

La salud a partir de la experiencia migratoria en México *

Rogelio Sáenz¹
Telésforo Ramírez García²
Verónica Montes de Oca³

Resumen

Los procesos de salud-enfermedad son multicausales. No obstante, el cambio de lugar de residencia tiene significativas implicaciones en la salud y enfermedad. La migración es una experiencia que tiene un fuerte impacto sobre los individuos a través del curso de sus vidas. Particularmente es interesante ver en el caso de las personas mayores como la acumulación de eventos en la vida y en especial el de la migración, tiene una predominante relación con la salud y con la calidad de vida. En este documento exploramos el efecto de la migración sobre la salud y la presencia de una variedad de factores como: ocupación, empleo estable, condición de ciudadanía, redes transnacionales, formación de la familia, entre otros. La perspectiva del curso de vida, nos ayuda a entender como tales factores impactan la salud de hombres y mujeres ancianos quienes son migrantes en Estados Unidos y migrantes de retorno en México. Los datos que usamos examinarán las relaciones entre una variedad de factores asociados al curso de vida y al estado de salud. La fuente de datos integra información cuantitativa y cualitativa a partir de bases de datos transversales y entrevistas a mujeres y hombres mayores en México y Estados Unidos.

* Trabajo a ser presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de Noviembre de 2010.

¹ Texas A&M University

² El Colegio de la Frontera Norte

³ Instituto de Investigaciones Sociales - Universidad Nacional Autónoma de México

La Salud a Partir de la Experiencia Migratoria en México: La Perspectiva de Curso de Vida para Entender la Salud en la Vejez

Introducción

El presente artículo aborda la relación entre condiciones de salud y la experiencia migratoria de hombres y mujeres con 50 años y más residentes en México. Contiene una reflexión teórica sobre la vinculación entre migración, salud y vejez a partir del enfoque del curso de vida. Este enfoque lo usamos para dimensionar las trayectorias migratorias, laborales y de salud, así como las transiciones y los eventos cruciales (turning points) que ocurren y modifican las trayectorias ideales de las personas. Centramos nuestro análisis en la migración internacional por tres razones: 1) es un fenómeno que ha aumentado en las últimas décadas en México; 2) por la experiencia que representa para las personas adaptarse a una cultura como la norteamericana; y 3) por los procesos psico-socio-culturales que desencadenan en cada una de las comunidades y las familias. La primera aproximación se realizó a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001) e identifica el perfil de morbilidad (diabetes, hipertensión, cáncer y otros) de hombres y mujeres según condición migratoria, género y grupo de edad.

Dada esta situación buscamos conocer el impacto de la migración en la salud en migrantes en cuatro comunidades de los estados de Guanajuato y Zacatecas, ambos de histórica tradición migratoria desde antes del Programa Bracero (1945-1964). La estrategia metodológica fue realizar entrevistas semiestructuradas con una guía establecida con enfoque de curso de vida para construir las trayectorias migratorias y de salud. Los resultados que se presentan son preliminares de una investigación más amplia sobre el Impacto de la Migración en la Salud de Hombres y Mujeres Migrantes en México, Texas, Illinois y California.

Curso de vida y envejecimiento. Primera aproximación teórica

La perspectiva del curso de vida en la investigación sociológica cada vez adquiere más sentido analítico por el papel que adquiere el tiempo individual, familiar e histórico. En este trabajo nos interesa conocer cómo se vincula el proceso de envejecimiento y la construcción social de la salud en la vejez de los individuos que han experimentado migración internacional. En principio deseamos apuntar que el envejecimiento es un fenómeno biopsicosocial que contiene una dimensión cultural indiscutible que se expresa en la noción de género, generación, cohorte, etnia/raza y edad (Arber y Ginn, 1996). Hoy en día, hay cada vez más consenso sobre el papel que tienen los condicionamientos sociales, políticos e institucionales en las etapas tempranas e intermedias del curso de vida, las cuales llegan a afectar la vida adulta y la vejez. Muchos estudios aducen que esta etapa de la vida es una construcción social no sólo por esas condiciones y oportunidades generacionales sino también por las experiencias históricas irrepetibles para cada cohorte, así como por la estructura simbólica que se construye en las subjetividades (Arber and Evandrou, 1997; Izal y Montorio, 1999; Wadsworth *et al.*, 2003; Angel, Angel and Markides, 2003).

Desde esa lógica, una sección importante la arrojan los estudios sobre envejecimiento y curso de vida (Arber and Evandrou, 1997; Elder, 1999 y 2003). Este enfoque permite auxiliarnos de dos herramientas analíticas insustituibles para pensar el tiempo sin perder la perspectiva individual, familiar e histórica. Nos referimos a los conceptos de trayectoria y transición.

La trayectoria se expresa a través del tiempo individual. No hay una trayectoria única pues el individuo puede experimentar un entrelazamiento de diferentes trayectorias de acuerdo a los ámbitos institucionales en donde participa: trayectoria educativa,

trayectoria laboral, trayectoria reproductiva, trayectoria migratoria, trayectoria de la salud, etc. Si bien pueden existir simultáneamente lo cierto es que se espera en algunas sociedades que logren cierta secuencia más o menos ordenada (Tuirán, 1996).

Las transiciones son eventos que experimentan las diferentes trayectorias. Los eventos pueden expresarse en términos individuales, familiares e históricos. En ese sentido, se dice que las transiciones individuales y familiares son un corte que se expresa en interacción con el cambio histórico (Hareven, 1982). El efecto de las transiciones que se llegan a experimentar en el curso de vida condiciona que la vejez para hombres y mujeres sea heterogénea, de tal forma que las cohortes viven trozos de la formación histórico-social, se adaptan a las circunstancias de su propia experiencia vital y además viven sus propios procesos y cambios familiares. Como diría Hareven (1982) el curso de vida enlaza la biografía individual con la conducta colectiva y el devenir del cambio histórico.

El envejecimiento individual es entonces un proceso que se origina en las etapas tempranas de la vida, donde las trayectorias laborales, de salud, migratorias, familiares se entrelazan en un periodo histórico. En ella ocurren transiciones que cortan determinadas trayectorias. Las formas en que se cruzan trayectorias y transiciones en el tiempo histórico es lo que hace que cada curso de vida sea original e irrepetible.

La perspectiva de curso de vida busca analizar la forma en que se van estructurando las vidas humanas y el modo en que las fuerzas sociales dan forma al desarrollo de las mismas, tanto en lo individual como colectivo. Para ello se apoya en cinco principios generales (Elder *et al.*, 2003:11-13):

- 1) El primer principio, *desarrollo a lo largo del tiempo*, plantea que el desarrollo humano es un proceso multidimensional, pluriesférico que ocurre a lo largo de toda la

vida, y que las relaciones, eventos y procesos de las primeras etapas de la vida tienen consecuencias en las relaciones, procesos y resultados en etapas vitales posteriores;

2) El segundo principio se refiere al *libre albedrío, agency*: el cual señala que los individuos construyen su propio mundo a través de acciones y elecciones en relación con las oportunidades impuestas por el contexto;

3) El tercer principio, *tiempo y lugar*, sostiene que los acontecimientos de la vida siempre ocurren dentro de un contexto particular de modo que el curso de vida individual está incrustado (*embedded*) y es moldeado por los tiempos históricos y los lugares en que sucede un determinado evento;

4) El cuarto principio, *calendario o timing*, nos plantea que no puede dejarse de lado el momento en el que sucede un evento en la vida de los individuos. El impacto de las transiciones y de los eventos (individuales o socio-históricos) varía según el ritmo de vida de cada persona;

5) Finalmente, el quinto principio, *vidas interconectadas*: señala que las vidas humanas viven siempre en mutua interdependencia (*linked lives*), participando en una red de relaciones compartidas y es precisamente en estas relaciones sociales donde se expresan las influencias histórico-sociales.

Para mostrar la importancia del curso de vida hemos recuperado una reflexión más actual y muy enriquecedora que ofrece Ferraro y Shippee (2009), en donde para complementar la perspectiva de curso de vida propone el concepto de Desigualdad Acumulativa (*Cumulative Inequality*) que define como una teoría para estudiar el envejecimiento. Esta teoría incorpora elementos macro y microsociológicos. Especifica que los sistemas sociales generan desigualdad, que se manifiesta en el curso de vida a través de los procesos demográficos como del desarrollo y que las trayectorias personales están formadas por la acumulación del riesgo, los recursos disponibles,

trayectorias percibidas y la decisión humana (human agency) (Ferraro and Shippee, 2009: 334).

