

Migración internacional y atención a la enfermedad en familias pobres urbanas.

Leticia Robles Silva.

Cita:

Leticia Robles Silva (2007). *Migración internacional y atención a la enfermedad en familias pobres urbanas*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/651>

Migración internacional y atención a la enfermedad en familias pobres urbanas

Leticia Robles Silva¹

La migración internacional y las remesas

Migrar a los Estados Unidos constituye una experiencia con múltiples aristas, algunas benéficas, otras no. En términos de salud, diversos estudios documentan mejores condiciones de salud para migrantes residentes en aquel país, pero también la exposición a una diversidad de factores de riesgo que los llevan más rápido a la enfermedad y a la muerte; además de ello, de acuerdo a su condición de residencia pueden o no tener acceso a los servicios de salud. Los migrantes indocumentados son quienes sufren no sólo de peores condiciones de salud, sino también de estar excluidos de los servicios de salud. Si bien esta preocupación por la relación migración-salud se había centrado en los grupos más jóvenes, recientemente se extiende a las condiciones de los ancianos, particularmente de los mexico-americanos. Y cuyos hallazgos muestran una repetición del mismo patrón, sus condiciones de salud y bienestar están por debajo de los niveles del grupo de blancos en Estados Unidos.

Pero dicha migración afecta también a quienes residen en México, ya sea a los propios migrantes o a sus familias. En el caso de migrantes que retornan a México durante la ancianidad se registran por una parte mejores niveles de bienestar en comparación de ancianos no-migrantes (Wong, Palloni y Soldo, 2007), pero enfrentan el hecho de no tener acceso a los servicios de salud (Ross, Pagán y Polsky, 2006). Igualmente, se dice que la migración crea condiciones de intercambios transnacionales no sólo del norte hacia el sur, sino también viceversa, y no sólo de dinero sino también de bienes, ideas, identidad (Grieshop, 2006). En cuestiones en salud también se da este intercambio. Las mujeres guatemaltecas migrantes en Estados Unidos, reciben medicamentos y remedios de manera regular de sus familias en Guatemala, pero también hablan por teléfono para solicitar consejo para la atención de alguna enfermedad. De manera más esporádica, ellas envían medicamentos o vitaminas a sus familiares en Guatemala o regresan a su país para someterse a una cirugía (Menjívar, 2002). Sin embargo, el flujo de dinero del exterior hacia las familias de los migrantes internacionales constituye un medio para enfrentar los gastos en salud. Las remesas se destinan principalmente a la satisfacción de necesidades básicas de las familias y entre esos gastos se encuentran los de salud (Arroyo y Corvera, 2003); de acuerdo a Canales (2004), 15% de las

¹ Universidad de Guadalajara. Correo electrónico lrobles@cucs.udg.mx

remesas que reciben familias en Teocaliche, Jalisco se destinan a gastos de salud, sobretodo en hogares con niños y ancianos.

Si bien es indiscutible el papel de las remesas en el gasto de salud, también poco se conoce sobre cómo son utilizadas a nivel familiar, es decir, se sabe que se gasta en salud, pero no sabemos qué aspectos de la atención a la enfermedad se resuelven con dichas remesas. En este sentido, el presente trabajo tiene la finalidad de mostrar que aspectos de la atención a la enfermedad se resuelven con las remesas, bajo cuales circunstancias se destina este dinero para cubrir los gastos de salud, y si las remesas constituyen un elemento de una mejor atención a la enfermedad en comparación a familias sin migrantes internacionales. Para ello se analizan los datos de un estudio etnográfico con familias pobres urbanas que tienen un enfermo crónico adulto o anciano.

El estudio etnográfico

Los datos provienen de un estudio realizado con 25 unidades domésticas del barrio de Oblatos en la ciudad de Guadalajara, México.

