La observación no participante tuvo como objetivo ubicar las clínicas, farmacias y las organizaciones de migrantes a las que acudían los sujetos del estudio tanto en México como en las ciudades de Estados Unidos. Las entrevistas fueron transcritas y procesadas en el software Nvivo (2002)

La aproximación teórica en la que nos apoyamos para la interpretación de los datos fue el construccionismo social, para el cual la realidad se establece como consecuencia de un proceso dialéctico entre relaciones sociales, hábitos tipificados y estructuras sociales, así como por interpretaciones simbólicas, internalización de roles y formación de identidades (Berger y Luckmann, 2005). Esta perspectiva ha sido valiosa en otros estudios sobre los procesos de cuidado hacia la vejez en México (Arroyo, 2012). A partir de ello las entrevistas se codificaron mediante categorías derivadas de la guía de entrevista, resultando temas como las condiciones de salud física y mental, acceso a servicios en México y Estados Unidos, tratamientos, estrategias de atención, dinámica familiar, redes de apoyo, experiencia migratoria, experiencia laboral, entre los más importantes para este artículo.

Por último, cabe mencionar que la guía de entrevista aplicada en Estados Unidos pasó por la revisión y aprobación del Institutional Review Board (IRB) y los investigadores participantes en el trabajo de campo en ambos países fueron entrenados dentro del Programa de Educación en



Ética en Investigación provisto por la Texas A&M University bajo la supervisión del Dr. Rogelio Sáenz. Consecuente con el compromiso ético con los informantes todos dieron su consentimiento informado, además los nombres y comunidades han sido cambiados para conservar su confidencialidad.

## **Resultados**

Entre las enfermedades reportadas por los entrevistados en México y en Estados Unidos, se encuentran hipertensión, diabetes, reumatismo, artritis, depresión, entre las más comunes. Los entrevistados manifestaron padecer trastornos derivados como la pérdida de la vista y la motricidad. La gran mayoría son dependientes de una alimentación determinada, así como de medicamentos y revisiones periódicas al médico.

A través de los casos analizados identificamos varias estrategias familiares que siguen los hijos e hijas migrantes y no migrantes en el cuidado a la salud de sus padres y madres en edad avanzada. Identificamos dos grupos de mayor relevancia por contar con redes transnacionales; éstos estaban compuestos por mujeres y hombres adultos mayores o hijos con algún tipo de experiencia migratoria (Montes de Oca, Molina y Avalos, 2008). Los grupos fueron: 1) hombres y mujeres adultos mayores que pueden ser migrantes de retorno y residen en localidades rurales de México con hijos o hijas en México y/o Estados Unidos; 2) hombres y mujeres adultos mayores que residen tiempo completo en Estados Unidos (con ciudadanía) y que viven con parte de su descendencia.

Aunque existen también los que: a) llegaron a través del Programa de Reunificación Familiar; b) aquellos ancianos que viven en Estados Unidos sin residencia oficial, sin documentos y sin contacto familiar en ambos países; c) los que nunca migraron y d) aquellos que residen por temporadas en ambos países, los llamados “golondrinos” (Montes de Oca, Molina y Avalos, 2008). La experiencia de estos grupos la describiremos en otra oportunidad.

### **1) Hombres y mujeres ancianos en México con descendencia en ambos países**

Este grupo integra a personas en plena de etapa de vejez, con una red transnacional y local de cuidados y apoyo en la vejez que conjuga una numerosa descendencia migrante y no migrante. Estos ancianos viven en México por distintos motivos: el apego a la tierra, la nostalgia por su hogar, las dificultades de movilidad a Estados Unidos, y la existencia de más miembros de la familia en el lugar de origen que no han migrado. También es posible que este grupo se encuentre conformado por migrantes de retorno que han decidido regresar en definitiva. Los antecedentes de experiencia laboral desde la infancia, adolescencia y adultez pueden explicar sus padecimientos actuales. También las enfermedades crónicas derivan de caídas, desnutrición, malos hábitos alimenticios y problemas de salud mal atendidos. Existe la percepción de que enfermedades y accidentes en etapas jóvenes de su vida se reflejan en la vejez, pero no se cuenta con una explicación médica por el poco contacto con los profesionales de la salud en sus comunidades de origen. Muchos de estos ancianos experimentaron la migración durante el programa Bracero o algunos de ellos sólo vieron partir a sus hijos. Participar en este programa, implicó desgaste físico en agotadoras jornadas demandadas en el trabajo agrícola o industrial. Algunos mantienen contacto con sus hijos y otros lo han perdido, por lo cual se detectan sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad ante la posibilidad de saber que sus hijos han muerto en los Estados Unidos, estén presos o no hayan concluido el tránsito. Múltiples estudios muestran el funcionamiento psicosocial que se vive entre los familiares de migrantes (Salgado y Maldonado, 1995).