Ferraro y Shippee (2009) plantean que la vinculación entre desigualdad acumulativa junto a la perspectiva de curso de vida, permite entender el proceso de envejecimiento que ya desde la gerontología remite a un enfoque multidisciplinario. La propuesta de estos autores incorpora aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos, integra desde el linaje genético, como las conductas humanas atravesando las relaciones interpersonales, pero dentro del curso de vida de los individuos. Hay varios axiomas que plantea la desigualdad acumulativa:

Axioma 1: Los sistemas sociales generan desigualdad y desde etapas tempranas como la infancia surge el *status social*. La reproducción define la trayectoria del curso de vida y el envejecimiento, la cohorte provee el contexto de desarrollo, estructurando riesgos y oportunidades. Los genes y el ambiente también influyen, así como el linaje familiar es crítico para la diferenciación del status en etapas tempranas en el curso de vida;

Axioma 2: La desigualdad acumulativa señala que las consecuencias de las ventajas puede no ser el inverso de la desventaja. La desigualdad puede cruzar diferentes dominios desde la salud hasta el bienestar. Las trayectorias son afectadas por el timing, la duración y la magnitud de la exposición al riesgo;

Axioma 3: Las trayectorias del curso de vida son delineadas por la acumulación del riesgo, disponibilidad de recursos y decisión humana (human agency). Esto significa que las personas pueden tomar decisiones y movilizar recursos para modificar trayectorias. Los eventos cruciales en el curso de vida pueden desencadenar riesgos. Para la desigualdad acumulativa es esencial una dialéctica entre la decisión humana y la estructura social. Las trayectorias no favorables pueden ser mitigadas por la magnitud, el inicio y la duración de los recursos.

Axioma 4: La percepción de las trayectorias de vida influyen la siguiente trayectoria.

Es decir compararnos socialmente forma trayectorias y que una revisión favorable de la vida genera un sentido de auto-eficacia, por último, señala que la percepción del *timing* en el curso de vida influyen procesos psicosomáticos;

Axioma 5: La desigualdad acumulativa puede provocar una muerte prematura, la cual se expresa en cambios en la estructura y composición demográfica y otros efectos poblacionales.

Salud, migración, y longevidad: segunda aproximación teórica

La salud es una dimensión central en la vida de las poblaciones. Al estado de salud lo modifican las condiciones culturales, económicas, sociales y biológicas que viven las personas, por eso existen diferencias en su esperanza de vida. En palabras de Ferraro y Shippee (2009) la salud es un resultado de desigualdades acumuladas en el curso de vida. No sólo son las oportunidades en la niñez, sino también es la forma en que se viven la adolescencia y la adultez lo que condiciona de forma acumulada los procesos de salud-enfermedad de las personas, los cuales tienen una clara manifestación cuando se llega a una edad avanzada. Algunos estudios en México en la década de los ochenta mostraron que existía una desigualdad social ante la muerte que se evidenciaba a través de los factores de riesgo relacionados a las actividades manuales y no manuales que realizaban los trabajadores (Bronfman y Tuirán, 1984, Behm, 1987). Siguiendo la lógica de aquellos autores entonces también hay una desigualdad social ante la longevidad.

Hoy se sabe que las enfermedades en la niñez, las condiciones de pobreza durante largos periodos de tiempo, el tipo de ocupación laboral, el acceso a los servicios de salud, así como la presencia de las redes sociales de apoyo son sólo algunas dimensiones que tienen efectos sobre la presencia de enfermedades y el estado de salud

de las personas (Berkman, 2000; Catell, 2001; Pescosolido and Wright, 2004; Kana, *et al.*, 2005; López Gracia, *et al.*, 2005; Pescosolido, 2006; Ydreborg, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente ha mencionado que la longevidad y la salud en la vejez esta condicionada por una serie de factores que se viven en el curso de vida⁴. Las experiencias acumuladas de prevención a la enfermedad o de riesgo a la salud que se viven en las etapas tempranas del curso de vida, modifican las oportunidades y condicionan el proceso salud-enfermedad (Marmot, 2005; Siegrist y Marmot, 2006; Ruiz y Ham, 2007).

El papel de los entornos sociales, la jerarquía social y el lugar que ocupan las personas en la organización social son variables de contexto fundamentales para entender y hasta predecir los diferentes niveles de mortalidad y la presencia de ciertas enfermedades (Siegrist y Marmot, 2006).

Marmot (2005) plantea las diferencias en cuanto a mortalidad y morbilidad sino también los procesos del envejecimiento de las personas y su longevidad. Este autor encuentra diferencias sustanciales en la habilidad numérica, los funcionamientos físicos, la presencia de discapacidad, entre diferentes individuos adscritos a sectores socioeconómicos diferentes. Al interior resalta la *jerarquía social* que imprime la profesión que se ejerce como trabajador de cuello blanco, manual, profesor y funcionario de alto nivel, entre otros. Algunas conclusiones advierten que el nivel de *control en el trabajo* impacta de manera diferente la presencia de riesgo coronario, o que la ausencia de apoyos sociales en el trabajo pueden ser factores que incrementen la probabilidad de una pobre salud mental⁵ y en donde el *status social* de los individuos es un buen indicador que predice su salud física, mental y emocional.

⁴ De hecho existe un Departamento sobre envejecimiento y curso de vida en la OMS el cual ha emprendido recientes metas a nivel global. Para mayor información véase <http://www.who.int/ageing/en/>

⁵ Otras investigaciones han detectado comportamientos de acoso moral en el trabajo con graves repercusiones en la salud de las victimas tanto en España como en México. Este fenómeno denominado

El postulado de Marmot (2005) va más allá de la visión de pobreza o riqueza de un individuo y sugiere que es el *status*, entendido como el lugar que ocupan los individuos en la organización social, el determinante social que permite explicar las diferencias relativas y absolutas en la mortalidad, morbilidad y longevidad. Aspectos como el autocontrol en el trabajo y en la esfera doméstica, junto con los niveles de participación social son temas novedosos que vinculan la discusión de lo social y cultural con la condición de salud de las poblaciones. No obstante a ello, Marmot (2005) no incorpora en su análisis la situación de los migrantes en Europa y en otros países en desarrollo. La condición de los migrantes en el viejo continente, así como los movimientos de poblaciones que se perfilan entre países desarrollados y en desarrollo aparece como crucial para explicar las diferencias epidemiológicas entre poblaciones de migrantes y nativos, posiblemente la ausencia de autocontrol en el trabajo, de redes sociales y de status social y simbólico puedan explicar la aparición de enfermedades y la menor calidad de vida en la vejez.

Si bien la salud se ve condicionada por los factores económicos, sociales y biográficos del curso de vida, es posible pensar que algunas transiciones y trayectorias modifiquen el estado de salud. De tal manera que la migración puede modificar la salud, no tanto por la experiencia en si misma sino por las condiciones en que ésta se desarrolla. Entonces no es la experiencia migratoria por si misma el problema, sino las condiciones en las que se realiza, el tipo de migración, el lugar de recepción y los antecedentes del lugar de origen, así como el *timing* en el que se suceden estos eventos en el curso de vida de las poblaciones. En muchos países en vías de desarrollo el movimiento de las poblaciones se ha llevado a efecto en contextos de guerra, presión política o desastre natural. Los factores de riesgo asociados a este evento pueden ocasionar un cambio

mobbing, tiene una referencia obligada en el ámbito laboral y en la salud de las personas que sufren de este tipo de bloqueo con las repercusiones en salud física y emocional (Peña, *et al.* 2007)

radical en el estado de salud físico y mental (Salgado, 1998 y 2002; Cuellar, Bastida y Bracchio, 2004).

La investigación que relaciona salud con migración es muy escasa y el enfoque que se ha adoptado es global (Grondin en IOM, 2005; Moya y Finkelman, 2007) y en algunos estudios local (Vilar y Eibenschutz, 2007). La relación muestra varias vertientes: los efectos en la salud física o mental de quienes se quedan en las áreas de alta migración dependiendo del grupo etario en cuestión, sean niños, adolescentes, mujeres y ancianos (Salgado, 2002; Van Dijk, 2006; Caballero, et al, 2008). Los efectos en la salud física o mental de quienes migran y se enfrentan a la influencia del nuevo contexto de recepción, así como de las condiciones mismas de la migración, del cambio en la conducta, en la alimentación, entre otros. (Angel, *et al*, 2003; Santillanes, 2009). Algunos documentos señalan que las diferencias lingüísticas, religiosas o culturales son barreras que dificultan el cuidado de la salud de los migrantes (IOM, 2005). También se ha mostrado que hay una mayor presencia de enfermedades en los migrantes en contraste con los locales o incluso entre sus contrapartes del mismo país de origen, para el caso de los hispanos en Estados Unidos la evidencia ha sido clave (Angel, *et al*, 2003). De alguna forma los migrantes están expuestos a nuevas enfermedades al transitar de un país a otro, a prácticas sexuales y a procesos sociales de cuidado a la salud mediados por la estructura institucional y el acceso a los servicios médicos. Otros mencionan que esto sucede no sólo por el contacto con nuevas enfermedades sino por la novedad, el rechazo, la discriminación y extrañes de otros contextos (Finch, *et al* 2000). El tema de la integración surge como un aspecto importante entre los migrantes y su salud. Al respecto se menciona que se ha puesto atención en el papel de las enfermedades infecciosas, la aparición de crónicas, los problemas de la salud mental, las creencias culturales, el papel del autocuidado de la salud mediante mecanismos

tradicionales, así como la pertinencia de los derechos humanos (IOM, 2005). Sin embargo, ante estos planteamientos aún falta mucho por hacer e investigar empíricamente. Existen iniciativas muy importantes como la Iniciativa en Salud de las Américas (HIA) que se coordina desde la Universidad de California en Berkeley que busca rescatar la investigación con el objetivo de hallar propuestas de políticas públicas en los gobiernos desde una perspectiva binacional.