La estrategia fue visitar las 6,325 viviendas del barrio y preguntar por enfermos con diabetes que vivieran en dicho hogar. Así se localizaron 788 enfermos en 756 hogares. De esa lista de enfermos se seleccionó a 27 enfermos a quienes se les entrevistó en tres ocasiones en sus hogares. Un análisis preliminar de esas entrevistas permitió identificar a sus cuidadores, entrevistados entre dos y cuatro ocasiones. Además de entrevistar algunos familiares.

El trabajo de campo se realizó en varias fases entre octubre de 1997 y febrero de 2000 con el fin de dar seguimiento a la vida de estos enfermos y sus cuidadores y poder registrar cambios en torno al padecimiento y al cuidado. De las 97 entrevistas, 31 fueron grabadas y el resto se registró en notas de campo. Todo el material fue procesado en el programa Ethnograph. Las entrevistas fueron inicialmente organizadas por temas; posteriormente, se procedió a un análisis de contenido cuyo fin era analizar las argumentaciones de los propios sujetos (Kuhn,1991) acerca de sus conductas u acciones y las interpretaciones que hacen de ellas.

Los enfermos fueron doce mujeres y 15 hombres cuya edad oscilaba entre 40 y 91 años, 60% eran de los hombres y la mitad de las mujeres eran ancianos. 86% de los hombres enfermos estaban casados a excepción de dos de ellos, uno viudo y otro separado; en cambio, el estado civil de las enfermas era más diversificado. La mitad de ellas eran viudas, 41% estaban casadas y solamente una era soltera. Dos enfermas trabajaban y 60% de los hombres enfermos

continuaba trabajando aún cuando fueran pensionados. Su descendencia estaba formada por 6.0 hijos vivos y 9.0 nietos en promedio. 72% vivían en familias extensas. Todos eran de origen rural, con excepción de Hermila y Aurora que eran tapatías; todos migraron a Guadalajara en las décadas de 1950 a 1970 y venían de poblaciones del interior del estado de Jalisco y Estados circunvecinos en busca de trabajo para mejorar sus condiciones de vida. Ninguno terminó la primaria y habían trabajado en el sector formal hasta que la crisis económica de la década de 1980 expulsó a una parte de ellos al trabajo informal.

17.6% de los enfermos padecía una enfermedad crónica, 52.9% sufría de dos y 29.5% tenía tres o cuatro padecimientos crónicos. Además de la diabetes, padecían hipertensión arterial, accidente vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, ceguera y artritis. La diabetes la habían padecido durante 12 años en promedio y sus otros padecimientos crónicos durante nueve años. Todos los enfermos requerían de algún tipo de cuidado ya que sufrían de diferentes grados de dependencia.

La migración en las familias de los enfermos

Oblatos ha tenido una vocación migrante por lo menos desde la década de 1980; de acuerdo a un estudio realizado en San Onofre, la zona central del barrio, 30% de los hogares contaban con al menos un miembro migrante activo o inactivo en Estados Unidos en 1982 (Massey y cols., 1991). Igual sucedía en las familias de los enfermos entrevistados, 85% de los enfermos o sus cónyuges fueron migrantes rurales, y en tres hogares los jefes de familia migraron temporalmente a los Estados Unidos. Sus hijos continuaron esta misma trayectoria tanto a nivel nacional como internacional. 58% de las familias de los enfermos contaban con uno o dos hijos migrantes, de las cuales 33% tenían al menos un hijo en Estados Unidos, la mayoría hombres; y después de más de una década de estar allá, algunos habían logrado la residencia, pero otros continuaban en calidad de indocumentados. Pero todos enviaban dólares a sus padres, unos de manera más regular y otros menos.

Niveles de bienestar en las familias con migrantes

La existencia de hijos migrantes en Estados Unidos era un elemento que mejoraba las condiciones de estas familias. Las remesas que enviaban ayudaban en mucho a la sobrevivencia de la unidad doméstica de sus padres. Lo que acontecía con la vivienda es solo un ejemplo. Las casas de los enfermos que experimentaron mejoras fueron precisamente aquellas donde había hijos migrantes que residían en Estados Unidos con una antigüedad

mayor a cinco años.