Una de las principales características que presenta este grupo son los efectos emocionales y el deterioro en la salud mental de los padres y madres que se quedan, así como de los hermanos que esperan noticias de sus familiares en Estados Unidos. En las comunidades de origen la salud mental en la vejez se identifica culturalmente como tristeza, presencia de nervios o ansiedad, aunque no hay psicólogos en esas áreas que vean los padecimientos mentales como un problema de salud pública, en la actualidad ésta comienza a tener mayor relevancia en las investigaciones en los campos de la salud y las ciencias sociales, algunos estudios en

Estados Unidos muestran su relevancia (Cuellar, Bastida y Braccio, 2004).

Además del deterioro en la salud mental, el cuerpo se deteriora por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, hipertensión o artritis, las cuales llegan a agravarse en la vejez. Frente a ello, existen estrategias compartidas de corto plazo entre los hijos que habitan entre México y Estados Unidos. Existen acuerdos explícitos de comunicación en que los hijos que viven en Estados Unidos están pendientes de la salud de sus padres y de la necesidad de enviar dinero para atenderse con médicos privados cercanos a las cabeceras municipales, trasladarlos a la ciudad más cercana y/o iniciar tratamientos y/o la compra de medicamentos. Un aspecto importante que se señala es que en las clínicas la distribución de las medicinas se percibe como discrecional; los enfermos en algunos casos se saturan de medicinas que deben tomar todos los días y en otros casos se quejan porque no se las dieron. Todo pone de manifiesto una falta de claridad en la distribución de medicamentos y en los tratamientos que los diferentes pacientes requieren.

Muchos de los padres y madres ancianos en México vivieron en situación de pobreza, carencia de calidad en servicios de salud o difícil acceso por la lejanía geográfica, además de pocos apoyos por parte del Estado que en suma han sido insuficientes ante una crisis de enfermedad o accidente. Muchas veces, con lo único que han contado estos padres ancianos es con la confianza de que sus hijos --en la medida de sus posibilidades-- se coordinen para enviar dinero y hacer un uso adecuado del mismo. Como dice un varón de 89 años en Guanajuato “los familiares tienen que responder por uno (...) tengo confianza”, Por su parte las remesas varían en monto y frecuencia, lo que depende de la condición migratoria y del estado civil de los hijos en Estados Unidos. Si los hijos migraron recientemente es muy probable que sean indocumentados y por ello su situación sea precaria para enviar recursos. Otras remesas vienen de los hijos en otras entidades en México pero son contribuciones modestas por la situación difícil que se vive. Una señora de 67 años menciona la pena que siente al pedir dinero porque su hijo ya está casado

“Este muchacho como está casado, de primero [daba] poquito, no digo que mucho pero ya orita que él se casó y bueno, ya tiene su obligación ¿verda? Yo tampoco yo no les pido. Ni les exijo”.

También las diferencias de género entre los hijos y su estado civil son importantes porque el rol de proveedor en los varones limita el apoyo a los padres ancianos, no sólo en Estados Unidos sino también en México. Solamente en el caso de los solteros se observó un mayor apoyo a los padres ancianos y coordinación con otros miembros de la familia (Montes de Oca y Hebrero, 2005). Por ello, las hijas y nueras se arreglan en la distribución de cuidados directos de tipo instrumental, comida e higiene al anciano sobre todo cuando ya se encuentra postrado. Esto es en corto y mediano plazo porque con el tiempo sólo una hija es la dedicada a cuidar a su padre o madre enfermo. Las redes se activan al principio pero al igual que las remesas, el trabajo de cuidar se va concentrando en una persona.