A partir de este marco teórico, lo que buscamos entender es cómo la experiencia migratoria hacia Estados Unidos cambia el curso de vida de las personas, el proceso de salud-enfermedad y la calidad de vida en la vejez⁶. En otras palabras, la perspectiva de curso de vida nos permite analíticamente conocer cómo se gestan las condiciones de salud en la vejez a partir de las trayectorias migratorias y laborales en México y Estados Unidos en cohortes específicas en el tiempo histórico y biografías individuales. Por ello consideramos que existen significativas diferencias entre hombres y mujeres, así como entre cohortes. En cada una de ellas los niveles educativos han tenido un papel diferencial por generación, así como el momento en la vida en que ocurre la emigración.

Población en estudio

Inicialmente analizamos la información de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (MHAS, 2001) para el año 2001. La MHAS fue elaborada por el Instituto Nacional de Envejecimiento, Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América, Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México. Su propósito fue recabar

⁶ Consideramos que la vejez es resultado de la trayectoria laboral, la exposición al riesgo laboral, la posición y ocupación en el trabajo, la nutrición, el acceso a los servicios de salud, el cuidado en las enfermedades, el ejercicio continuo, la función de las redes sociales y sus vínculos transnacionales, así como el hábito de fumar e ingerir bebidas alcohólicas, tal y como se ha mostrado en otros estudios previos son variables relevantes (Gomes, 2001, Montes de Oca, 2001, Wong, 2003; Hebrero, 2004; Wong, *et al*, 2007).

información sobre los procesos de envejecimiento y el peso de las enfermedades para un panel representativo de la población mexicana con 50 años y más. La temática que abarca incluye el cuidado de la salud, familia y migración, ayuda de los hijos, fuentes de ingreso, calidad de la vivienda e indicadores antropométricos de las personas adultas. La MHAS (2001) es una encuesta representativa a nivel nacional y para áreas más urbanizadas y menos urbanizadas. La MHAS cuenta con 16, 665 observaciones y 33 variables. De acuerdo con MHAS (2001) de los 13, 463 casos efectivos, sólo 1200 (9%) tenían experiencia migratoria, principalmente es población masculina y con una edad media superior a los que nunca migraron, cuentan con un poco más de escolaridad que la población que no migró. Los datos revelan que hay un porcentaje ligeramente superior en situación de casado y residen en áreas con más de 100 mil habitantes en contraste con quienes no migraron (Table 1). En cuanto a las enfermedades antes de cumplir 10 años, los datos de la MHAS (2001) muestran una ligera mayor presencia de enfermedades en quienes migraron. Sobre sale que 15% de los que migraron tuvieron un problema grave de salud en contraste con 9% de los que no migraron. La tuberculosis y poliomielitis resultaron en cifras idénticas para ambos grupos.

Table 1.
Características demográficas de la población de 50 años y más,
según experiencia migratoria a Estados Unidos, 2001 (porcentajes)

Indicadores	Total	Condición migratoria	
		Migrantes	No migrantes
Sexo	100	100	100
Hombres	46.6	80.2	43.8
Mujeres	53.4	19.8	56.2
Edad	100	100	100
50-59	45.4	34.4	46.4
60-69	30.6	35.1	30.3
70 o más	24.0	30.5	23.3
Escolaridad*	100	100	100
Sin escolaridad	31.2	27.5	31.5
Primaria	50.4	55.6	49.9
Secundaria	5.8	3.9	6.0
Bachillerato	6.7	5.2	6.8
Profesional o más	5.9	7.8	5.8
Estado civil	100	100	100
Unido	66.1	71.5	65.6
No unido	33.9	28.5	34.1
Localidad de residencia	100	100	100
Menos urbana+	54.9	58.4	54.6
Más urbana	45.1	41.6	45.4
n	13,463	1,232	12,174

Fuente: Elaboración propia con datos de MHAS, 2001

* Curso al menos un grado del nivel educativo

+ Región de residencia menor de 100 mil habitantes

Migración y morbilidad. La presencia de enfermedades en hombres y mujeres adultos mayores mexicanos con experiencia en migración internacional

En México, la migración internacional es un fenómeno demográfico que –junto con la migración interna- recompone la estructura por edades de las entidades federativas, los municipios y las localidades. En diversos estudios sobre el tema se ha documentado que en comunidades con altos índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos, la migración se ha convertido en un “rito de pasaje” entre sus habitantes, quienes se

incorporan al flujo migratorio a edades muy tempranas, ya sea migrando de manera autónoma o a través de los procesos de reunificación familiar que tienen lugar en distintas etapas del ciclo de vida familiar.

Los varones, por ejemplo, suelen iniciar su trayectoria migratoria entre los 15 y 18 años, generalmente cuando éstos han concluido sus estudios de secundaria. De acuerdo con datos de MHAS 2001, del total de la población de 50 años o más que alguna vez en su vida había ido a buscar trabajo o a vivir a Estados Unidos, 80% eran hombres y 20% mujeres. Según dicha fuente, a los 17 años de edad el 25% de los hombres había experimentado su primera migración a Estados Unidos. El 50% de ellos lo hizo a los 22.4 años edad (edad mediana). De tal forma que a los 32.7 años de edad el 75% de la población masculina ya había experimentado dicho evento (Table 2).

Al igual que los varones, las mujeres solteras y casadas también han incrementado su participación en el flujo migratorio internacional en los últimos años. Sin embargo, las mujeres experimentan la transición a la primera migración a edades ligeramente más “tardías” que los hombres. Los datos de la Table 2 muestran que 25% de la población femenina experimentó dicho evento a los 19.3 años de edad, casi dos años más tarde que sus congéneres del sexo opuesto. El 50% lo hizo a los 30.7 años de edad y el 75% de ellas experimentó dicho evento a los 38.2 años de edad. Esta diferencia en la edad a la primera migración internacional entre hombres y mujeres muestra comportamientos diferentes (Graph 1 y Graph 2) y puede encontrar su explicación en múltiples factores; uno de ellos puede ser precisamente la migración por motivos de reunificación familiar, ya que no es de extrañar que una vez que el esposo ha obtenido la residencia o ciudadanía estadounidense decida llevarse a su cónyuge e hijos a vivir con él a los Estados Unidos (Massey *et al.* 1987). También hay evidencia de que las mujeres migran

solas y son pioneras de grupos familiares más amplios, así como son líderes de procesos de cambio social e individual (Poggio y Woo, 2000)

Table 2.

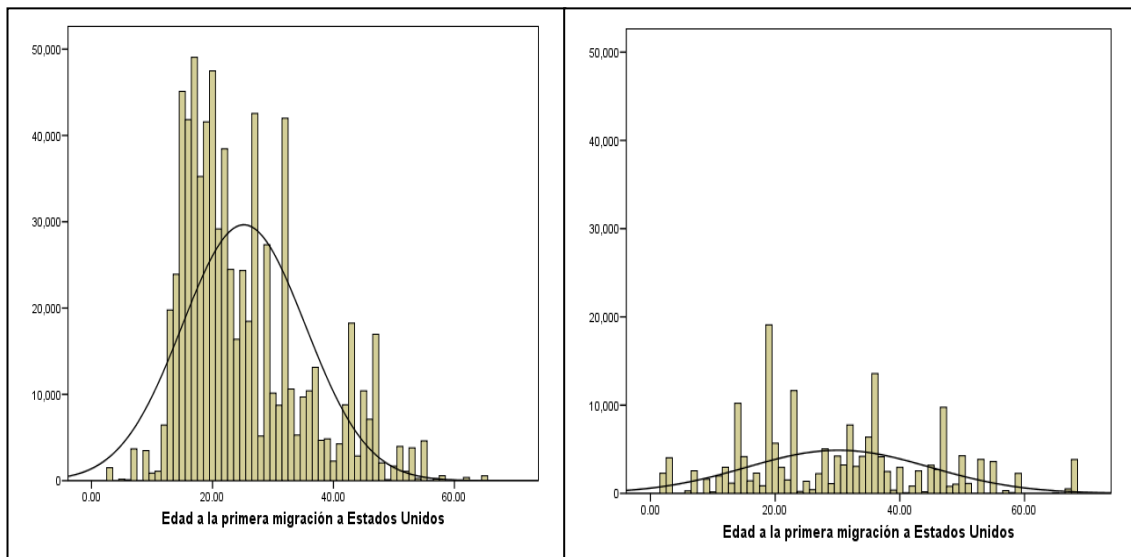
Edad de hombres y mujeres mexicanos a la primera migración a Estados Unidos por cuartiles, 2001.