Cornelio tenía dos hijos allá, que se fueron en 1987 y desde 1999 venían cada año a visitarlo. En la última visita que les hice a principios de 2001 me encontré con un casa totalmente remodelada: piso de mejor calidad, muebles de baño nuevos, pintaron la casa y, a Esther, la esposa de Cornelio, le instalaron una cocina integral con horno de microondas y un refrigerador nuevo. Al preguntar quien pagó todo eso, la respuesta fue que uno de sus hijos que vino “del otro lado”.

Las familias que carecían de migrantes en Estados Unidos enfrentaban una vida más difícil, dado que los recursos competían por múltiples demandas. La de Emiliano era una de ellas. A los 54 años sufrió una embolia y la diabetes se le complicó, quedó paralizado de la mitad de su cuerpo. Ya no trabajó como chofer de taxi. Su esposa, Ma. de Jesús, era enfermera en un sanatorio particular y asumió el papel de jefa de hogar. Su hijo más joven era también taxista y su hija vendía ropa usada en los tianguis pero de forma irregular. No tenía ningún hijo migrante en Estados Unidos. Los ingresos de la unidad doméstica se diluían entre varias demandas: los gastos de atención de Emiliano; los gastos de dos niños, sus nietos, que acudían a la escuela primaria y secundaria; los gastos de reproducción social de sus integrantes y una casa que requería reparaciones. La casa no recibió mantenimiento, los recursos no alcanzaban. Esta diferencia se presentaba también con respecto a la atención a la enfermedad, donde la existencia de un hijo migrante en Estados Unidos posibilitaba o no acceder a una atención más diversificada y hasta cierto punto de mejor calidad. La vía por la cual la migración permitía esto era principalmente a través de las remesas.

Dichas remesas servían para cubrir los gastos de la atención a la enfermedad en seis rubros: consulta médica; medicamentos e insumos terapéuticos; tecnología médica; intervenciones terapéuticas, hospitalarias o quirúrgicas; contratación de cuidadora; y funeral.

Ir a lo privado o quedarse en lo “gratis”

Casi todos los enfermos utilizaban tanto los servicios públicos como los privados para la atención a su enfermedad; de los públicos acudía al IMSS porque 60% tenían derecho a la seguridad social, quienes no, acudían a los servicios de la Secretaría de Salud, o a los dispensarios. De los privados, únicamente 21% de los enfermos acudieron a la consulta médica privada y en general, era una acción temporal.

Acudían al médico particular por un período de tiempo y después dejaban de ir, la razón

fundamental eran los costos a largo plazo, ya que el costo por una consulta fluctuaba entre 15.77 y 21 dólares, lo que representaba una semana de salario mínimo, o casi 20% del monto de un mes de la pensión que recibía Cornelio como jubilado del IMSS; esto sin contar los costos de los medicamentos o los análisis clínicos que solicitaban los médicos, que en muchas ocasiones consumían el ingreso de un mes de pensión. Precisamente quienes utilizaron el servicio privado fue porque tenían hijos migrantes en Estados Unidos que les enviaban, periódicamente, una remesa que los enfermos ahorraban y destinaban para esto. Y el acudir a la medicina privada significaba una mejor opción que las instituciones públicas.

Para Ma. de Jesús la atención médica del IMSS era de tan mala calidad que no ayudaba realmente a los enfermos. La privada era mejor. Esa había sido la experiencia con su madre. Aunque Ma. de Jesús, en ocasiones, hizo esfuerzos por buscar alternativas privadas, los costos la obligaron a regresar y aceptar la mala atención del IMSS. Esto se dio sobre todo al final de la trayectoria de su esposo, ya que las hospitalizaciones eran recurrentes y en las condiciones económica en las que se encontraba no tenía opciones.