Las estrategias familiares cambian en las áreas con menos de 2500 habitantes, porque la sobremortalidad femenina generó una mayor presencia de hombres ancianos, los cuales son cuidados por sus hijas. Esto contrasta con el comportamiento nacional en donde hay mayor mortalidad masculina y el cuidado a los varones es por las cónyuges y luego ellas son cuidadas por sus hijas (Robles, 2007).

La situación de este grupo nos permite ver que hay una alianza estratégica de muy corto plazo entre hermanos, hombres y mujeres, migrantes y no migrantes, para el cuidado a la salud y suministro de apoyos a los padres en caso de enfermedad. A su vez hay una división de género en el sistema de cuidado a los padres ancianos, generalmente las mujeres (hermanas o nueras) se encargan del cuidado directo de sus padres sobrevivientes, mientras que los hijos varones envían flujos monetarios cuando la circunstancia así lo requiera. Es un apoyo bigeneracional, que en ocasiones genera tensiones al interior de los hogares, en la cual casi no intervienen los nietos, ni sobrinos. El rol de proveedor de los varones es una justificación consensuada para no aportar otra forma de ayuda tanto en la localidad como fuera de ella. Además su ausencia del lugar de origen les impide aportar ayuda física o cuidado instrumental. Sobre estas estrategias familiares se apoyan los sistemas de salud que se orientan a las redes de cuidado locales sin dar seguimiento a largo plazo, ni en aspectos médicos, menos en los psicológicos.

Ser migrantes es importante, pero lo es más contar con documentos para ser ciudadano o residente, esta condición influye en la mayor capacidad de apoyo hacia la familia en México. Los envíos de recursos se presentan con mayor frecuencia y abren la oportunidad de que los hijos visiten los lugares de origen, o que los padres visiten a sus hijos en ese país. Esta condición alimenta las relaciones afectivas familiares y destensa los procesos de cuidado local. Muchos ancianos han viajado para dar apoyo a sus nueras en el nacimiento de sus nietos, pero esto dura hasta que las condiciones de salud para el viaje permiten movilizar a los padres ancianos. Algunos cuando enferman fuera de su entorno originario piden regresar para morir en la casa y con la familia en México.

## **2) Adultos mayores mexicanos residentes con sus hijos en Estados Unidos**

Este grupo de adultos mayores se caracteriza por residir de tiempo completo en los Estados Unidos. Con distintas condiciones jurídicas (residentes o ciudadanos), su estructura de apoyos está centrada casi en su totalidad en Estados Unidos. El contar con ciudadanía determina las estrategias familiares para cuidarlos por parte de su descendencia. Este grupo se compone por hombres y mujeres ancianos con permiso de residencia o ciudadanía en los Estados Unidos, quienes conforman un grupo que migró por trabajo hace décadas y tuvieron oportunidad de regularizar su situación migratoria.

La condición migratoria de los ancianos, como de sus hijos, es determinante en el cuidado a la salud, pues ello permite auxiliarse de los seguros públicos de salud Medicare y Medicaid siempre y cuando sean ciudadanos o cuenten con una residencia mínima de cinco años. También en algunas ciudades, como Houston, tienen atención médica en centros de salud comunitarios que tienden a ayudar a la población latina de menos ingresos pero para ser atendido se hace un cuestionario socioeconómico y se debe presentar un recibo de nómina expedido por el empleador. Hay también en Dallas y Chicago centros de apoyo para ancianos latinos, pero cuando la enfermedad crónica es muy severa, las formas de atenderse se limitan. Una estrategia por la que optan las familias frente al malestar crónico es la automedicación. Muchos compran medicinas en la

frontera porque hasta hace unos años se podían comprar libremente sin receta médica y porque son más económicas. Se menciona la existencia de un mercado negro de medicamentos, pero también del uso de medicina alternativa a través de las tiendas de herbolaria tradicional que se encuentran en muchas de estas ciudades. Con esto y asesoría técnica es posible atender parcialmente un problema de salud que no puede ser atendido en las clínicas o por doctores, por falta de cobertura en salud.