Sexo	Q1	Mediana	Q3
Hombres	17.0	22.4	32.5
Mujeres	19.3	30.7	38.2

Fuente: Elaboración propia con base en datos de MHAS, 2001

Gráfica 1. Edad a la primera migración a Estados Unidos de los varones mexicanos

Gráfica 2. Edad a la primera migración a Estados Unidos de las mujeres mexicanas



Fuente: Elaboración propia con datos de MHAS, 2001.

La experiencia migratoria es atravesada por el género, pero a su vez la migración trastoca las relaciones de género de los migrantes, lo que hace que la experiencia sea diferente para hombres y mujeres (Ariza, 2000; Poggio y Woo, 2000; Ramírez, 2009). De allí que se ha hecho énfasis en la necesidad de estudiar la migración de las mujeres de acuerdo a las características que distinguen la migración femenina de la masculina:

tipo de desplazamiento, redes sociales, inserción laboral, así como el papel que ellas desempeñan en familia y el cuidado de salud.

La edad en la que ocurre la migración tiene un impacto en la secuencia y ordenamiento del curso de vida de los migrantes y en la vida de sus familiares y las personas con las que se relacionan (principio de vidas interconectadas). Los estudios realizados desde la perspectiva de género y el curso de vida coinciden en señalar que la migración internacional impacta en la estructura etárea y composición de los hogares y en los roles que desempeñan las personas que los integran. Ello propicia la formación de familias compuestas por mujeres y niños, adultos mayores sin hijos, e incluso hogares compuestos por abuelos y nietos, tanto en el país de origen como en los de recepción (Bernhard *et al*, 2006; Triano, 2008; Ramírez, 2009; Montes de Oca y Garay, 2010).

Estos estudios también analizan los impactos de la experiencia migratoria, como son: los problemas relacionados con la salud física y emocional de los migrantes y sus familias. Al respecto se ha señalado que la separación física y el alejamiento afectivo de los migrantes de sus seres queridos que permanecen en las comunidades de origen, provoca múltiples malestares emocionales y psicológicos, tales como ansiedad, depresión y tristeza, además de problemas relacionados con las adicciones como alcoholismo y tabaquismo, tanto en hombres como en mujeres adultos, jóvenes y niños (Alderete *et al*, 1999; Vega *et al*, 1998; Salgado y Díaz Pérez, 1994).

Cuando el status migratorio de las personas es indocumentado, por la disponibilidad y acceso a servicios de salud, además de las barreras adicionales que suponen las diferencias lingüísticas y culturales la situación se recrudece. Por ejemplo, Macias (2002) en su investigación sobre la ocurrencia de eventos migratorios como factor de riesgo en el contagio de infecciones de transmisión sexual, encontró que durante el trayecto y estancia en el país de destino los inmigrantes se ven expuestos a una serie de

eventualidades que ponen en riesgo su salud como el consumo de drogas y relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección.

De ahí que la perspectiva de curso de vida haga eco en la necesidad de estudiar el vínculo entre migración y su impacto en la salud desde una mirada longitudinal donde se consideren aspectos relacionados con el lugar de origen, los riesgos a los que se enfrentan durante el desplazamiento y las condiciones de vida y de trabajo en las que vive la población inmigrante en las comunidades de destino (alimentación, derecho a servicios de salud, manejo del idioma inglés, adaptación, etc.). Por ejemplo, el 50% de los inmigrantes hispanos en Estados Unidos no cuenta o no tiene derecho a servicios de salud. En el caso que aquí nos ocupa los datos extraídos de la MHAS (2001), indican que del total de la población de 50 años y más el 37% de la población había sido diagnosticada con hipertensión, 20% tenía o padecía de artritis y reumatismo, y 15% con diabetes mellitus. Aunque también es importante la proporción de enfermedades respiratorias y del hígado. Sin embargo, al analizar la distribución porcentual de estas enfermedades según experiencia migratoria, sexo y cohorte de nacimiento encontramos diferencias significativas (ver Table 3).

Table 3.

Principales enfermedades de la población de 50 años y más, según grupo de edad y condición migratoria a Estados Unidos, 2001 (porcentajes)

Enfermedades	Condición migratoria a Estados Unidos					
	Migrantes			No migrantes		
	50-59	60-69	70 y más	50-59	60-69	70 y más
Ambos						
Hipertensión	28.2	35.3	38.7	32.3	41.3	41.6
Diabetes	10.9	17.1	16.1	13.7	16.9	16.3
Cáncer	1.7	0.9	2.0	2.4	1.6	1.8
Enf. respiratorias	5.8	4.1	9.4	4.9	5.3	9.0
Ataque al corazón	1.3	2.1	8.1	2.4	2.9	3.4
Artritis y reumatismo	14.5	22.3	26.5	15.5	23.1	26.1
Tuberculosis	–	0.4	0.2	1.1	0.3	0.4
Neumonía	0.3	0.4	0.1	1.0	1.1	1.8
Embolia	0.5	4.1	5.5	1.8	2.7	4.3
n=	439	410	357	5,660	3,598	2,594
Hombres						
Hipertensión	23.7	33.1	34.4	21.3	32.2	31.8
Diabetes	10.8	13.5	12.8	11.5	14.3	15.2
Cáncer	1.9	1.1	2.4	0.6	1.5	1.8
Enf. respiratorias	5.5	4.7	9.5	3.5	4.4	10.5
Ataque al corazón	1.4	2.3	6.4	1.8	3.1	3.6
Artritis y reumatismo	14.3	17.5	26.4	10.8	17.1	23.4
Tuberculosis	–	–	0.3	0.4	0.3	0.1
Neumonía	0.2	0.4	0.7	0.7	0.8	2.9
Embolia	0.5	5.0	2.9	1.3	2.4	6.1
n=	335	341	289	2,468	1,489	1,096
Mujeres						
Hipertensión	47.3	42.9	57.9	40.3	48.4	49.3
Diabetes	11.5	29.4	30.5	15.4	19.0	17.2
Cáncer	1.2	–	0.2	3.7	1.6	1.8
Enf. respiratorias	6.8	2.2	8.9	5.9	6.0	7.8
Ataque al corazón	0.8	1.4	15.8	2.8	2.8	3.3
Artritis y reumatismo	15.1	38.4	26.9	19.3	27.9	28.2
Tuberculosis	–	1.7	–	1.6	0.3	0.6
Neumonía	1.1	0.5	2.2	1.2	1.4	0.9
Embolia	0.6	0.9	17.3	2.2	3.0	2.9
n=	104	69	68	3,192	2,109	1,499

Fuente: Elaboración propia con datos de MHAS, 2001

Encontramos que el porcentaje de adultos mayores diagnosticados con hipertensión es ligeramente superior en la población sin experiencia migratoria. Las proporciones de adultos mayores diagnosticados con artritis y reumatismo no muestran diferencias significativas. Por otro lado, cuando analizamos esta información según sexo y cohorte de nacimiento, de acuerdo a la condición de experiencia migratoria a Estados Unidos, se constata como las enfermedades respiratorias, diabetes, el artritis y reumatismo se auto ponderan entre la población con experiencia migratoria, especialmente entre la población femenina pertenecientes a la cohorte de 70 años y más. La información permite constatar como la experiencia de vida de las personas se expresa en perfiles diferenciados de morbilidad, aun perteneciendo a la misma cohorte. En otras palabras, es posible que los eventos y transiciones que experimentan las personas a lo largo de su curso de vida desencadenen factores de riesgo que se acumulan e impactan en la salud de la población.

La experiencia migratoria desencadena una serie de nuevos aspectos en la vida de los migrantes que pueden crear condiciones adversas o favorables en su salud. Algunos factores pueden ser: la forma como migraron, el tiempo de estancia, el tipo de migración, el momento en el que ocurrió el evento en sus vidas, la presencia de stress, adaptabilidad y dominio del lenguaje, las actividades laborales y sus condiciones en el trabajo, todo ello puede desencadenarse cuando la decisión de migrar impacta la salud de la población. Aspectos que deben analizarse desde otras aproximaciones metodológicas.