".... porque pues yo estoy viviendo en mi esposo, de que pues ya no ve y entonces, por más que pos necesitaría ir usted con un doctor de paga, pues y para un doctor de paga se me hace mucha consulta, mucho pagar consulta, aparte medicamentos, ¿eda?, entonces pues se me hace una cosa exagerada y así es de que no haya usted a dónde, si irse para un lado o para otro, porque acá en el seguro [IMSS] no le revisan nada..."

Pero no es únicamente la remesas, sino también la visita de los hijos migrantes lo que facilita el acceso a esta medicina privada. Blanca, la hija de Gregorio, vivía en Estados Unidos desde hacia 32 años y cada año visitaba a sus padres, unos ancianos de cerca de 90 años, así como a su hermana que vivía con ellos y estaba confinada a una silla de ruedas. En todas las ocasiones, durante su estancia en Guadalajara, Blanca los llevaba con el médico particular para que los revisara y recetara lo necesario para sus enfermedades. Todos los gastos los cubría Blanca.

La dotación o la escasez de insumos terapéuticos

Nicolasa y Juan tenían dos hijos migrantes en calidad de residentes en Estados Unidos, quienes enviaban remesas periódicamente a sus padres; Nicolasa siempre ahorraba dichos dólares. Ambos tenían acceso a la seguridad social y Juan recibía su dotación de medicamentos en el seguro social; sin embargo, Nicolasa destinaba parte del ahorro en dólares a comprar medicamentos o remedios para su esposo, ya que le compraba cuanto remedio le

recomendaban. Incluso podría cubrir costos de desplazamiento fuera de Guadalajara para conseguir algún remedio para su esposo. En una ocasión viajó a Querétaro, para conseguir el “agua milagrosa de tlacote”, gastos que cubrió con las remesas.

En cambio María de Jesús estaba en el extremo opuesto. Sin hijos migrantes, y como jefa de hogar trabajando de enfermera en el turno nocturno noche, su salario si apenas le alcanzaba para la manutención del hogar y los gastos para el cuidado. Su esposo Emiliano era beneficiario del IMSS, pero no siempre le cubrían todo lo que se necesitaba, es decir, no lo dotaban con todos sus medicamentos o no le realizaban sus análisis; lo mismo sucedía con la propia Ma. de Jesús, quien también estaba enferma de diabetes. En ocasiones cuando se terminaba el medicamento, prefería comprar para su esposo pero no para ella, como me explicaba

"... pues si gasto pero -¿para comprar la medicina de su esposo?- ¡ah eso sí! eso sí porque pos' eso si, yo como sea, a veces digo 'ah pos' no tengo' pero si tengo sí las compro... -¿usted siempre piensa primero en él, que tenga las suyas [las medicinas]- ¡sí!, porque él está más malito que yo..."

Esto significaba que María de Jesús no tomaba sus medicamentos por varios días hasta que llegara el día de su cita con el médico del IMSS.

Esto se repetía con otro tipo de insumos terapéuticos como cuando se prescribe la diálisis ambulatoria. Mientras Nicolasa y sus hijos acondicionaron la habitación que se requería y compraron los insumos necesarios para hacerle la diálisis a Juan; Eva, se negó a ello en el caso de su hija, y el único motivo fue la falta de recursos económicos. Viuda, con una pensión de la seguridad social y vendiendo dulces a la puerta de su casa, sin hijos migrantes, ni tampoco apoyo de ellos, apenas si sobrevivía. Con sus ingresos no podía ni siquiera comprar la pintura para el cuarto de la diálisis, mucho menos todos los insumos necesarios para su realización.

La tecnología médica o los métodos de “tanteo”

Los hijos migrantes jugaban un papel central en la posibilidad de pagar los costos de atención privada, pero también en el acceso a la tecnología médica. Hoy día es común que los médicos recomienden el monitoreo del azúcar en casa, lo que es posible gracias a un glucómetro. Los que poseían este tipo de aparatos eran los que tenían hijos migrantes en Estados Unidos, que los compraban allá y se los enviaban. Moisés tenía dos hijos migrantes, quienes afrontaban los

principales gastos de la atención médica de su padre, quién poseía dos glucómetros que le enviaron sus hijos, uno de los cuales le regaló a un hermano enfermo de diabetes. Juanita usualmente utilizaba una rudimentaria silla de ruedas elaborada por su padre, consistente en una silla de madera tejida con lazo y una rueda en cada pata; pero cuando requería salir de casa utilizaba la silla de ruedas que le envió su hermana Blanca de los Estados Unidos, un modelo con la tecnología más avanzada en sillas de ruedas sin motor.