A veces es probable que frente a la diabetes, tan común en la población latina, la pareja adulta mayor comparta los problemas de la enfermedad así como algunas estrategias de cuidado como la alimentación. Lo cual es algo difícil para los hispanos pues la comida en Estados Unidos está muy procesada y carente de fibras, además de contener muchos azúcares. Las personas enfermas tienen que prepararse a diario sus propios alimentos, lo cual requiere tiempo que se resta al trabajo y eso merma los ingresos. En Estados Unidos todos los miembros deben trabajar en la medida de sus capacidades, pues “el costo de la vida” es muy alto en estas ciudades y los servicios requieren ingresos constantes y trabajos de más de un turno. La falta de tiempo limita las estrategias de apoyo de la familia hacia el anciano enfermo. Aunque las familias mexicanas procuran residir lo más cerca posible de sus parientes ancianos, lo cierto es que, al igual que en México, no siempre se cuenta con la disponibilidad de un apoyo a largo plazo.

Cuando se tiene la oportunidad y el dinero para asistir a la clínica de salud privada, se crea una forma de dependencia en el mercado médico, de medicamentos, tratamientos y la necesidad de una supervisión médica constante. Todo eso tiene un costo financiero y emocional que la familia y el adulto mayor tienen que afrontar.

Los altos costos para el cuidado de la salud en las personas adultas mayores mexicanos que viven en Estados Unidos constituyen el gran desafío para la familia transnacional. La imposibilidad de ser atendidos en Medicaid o Medicare no facilita en nada el papel de la familia. Por eso muchos optan por regresar a México a vivir los últimos años de su vida y morir en su lugar de origen. Incluso las organizaciones no lucrativas poco pueden hacer por las personas mayores latinas en esta situación.

## **Discusión**

La migración y el envejecimiento demográfico son dos procesos que comparten consecuencias entre México y Estados Unidos. Uno de sus efectos es el papel que deben asumir las familias en el suministro de apoyo y cuidado a sus ancianos (Angel et al., 2003; Angel et al., 2006; Montes de Oca et al., 2011). Estas actividades se ven afectadas por factores externos en Estados Unidos y México, así como por las características sociodemográficas y de la salud de los adultos mayores. Entre estas características sobresale la situación migratoria de los propios ancianos así como de su descendencia.

La situación conduce a identificar recursos familiares y establecer estrategias locales y transnacionales para el cuidado de la salud de los adultos mayores dada la falta de acceso a los servicios de salud en ambos países. Para probar e indagar sobre este planteamiento de investigación seguimos una estrategia cualitativa binacional.

Los grupos familiares con los que se trabajó muestran estrategias diferentes en cuanto al apoyo y cuidado hacia la salud de los ancianos. La fluidez y eficiencia del apoyo están condicionados por recursos como: la experiencia migratoria de los padres ancianos y de su descendencia. El género, el estado civil y la situación migratoria de hijos y padres para residir en Estados Unidos permiten articular las acciones de cuidado intergeneracional. La situación de estos grupos muestra el peso de las características mencionadas y los mecanismos de articulación entre los familiares y las instituciones en ambos países.

Para reflexionar en el futuro sobre estos temas hay que considerar el aumento en la migración femenina hacia Estados Unidos en actividades como trabajadoras domésticas, niñeras y cuidadoras, mismas que han sido golpeadas por la crisis tanto como los trabajos para hombres (construcción, jornaleros). Se deben tomar en consideración dos circunstancias: 1) las mujeres ya no estarán en el lugar de origen para cuidar a los padres o familiares en la vejez, lo cual se agrava con el aumento de enfermedades crónicas de larga duración, y 2) el papel que día a día las mujeres adultas y adultas mayores van asumiendo como cuidadoras de padres ancianos, nietos y enfermos en casa para ayudar a sus hijas en lugar de ser ellas mismas las personas que reciben el cuidado. Todo ello

en un contexto de envejecimiento, migración y transición epidemiológica.