Salud, migración y envejecimiento en Guanajuato y Zacatecas. Aproximaciones cualitativas

La relación entre salud, migración y envejecimiento desde la perspectiva del curso de vida es compleja. En esta sección exponemos cómo se vincula la experiencia migratoria, la trayectoria laboral y los procesos de salud-enfermedad en la conformación de las condiciones de vida en la vejez de los hombres y mujeres en México.

Con base en una estrategia cualitativa se realizaron 28 entrevistas a través de la técnica de bola de nieve en Guanajuato y Zacatecas, México, con migrantes que se encontraban residiendo en las localidades de El Cargadero y Mineral de la Luz en Guanajuato y en Calvillo y Tepetongo en Zacatecas. El trabajo de campo se desarrolló entre julio y diciembre del 2009. Seleccionamos casos con características diferentes a fin de encontrar heterogeneidad de trayectorias migratorias y condiciones de salud. De los entrevistados 25 eran varones y 3 mujeres, 15 de Guanajuato y 13 de Zacatecas. Sus edades oscilan entre los 44 años y los 89 años de edad. Algunos fueron trabajadores del programa Bracero (1945-1964), por eso las trayectorias migratorias comienzan en la década de los 40 hasta una señora que por reunificación familiar migró por primera vez en 2009. La gran mayoría fueron trabajadores del campo y en servicios (restaurantes, bodegas, oficinas) en diferentes estados de la Unión Americana. De los entrevistados siete eran indocumentados y trece tenían documentos, sólo uno tiene residencia y su familia vive en California. De todos 14 mantienen relaciones con sus familiares en los Estados Unidos.

Las localidades seleccionadas se encuentran en áreas urbanas cercanas a las cabeceras municipales de Guanajuato, Zacatecas y Jerez en Zacatecas. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas con el software NVivo versión 3.0. La guía contempló los siguientes temas: 1) Datos sociodemográficos individuo y hogar; 2) Historia de vida personal y familiar (escolaridad, antecedentes de salud individual y familiar, antecedentes laborales, formación conyugal y reproductiva); 3) Historia

migratoria a Estados Unidos (primera migración, riesgos a la salud, adaptación, actividad laboral y de salud, tiempo de estancia, remesas y redes sociales); 4) Historia de vida sobre el retorno a México (sobre el retorno y la familia, trabajo en México, salud); 5) Autoevaluación de la experiencia migratoria y la salud; 6) Salud actual y redes de apoyo en la vejez; 7) Expectativas migratorias en la vejez.

Con base en el análisis preliminar se detectaron las primeras dimensiones importantes en el análisis de la migración y la salud en hombres y mujeres con 50 años y más en México. Las dimensiones que detectamos y de las cuales hablaremos en este espacio son: 1) los antecedentes de pobreza y uso de la medicina tradicional desde la infancia como alternativa a la escasez de servicios médicos gubernamentales con medicina occidental; 2) Percepción sobre el trabajo, el uso del cuerpo y la enfermedad; 3) Cambios en las condiciones migratorias: hábitos y la construcción del miedo; las cuales se describen a continuación.

Antecedentes comunes en los migrantes adultos mayores en México

Una constante en los casos estudiados fueron la pobreza y escasez de servicios públicos de salud desde la infancia. Por el tiempo histórico en que nacieron estos migrantes de retorno en Guanajuato y Zacatecas, sus localidades eran rurales y estaban aisladas geográficamente, eran pequeñas y no contaban con servicios públicos, situación que coincide con otros estudios (Salgado, 2007). El reparto agrario (1922-1934) los hizo poseedores de algunas hectáreas de tierra, pero no los dotó de mejores condiciones de vida. La promesa que con la tierra mejorarían su situación se fue diluyendo ante la caída del crecimiento agrícola (1955-1965) y el cambio en el modelo de sustitución de importaciones (1982) (Espinosa, 2004).

En ese contexto una estrategia en las familias de origen rural fue la recuperación de la medicina tradicional la cual es significativa socialmente porque muchos de ellos

nacieron por parteras o porque se curaron padecimientos a través de hierbas, sobadas o curaciones. La ausencia de servicios occidentales modernos en el tratamiento de enfermedades es una constante desde las primeras etapas del curso de vida de los hombres y mujeres con experiencia migratoria.

Los migrantes adultos jóvenes contaron con el servicio de medicina preventiva pues recibieron vacunas cuando niños en las escuelas contra sarampión y viruela, principalmente. Cuando trabajadores en las minas recibieron vacunas contra el tétanos, aunque los trabajadores del campo no eran muy atendidos en su salud. Los adultos en edad más avanzada si tuvieron una experiencia de mayor carestía de los servicios médicos, esto coincide con la lenta expansión de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que se dio en la década de los treinta y cuarenta. La presencia de la medicina preventiva sin duda fue constante a partir de esos momentos, pero la atención en materia de tratamientos y curación de enfermedades seguía siendo centralizada a las cabeceras municipales o la capital de los estados. El descenso de la mortalidad y el incremento de la longevidad prueban el impacto de los servicios preventivos de salud en la población. Era una época donde las enfermedades transmisibles mataban a la población y la presencia de enfermedades crónicas era todavía imperceptible. Por suerte para estos sobrevivientes las actividades de la vida diaria en el campo y el ejercicio estaban en sus rutinas lo que les permitió mantener cierta funcionalidad a edades avanzadas.

Aunque los servicios de las clínicas públicas de salud ya existieron como referente institucional, aún hoy en día existe la percepción de que no tienen servicios adecuados de salud, la información médica es escasa sobre los avances en la capital de los estados o del país. Aquellos que fueron emigrantes siguen viendo en Estados Unidos la solución de sus problemas de salud, es decir, donde el imaginario de la cura existe fuera del territorio y con gran costo económico para ellos.

Las experiencias de los entrevistados muestra la necesidad de campañas de información masiva sobre los servicios de salud en el país que mejore la calidad de vida de las poblaciones rurales y urbanas. Hoy en día muchas comunidades marginadas desconocen los avances de la medicina en las ciudades y los programas que existen para la población en materia de diabetes, hipertensión, así como algunas especialidades médicas. Pero estos servicios medianamente avanzados son inaccesibles para los hombres y mujeres ancianos de las localidades rurales.

Actualmente los viejos migrantes siguen viviendo de forma aislada, sus cuerpos desgastados por el trabajo ya no aguantan las largas caminatas de antaño para ir y trabajar la milpa. Sus rodillas y vista cansada no son tratadas por los servicios médicos que continúan centralizados en las cabeceras municipales, no hay atención gerontológica a domicilio y muchos de ellos siguen tratándose con la medicina tradicional. Si bien sus casas son un refugio también ahora constituyen un riesgo y un entorno que los aísla en caso de emergencia médica.

Para vivir la vejez en Guanajuato o Zacatecas resulta imprescindible acercar los servicios médicos a sus entornos rurales, al menos de manera ambulatoria donde ellos no corran riesgos y tengan medicamentos y asesoría médica oportuna. En otras entidades federativas ya existen servicios de médico a domicilio que puede replicarse en éstas localidades.

Percepción sobre el trabajo, el uso del cuerpo y la enfermedad

Desde la percepción de los migrantes, los padecimientos crónicos con que viven muchos ancianos sólo son prueba fehaciente de los riesgos vivenciados en el trabajo durante la vida activa. Las actividades desde infantes, el trabajo para la sobrevivencia cotidiana, así como los accidentes de trabajo son recurrentes en la trayectoria laboral. No obstante, los tratamientos médicos por los servicios de gobierno no fueron

oportunos. Para aquellos que migraron existe la percepción de que el trabajo fue muy duro en los Estados Unidos, lo cual tiene implicaciones en el desgaste de su cuerpo, el tipo de enfermedades que sufren y en la forma como se vive la vejez. Para quienes no migraron, los que *se fueron pa'l norte* están peor de salud que los que se quedaron.

En muchos casos las redes familiares apoyaron la solución a los problemas de salud en la vejez. Los hijos migrantes envían remesas y llegan a proporcionar maquinaria y camionetas para mejorar los entornos amenazantes en que viven sus padres ancianos. Mientras los hijos que no migraron se quedan con el cuidado diario y el apoyo en las actividades cotidianas.

Existe un aspecto muy importante en las narrativas sobre el trabajo y la salud de quienes migraron y esto se conecta con la alimentación y la enfermedad. Para los entrevistados en Guanajuato y Zacatecas la alimentación es la clave para resolver muchos problemas derivados del trabajo y prevenir las enfermedades. Aquellos que migran se alimentan mal, la comida es más cara y ellos con la estrategia de ahorrar no pueden alimentarse correctamente lo que les impide cuidar su salud, provoca obesidad y enfermedades.

La relación entre enfermedad, cuerpo y trabajo atraviesa los cambios en la alimentación que viven los migrantes en Guanajuato y Zacatecas cuando van a Estados Unidos. En México la comida es un aspecto central en la cultura y en la vida cotidiana de las familias. Aún en México se conservan muchas costumbres y sabores de la época prehispánica que junto con la influencia española lograron fortalecer los patrones alimenticios de los mexicanos. El maíz, frijol y verduras son parte central de la comida mexicana la cual esta rica en proteínas vegetales, vitaminas y fibra lo cual mantiene una vida saludable.

El uso del cuerpo, la naturaleza e intensidad del trabajo en México y Estados Unidos, los cambios en los patrones alimenticios son experiencias que narraron las mujeres y

hombres de Guanajuato y Zacatecas que fueron migrantes en diferentes lugares de Estados Unidos. Todo ello desde su opinión provocó enfermedades y malestar en su calidad de vida actual, la cual ni en México y mucho menos en Estados Unidos fue atendida satisfactoriamente.

Dado que en Estados Unidos la atención a la salud no es pública ni está considerado un derecho de la población, más bien es un servicio privado que se compra y vende. Los residentes en Estados Unidos tienen que comprar el servicio (insurance) a las aseguradoras que negocian con las clínicas privadas de salud. Pero para comprar este servicio, los migrantes deben tener un buen ingreso situación casi imposible si ellos no cuentan con ciudadanía y documentos que lo comprueben. Aunque hay migrantes que llegan con documentos por los acuerdos establecidos entre el gobierno mexicano y el de Estados Unidos, lo cierto es que muchos de ellos no tienen documentos ni un trabajo formal, tienen bajos ingresos y no pueden pagar el servicio médico privado. Bajo estas circunstancias pocos trabajos tienen atención a la salud y los migrantes no pueden pagar una consulta médica ni las medicinas para curar la enfermedad. Recordará el lector que en Estados Unidos para comprar un antibiótico es necesario tener una prescripción médica con registro sanitario la cual será retenida por la farmacia.

El escaso acceso a la educación formal desde la infancia es otra característica de los migrantes entrevistados en Guanajuato y Zacatecas. En la gran mayoría de los hombres y mujeres mayores, se muestra la ausencia de los sistemas educativos, lo cual los orilló a las actividades manuales de gran desgaste corporal. Esto coincide con el tiempo en el cual Guanajuato era considerado el granero mexicano y en donde las minas de Zacatecas y Guanajuato extraían gran parte de la materia prima que se exportaba por las compañías extranjeras. Varios de los migrantes ancianos en Guanajuato comenzaron su trayectoria laboral cuando eran niños produciendo carbón, extrayendo minerales o

trabajando en las milpas. Durante la juventud de estas personas, la Segunda Guerra Mundial aparece como un acontecimiento que brindó una oportunidad de mejora familiar. El Programa Bracero representó para muchos de ellos un trabajo que superaba las expectativas de ingreso y experiencia vital de las comunidades. Aunque algunos lograron tener documentos de residencia, siempre existió en el imaginario la posibilidad de regresar con la familia y vivir en las comunidades cuando envejecieran. Por eso muchos de estos migrantes de retorno fueron a Estados Unidos varias veces. Sus estancias eran cortas y las familias casi siempre se mantenían en la localidad de origen. La edad a la primera migración era más alta⁷, mientras que hoy en día la edad a la primera migración ha disminuido, casi al entrar a la secundaria.

En la edad adulta la experiencia laboral derivada de la migración fue intensiva en materia de uso del cuerpo. Los hombres que eran los que migraron inicialmente eran contactados para trabajos agrícolas en la producción de flores, papa, jitomate, algodón, entre otros. Todos ellos, sin embargo, cuando regresaban a su lugar de origen continuaban con sus labores también en la agricultura de subsistencia y en la cría de animales, lo cual representaba una inversión familiar. Los entrevistados narran como el uso de ciertas sustancias en la agricultura generó algunos padecimientos dermatológicos, alergias y enfermedades respiratorias, los cuales con el tiempo fueron dejando de usarse por el control de calidad de los productos. Esta área de la investigación sobre migración y salud es muy interesante. Por ejemplo, hay diferencias importantes en el cultivo de naranja y algodón, pues en los primeros ya no se usa sustancias contaminantes, mientras que el trabajo en el algodón todavía representa una amenaza para la salud de los trabajadores. También aquellos que trabajaron en los restaurantes o en la industria experimentan otros riesgos.

⁷ Datos de la MHAS/ENASEM 2001, muestran que la edad promedio a la primera migración de la población con 70 años y más era de 27 años, mientras que más jóvenes es de 24 años.

Un estudio muy ilustrativo al respecto lo realizó Seefoo (2005) en el cual detalla como ciertos químicos son usados en los cultivos de Michoacán como una alternativa ante la expansión y la demanda de productos agrícolas de exportación. El contacto con esos químicos propicia intoxicaciones en los jornaleros agrícolas. La reflexión de Seefoo (2005) se dirige hacia como el riesgo en la producción se traslada hacia los trabajadores y no hacia las empresas contratistas en México. Sin embargo, este diagnóstico no excluye la dinámica existente en Estados Unidos.

Cambios en las condiciones migratorias: hábitos y la construcción del miedo

La forma de migrar a Estados Unidos con el tiempo se ha vuelto más peligrosa, de tal manera que para los migrantes más ancianos pasar la frontera no representaba un riesgo en sí mismo. Hoy en día, sus hijos enfrentan peligros al cruzar la frontera, algunos son abandonados en el desierto, mueren en el intento, otros son presa de estafas y secuestros.

La institucionalización de la migración en la décadas de los 50's y 60's daba cierta protección a los migrantes pero también la seguridad de poder ir y venir a sus comunidades para terminar su vejez en el lugar de origen. En las últimas décadas el tiempo de permanencia ha aumentado debido a la política migratoria lo que limita su movilidad para visitar o regresar temporalmente a sus comunidades de origen. Sin embargo, no se encuentran comunicados. La tecnología, los medios de comunicación y las redes transnacionales permiten un continuo flujo de información entre los migrantes de ambos lados de la frontera (Montes de Oca, Molina y Avalos, 2008).

Los cambios en los hábitos de vida con la migración no eran radicales en la medida en que se mantenía contacto con la comunidad de origen. En contraste, las entrevistas mostraron que actualmente la depresión, el alcoholismo, el uso de sustancias son más frecuentes como problemas relacionados a la migración tanto para los que se fueron

como los que se quedaron. Mientras los profesionales de la salud que fueron entrevistados advierten que los migrantes gozan de mejor salud que los que se quedaron y que el alcohol es parte de las prácticas comunitarias relacionadas con la masculinidad y la hombría. De tal forma que ellos aducen que los factores de riesgo se gestan desde nuestro país, dada la ausencia de los servicios de salud y los hábitos de riesgo comunitaria. La opinión de los profesionales de la salud ofrece un punto de vista que no coincide con quienes han migrado cuyas experiencias sobre los riesgos laborales, su contacto con químicos, los cambios en la alimentación y la ausencia de servicios médicos los coloca en una situación de gran vulnerabilidad. Además cuentan con el stress de la adaptación y la percepción de discriminación en la Unión Americana. Otras opiniones apuntan que existe una mejor salud de los migrantes como consecuencia del proceso de selectividad social en las familias y comunidades (Massey *et al*, 1987)

Un aspecto que aparece en las narraciones de quienes alguna vez migraron, de quienes se quedaron y de quienes continúan en los Estados Unidos es la salud mental. Esta temática ya fue encontrada como significativa en encuestas locales en Guanajuato (Programa Especial Gerontológico en Guanajuato, 2005; Montes de Oca *et al*, 2008). En nuestras entrevistas vuelve a salir sobre todo en quienes son migrantes de retorno y cuyos hijos han migrado. La percepción simbólica sobre el valor de la familia y el imaginario de unión familiar, trastoca los sentimientos de los hombres y mujeres mayores. Sobre todo porque saben del peligro que corren sus hijos para que les visiten. La tristeza se vuelve crónica y hasta puede llegar a afectar la salud, en especial cuando se carece de información, cuando el hijo se ausenta de noticias o sufre alguna contingencia familiar o personal. La cuestión se vuelve más crítica cuando el anciano vive solo, cuando ha sido paulatinamente abandonado por su familia que migrar dentro o fuera del país. Aunque en las comunidades rurales los parientes siempre están

alrededor, el estigma de no ser visto por la descendencia pesa sobre el estado de ánimo de los mayores, el temor es morir solo.