## Referencias

1. Angel, R., Angel, J. y Markides, K. (2003). Salud física de los mexicanos migrantes mayores en los Estados Unidos. En Salgado de Snyder, V., Wong, R. (Eds.), *Envejeciendo en pobreza* (pp.153-172). México: INSP.
2. Angel, R., Lein, L. & Henrici, J. (2006). *Poor families in Americas's Health Care Crisis*. USA: Cambridge University Press.
3. Arroyo, C., Ribeiro, M. y Mancinas, S. (2012). *Dependencia y cuidados en la vejez avanzada. Historias subjetivas y significados sociales*. México: UANL y UJED, (en prensa).
4. Berger, P., Luckmann, T. (2005). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
5. Canales, A. (2005). El papel de las remesas en la configuración de las relaciones familiares transnacionales. *Papeles de Población*, 44 (140-177).
6. Consejo Nacional de Población (2010). *Proyecciones: De la población 2005-2050*, CONAPO, México. Recuperado de [http://conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36&Itemid=234](http://conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234) <Consultado el 28/06/2012>
7. Cuellar, I., Bastida, E. & Braccio, SM. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 447-466.
8. Durand, J. y Massey, D. (2003). *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. México: Miguel Ángel Porrúa.
9. Ennis, S., Ríos-Vargas, M. y Albert, N. (2011). *The Hispanic Population 2010, US Census Bureau*. Recuperado de <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-04.pdf> <Consultado el 20/02/12>
10. González Block, MA. y Scott, J. (2010) Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas. En F. Cortés y O. Oliveira (2010). *Desigualdad Social, Los grandes problemas de México* (pp. 211-234). México: El Colegio de México.
11. Howen, L., y Meyer, J. (2011). *Age and Sex Composition: 2010, US Census Bureau*. Recuperado de: <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-03.pdf> <Consultado el 20/02/12>
12. Hunt, L. (2011). *Constructing the Hispanic Health Care Consumer: Chronic Illness Diagnosis and Management among Hispanic Immigrants in the US*, ponencia presentada en el Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, 18 de Mayo.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010. Datos preliminares*. México: Aguascalientes.
14. Montes de Oca, V., Molina, A. y Avalos, R. (2008). *Migración, redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transnacionales de la vejez en Guanajuato*. México: Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM)/ Gobierno del Estado de Guanajuato.



15. Montes de Oca, V., Ramírez, T., Sáenz, R. & Guillén, J. (2011) The Linkage of Life Course, Migration, Health, and Aging: Health in Adults and Elderly Mexican Migrants, *Journal of Ageing and Health*, 23(7), 1116 – 1140.
16. Montes de Oca, V. y M. Hebrero M. (octubre, 2005). México y el estado de Guanajuato: Transferencias intergeneracionales hacia los adultos mayores, *Notas de Población*, Celade-División de Población Cepal, 32(80), 155-193.
17. Partida-Bush, V. (2004). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *En La situación demográfica de México 2004*. Consejo Nacional de Población, México, 23-29.
18. Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Universidad de Guadalajara.
19. Rodríguez, H., Sáenz, R. y Menjívar, C. (eds) (2008). *Latinas/os in the United States. Changing the face of América*. USA: Springer.
20. Salgado de Snyder, VN., González, T., Bojorquez, I. e Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49 (Número especial), 8-10.
21. Salgado de Snyder, VN; Maldonado, M. (1995). Funcionamiento psicosocial en esposas de emigrantes mexicanos a Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (3), 167-180.
22. Santillanes, N. (2009). *El acceso a los servicios de salud de los migrantes indocumentados poblanos en la ciudad de Nueva York*. (Tesis de Maestría en Antropología Social). Universidad Iberoamericana, México.
23. United Nations (2007) *World Population Ageing, 2007, Economic & Social Affairs*. New York: United Nations.
24. *U.S. Census Bureau*. (2009). American Community Survey Briefs, 2009. Recuperado de [http://www.census.gov/acs/www/data\\_documentation/acs\\_briefs/](http://www.census.gov/acs/www/data_documentation/acs_briefs/) <Consultado el 20/02/12>.
25. *U.S. Census Bureau*. (2010). American Community Survey Data File.
26. *U.S. Census Bureau* (2010). Annual Estimates of the Hispanic Resident Population by Sex and Age for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2009. Recuperado de <http://www.census.gov/popest/data/national/asrh/2009/index.html>
27. Werner, C. (2011). *The older population, 2010: Census Briefs*, Bureau Census, United States. Recuperado de: [www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-09.pdf](http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-09.pdf)
28. Wong, R. y Espinoza, M. (2004), *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México*, (ENASEM) 2001. Documento metodológico y reporte de proyecto. Recuperado de [http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos/Metodologico/Doc\\_metodologico-v2.pdf](http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/documentos/Metodologico/Doc_metodologico-v2.pdf)
29. Zúñiga, E., Vega, D (2004). *Envejecimiento de la Población de México. Reto del Siglo XXI*. Consejo Nacional de Población, Secretaría de Gobernación. México, 11-78.

Recibido: 2 de febrero de 2012

Aceptado: 12 de junio de 2012