La salud de la población con experiencia migratoria responde a muchas dimensiones y a las coordenadas espacio-temporales. A partir de estos resultados preliminares observamos que la experiencia de migrar se vincula con factores como el tipo de migración, el tipo de residencia, las condiciones laborales, el ingreso, riesgo en la frontera, stress y discriminación, la adaptabilidad al lenguaje y al acceso a los servicios médicos, entre otros (Diagrama 1).

Diagrama 1.

Multidimensionalidad de la salud en población con experiencia en migración



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas y lecturas.

Conclusiones

La salud, migración y el envejecimiento son tres temáticas profundamente relacionadas en la realidad mexicana. La complejidad de su relación amerita pensar desde nuevos paradigmas, uno de ellos creemos que lo representa el curso de vida y otro es la desigualdad acumulada. Las personas que migran a pesar de su selectividad cargan

experiencias acumuladas que muestran la falta de protección a la salud desde que nacen. Cuando migran los factores de riesgo que intervienen se multiplican ante los nuevos contextos a los que se exponen los mexicanos en el mundo laboral y en la dinámica sociocultural del lugar de recepción.

La evidencia muestra que el momento en que se vive la primera migración, la forma como se da, así como el tiempo de estancia, entre otros elementos están detrás de la experiencia de migrar y en esa medida son condición para el estado de salud en edad avanzada. Adicionalmente desprotección en la atención médica desde sus comunidades de origen, en sus estancias de tránsito, hasta la última migración y residencia en Estados Unidos, lo cual impacta de manera definitiva su estado de salud en la vejez.

La perspectiva de curso de vida nos indica que desde la infancia se ubica la situación de pobreza y desnutrición que se vive en el curso de vida. La presencia de enfermedades en la infancia hasta la adolescencia también es crucial, pero lo es más si es que los padecimientos no fueron diagnosticados de manera correcta y si se contó con tratamiento hasta alcanzar la cura. En estas etapas el deterioro funcional es casi imperceptible o no se le dota de la importancia debida, así que es importante coleccionar información sobre la pérdida paulatina de la visión, audición, o lenguaje que origina una discapacidad posterior, así como condiciona el tipo de actividad económica en la edad adulta.

En la madurez las diferencias de género se acentúan. Surgen los accidentes laborales más propicios en la población masculina, mientras que una mala salud reproductiva puede dejar secuelas en la calidad de vida de las mujeres. Los múltiples partos, así como el cuidado reproductivo por medicina tradicional o medicina occidental, el intervalo entre uno y otro embarazo, resultan elementos que con el tiempo pueden propiciar una disminución en la funcionalidad motriz ocasionada entre otras cosas por la aparición de

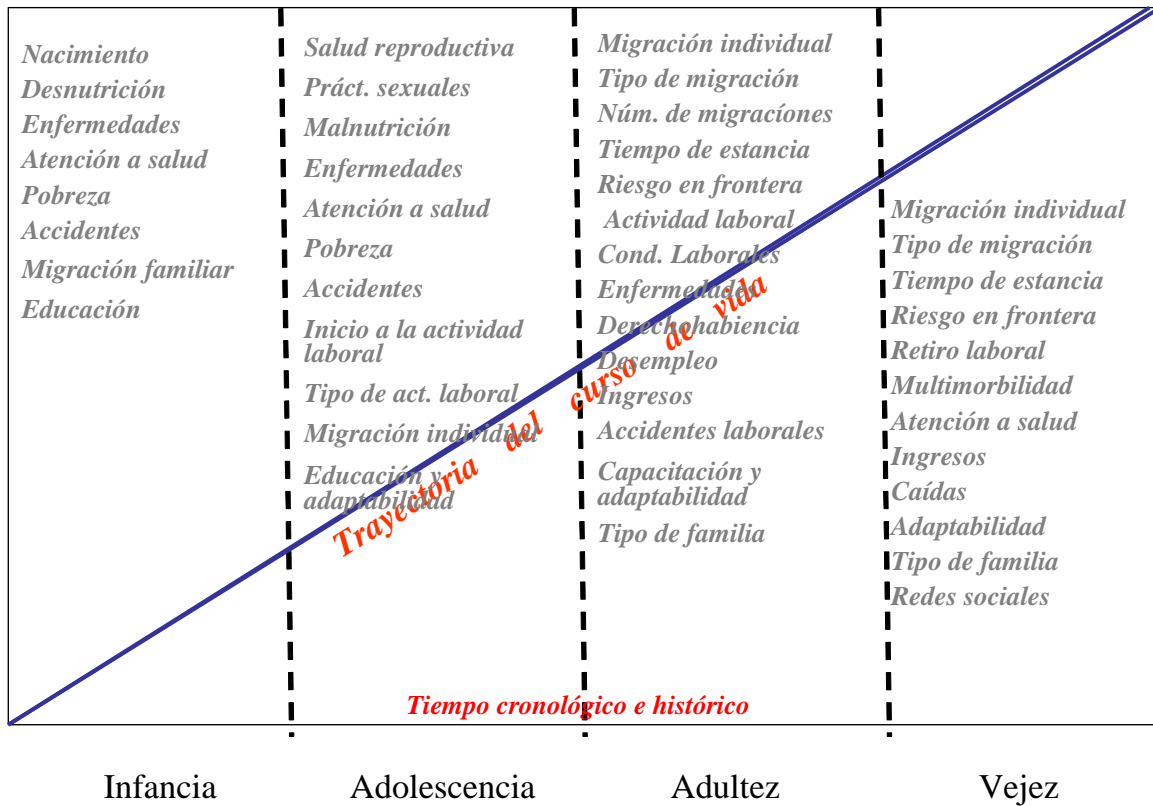
altos niveles de osteoporosis. En el caso de los varones el inicio en la actividad laboral, el tipo de ocupación desarrollada en la infancia y adolescencia, así como los factores de riesgo de cada actividad, las horas trabajadas, el ingreso, propician un desgaste en determinados miembros del cuerpo, favorecen discapacidades, lo que se entrelaza con la frecuencia en el contacto con sustancias tóxicas en el sector agropecuario y en la industria, todo ello de manera acumulada genera enfermedades en la vida adulta y en la vejez. El tiempo de exposición y el momento en el que ocurren estos eventos en el curso de vida en las personas generan procesos de salud-enfermedad diferenciales, que muchas veces es difícil registrar y medir en las diferentes encuestas.

El siguiente diagrama intenta mostrar teóricamente cómo en la línea del tiempo de vida hay situaciones cruciales que se acumulan en cada etapa de la vida, pero en cada una de ellas los efectos son diferentes. La aproximación cualitativa permite entender como se entrelazan los procesos, la ubicación de toma de decisiones cruciales, así como la alteración de trayectorias instituidas que hacen de los itinerarios personales fórmulas únicas e irrepetibles por la dimensión histórica de su ocurrencia (Diagrama 2).

Consideramos que el estudio de la salud de los migrantes adultos mayores desde la perspectiva del curso de vida permite tener una visión integral no abstracta del contexto social en el que están inmersas. Este tipo de estudios nos brinda la posibilidad de conocer a los adultos mayores desde la variable tiempo, es decir, la relación que se establece con el pasado y el presente y su proyección hacia el futuro. Es necesario continuar con el análisis de la información cualitativa y establecer una estrategia que aborde la información por cohorte y género dado que la experiencia migratoria no puede generalizarse por los cambios políticos y económicos en México y en Estados Unidos.

Diagrama 2

Health, Migration and Ageing in Life Course



Bibliography

Alderete W, Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. (1999). Depressive symptomatology: prevalence and psychosocial risk factors among Mexican migrant farmworkers in California. In *Journal of Community Psychology*, 27: 457-471

Angel, R., J. Angel & K. Markides. (2003). Salud física de los mexicanos migrantes mayores en los Estados Unidos. In Salgado, N. & R. Wong (Eds.) *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y Calidad de vida*, México, INSP, (pp. 152-172).

Arber, Sara & Ginn, Jay, 1996, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Narcea, S.A. de Ediciones, Madrid, 247 pp.

Arber Sara & Evandrou Maria. (1997). Ageing, Independence and the Life Course, Published with *British Society of Gerontology*, (pp 256)

Ariza, Marina. (2000). *Ya no soy la que deje atrás... Mujeres migrantes en República Dominicana*, Instituto de Investigaciones Sociales, Editorial Plaza y Valdés, (pp.300)

Bernhard, Judith, Patricia Landolt & Luin Goldring. (2006). Transnational, Multi-local Motherhood: Experiences of Separation and Reunification among Latin American Families in Canada. In *CERIS, Policy Matters*, No. 24, January 2006.

Berkman, Lisa F. (2000). Social Support, Social Networks, Social Cohesion and Health. In *Behavioral Social Work in Health Care Settings* (pp. 3-15).

Bronfman, M. & R. Tuirán. (1984). La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez. In *Memorias Congreso Latinoamericano de población y desarrollo*, México: UNAM-PISPAL.

Caballero, Marta, René Leyva Flores, Sandra Catalina Ochoa Marín, Ángel Zarco & Catalina Guerrero (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud, In *Salud Pública de México*, mayo-junio, Vol. 50, No. 003, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, (pp. 241-250)

Cattell, Vicky. (2001) Poor People, Poor Places, and Poor Health: the Mediating Role of Social Networks and Social Capital. In *Social Science & Medicine*, Vol. 52: 1501-1516.

Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato, Unidad de Planeación e Inversión Estratégica, Gobierno del Estado de Guanajuato. (2005). *Programa Especial Gerontológico del Estado de Guanajuato*. México, (pp. 127)

Cuellar, Israel, Bastida, Elena & Braccio, Sara Maria. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older. In *Journal of aging and health*, Vol. 16, No. 4. SAGE Publications, California. (pp. 447-466)

Elder, Glen H. Jr. (1999). The Life Course and Aging: Some Reflections. Section on Aging and the Life Course, American Sociological Association, August [<http://www.unc.edu/~elder/pdf/asa-99talk.pdf>]

Elder, Glen H. et al. (2003). *Invitation to the Life Course: Toward a New Understanding of Later Life*, edited by Richard Settersten. New York: Baywood

Espinosa Gómez, Rosa Aurora. (2004). *Expresiones de liderazgo, poder y desarrollo rural en dos grupos de mujeres en el Bajío Guanajuatense*. Tesis de Doctorado en Antropología Social, El Colegio de México, México.

Ferraro, Kenneth F. & Shippee, Tetyana Pylypiv. (2009). Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? In *The Gerontologist*, vol. 49, No. 3, (pp. 333-343)

Finch, B.K., B. Kolody & W. Vega. (2000). Perceived Discrimination and Depression among Mexican-origin Adults in California, *Journal of Health and Social Behaviour*, september. 2000; 41, 3, (pp.295-313)

Gomes; Maria Cristina. (2001) Desigualdad social de la vejez. Condiciones socioeconómicas de la tercera edad In *DEMOS. Carta Demográfica sobre México*, México, UNAM, No. 14, (pp.13-15)

Grondin, Danielle. (2005). *Bridging Health and Migration*. International Dialogue on Migration No. 6, WHO, IOM, CDC, (pp. 133).

Hareven, Tamara. (1982). *Ageing and Life Course Transitions: an interdisciplinary perspective*, Tavistock (pp. 282)

Hebrero, Mirna, (2004), Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más y análisis de sus factores asociados, Tesis de Maestría en Demografía por el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México, (pp. 97)

Instituto Nacional de Envejecimiento, Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América, Universidades de Pennsylvania, Maryland, Wisconsin & el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM / Mexican Health and Aging Study MHAS*,

Izal, M & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. España: Síntesis.

López García, E.; Banegas, J. A. et. al. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. In *Qual Life Res* Volume 14: 511-520

Marmot, Michael. (2005). *The status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, Henry Holt and Company, New York, 2005, (pp. 319)

Massey, Douglas S, Rafael Alarcón, Jorge Durand & Humberto González (1987), *Return to Aztlán: The Social Process of International Migration from Western Mexico*, Berkeley, University of California Press.

Montes de Oca, V., (2001) Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México, *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 16, No. 3, El Colegio de México, (pp. 585-613).

Montes de Oca, V., A. Molina & R. Avalos. (2008). *Migración, redes transnacionales y envejecimiento*, México, IISUNAM, (pp. 261)

Montes de Oca, V. & S. Garay. (2010). Familias, hogares y vejez. Cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México: 1992-2006. In Ana María Chávez Galindo y Catherine Menkes Bancet, *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006*, Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (en prensa).

Moya, J. & J. Finkelman. (2007). La migración México-Estados Unidos en el contexto de la salud global. In *Salud Pública de México*, vol. 49, número especial, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, (pp. 4-7)

Peña, Florencia, Patricia Ravelo Blancas & Sergio G. Sánchez Díaz (2007) *Cuando el trabajo nos castiga. Debates sobre el mobbing en México*, Ediciones Eón y UAM-Azcapotzalco, México (pp. 293)

Pescosolido, Berencie A.; & Wright, Eric R. (2004). The View from Two Worlds: The Convergence of Social Network Reports Between Mental Health Clients and Their Ties. In *Social Science & Medicine* (2004: 58: 1795-1806).

Pescosolido, Bernice A. (2006). Of Pride and Prejudice: The Role of Sociology and Social Networks in Integrating the Health Sciences. In *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 47 (September): 189-208).

Poggio, Sara & Ofelia Woo. (2000). *Migración femenina hacia Estados Unidos: cambio en las relaciones familiares y de género como resultado de la migración*. Universidad de Texas, Ed. Libros para todos, EUA, pp 136.

Ramírez Telésforo. (2009). *El efecto de la migración internacional masculina a Estados Unidos en el trabajo femenino extradoméstico en México. Un estudio de caso en el estado de Guanajuato*. Tesis doctoral. El Colegio de México.

Ruiz Pantoja & Ham Chande. (2007). Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez. *Salud Pública de México* 49 (4): (pp.495-504)

Salgado VN, Díaz-Pérez MJ. (1994). Factores psicosociales y conducta sexual riesgosa para el SIDA en mujeres rurales involucradas en la migración México-Estados Unidos. *Salud Reproductiva y Sociedad*, 1(3):9-12.

Salgado de Snyder, N. (1998). Migración, sexualidad y sida en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales. In Lerner, S. e I. Szasz, comp., *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde las perspectivas de las ciencias sociales*, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, (pp. 155-171)

Salgado de Sydener VN, Wong R. (2003). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública

Salgado de Snyder, N. (2007) Aging, Health and Migration: the voices of the elderly in Mexico. In Angel, J. y K. Whitfield (Eds.), 2007. *The Health of Aging Hispanic. The Mexican-Origin Population*, Springer, USA, (pp. 121- 133)

Santillanes Allande, Nadia Irina. (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.

Seefoó JL. (2005). *La calidad es nuestra, la intoxicación... ¡de usted! Atribución de la responsabilidad en las intoxicaciones por plaguicidas agrícolas, Zamora, Michoacán, 1997-2000*. Zamora: El Colegio de Michoacán, (pp. 348)

Shawan Malia Kana 'Iaupuni, Katharine M. Donato, et. al. (2005). Counting on Kin: Social Networks, Social Support, and Child Health Status. In *Social Forces* Volume 83(3): 1137-1164.

Siegrist Johannes & Marmot Michael. (2006). *Social Inequalities in Health*, Oxford University Press, New York, (pp.258)

Triano Enríquez, Manuel (2006) “Reciprocidad diferida en el tiempo: análisis de los recursos de los hogares dona y envejecidos”, en González de la Rocha, M. *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*, México, Publicaciones de la Casa Chata / CIESAS, 227-342.

Tuirán, Rodolfo (1996). Las trayectorias de vida familiar en México: una perspectiva histórica. In *Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales*, SOMEDE, México, (pp. 7-14)

Van Dijk Sylvia. (2006). *Las voces de niños, niñas y adolescentes sobre el impacto del proceso migratorio*. FIA, CONACyT, IIEDUG, Gobierno de Guanajuato y Universidad de Guanajuato, Guanajuato. (pp. 128).

Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, et. al. (1998) Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*; 55(9): 771-778.

Vilar, E. & C. Eibenschutz. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente en salud pública, In *Gerencia y Políticas de Salud*, july-december, vol 6, No.013, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, (pp. 11-32)

Wadsworth, M. E. J., Butterworth, S L., Hardy, R. J., Kuh, D.J., Richards, M., Langenberg, C., Hilder, W.S. and Connor, M. (2003). The life course prospective design: an example of benefits and problems associated with study of longevity. In *Social Science and Medicine*, No. 57, (pp. 2193-2205)

Wong, Rebeca. (2003). La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género. In *Envejecimiento en la pobreza: género, salud y calidad de vida* edited by V.N. Salgado-de Snyder & R. Wong, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (pp. 97-122).

Wong, R., A.Palloni & B. Soldo (2007) Wealth in Middle and Old Age in Mexico. The role in International Migration, *The International Migration Review*, New York, Spring, Vol. 41, (pp. 127).

Ydreborg, Berti; Ekberg, Kerstin. et. al. (2006). Health, quality of life, social network and use of health care: A comparison between those granted and those not granted disability pensions. In *Disability and Rehabilitation*, Volume 28 (1), January: 25-32.