En el extremo opuesto estaba quienes no tenían hijos migrantes y que la tecnología no formaba parte de sus alternativas. La necesidad de medir la azúcar en sangre, entonces se realizaba a través de otros medios. En el hogar de Esther, únicamente trabajaba su esposo y un hijo varón, y compraban latas de refrescos para después venderlas; cuando ella sospechaba que le subía el azúcar, y para no gastar en un análisis, probaba sus orines, si sabían dulce, entonces la traía alta. Otros de los enfermos, optaban por hacerse el análisis de sangre de manera esporádica y generalmente cuando se sentían mal. Mientras Moisés podía saber con exactitud cual era la cifra de azúcar en cualquier momento, Esther solamente tanteaba que estaba alta.

El hospital privado o público

Una serie de intervenciones son necesarias durante las crisis de la enfermedad. En ocasiones se resuelven con la hospitalización, otras es necesaria una cirugía o una intervención terapéutica con alta tecnología. La seguridad social ofrece cualquiera de estas, pero los largos tiempos de espera, generalmente de varios meses, los hacen inviables en condiciones de crisis. Rafael sufrió de una embolia, y su hija Marta junto con sus hermanos decidieron llevarlo a un hospital particular ante el hecho de que en el seguro social no lo atendían en urgencias. Cornelio comenzó a perder la vista y era necesaria una intervención con rayo láser, pero al darle la cita varios meses adelante y apenas para la revisión con el oftalmólogo, decidieron llevarlo con un médico particular quien le realizó la intervención a la semana siguiente. Moisés sufrió de pie diabético y lo llevaron con un cirujano cardiovascular en la consulta privada. Todos los gastos de estas intervenciones de especialidad y con alta tecnología y en consultorios u hospitales privados fue posible porque sus hijos migrantes pagaron los gastos médicos y los insumos requeridos.

La experiencia de Hermila era totalmente diferente. Ella sufrió de una embolia y fue atendida en el hospital del seguro social, cada vez que presentaba una crisis era llevada a urgencias del

mismo seguro social, y generalmente su hija Lupe o Armando debía reclamar que no atendían con prontitud a su madre. Incluso cuando su madre requirió de una silla de ruedas y después una cama de hospital, recurrieron a Caritas para rentar la silla y la cama. No les quedaba otra opción, porque no tenían recursos para pagar atención médica en el nivel privado ni para comprar una silla de ruedas, así que la única opción era recurrir a una organización no gubernamental que les rentaba ambas por una cantidad simbólica, 20 pesos al mes. Hermila no tenía hijos migrantes.

La contratación de una cuidadora

En Oblatos, y entre estas familias, la contratación de una cuidadora para ayudar al cuidado del enfermo cuando ya está muy deteriorado no formó parte de las estrategias para enfrentar la atención de la enfermedad. Aunque la razón deriva más de una cuestión cultural, en el sentido, de que para estos enfermos y sus hijos, la obligación de cuidar a los padres es de la familia, no de extraños. Pero también están sus costos. Sin embargo, en circunstancias muy especiales se da la contratación de algún familiar para el cuidado de un enfermo.

Emilia, cuidaba a su esposo Gregorio de 92 años y a su hija Juanita de 56 años. Emilia tenía 86 años cuando murió en septiembre de 2000; un día por la tarde sufrió de un fuerte dolor en el pecho, que ya había presentado en dos ocasiones previas. A la mañana siguiente murió a causa del corazón, según dijeron los médicos. La muerte no sólo se llevó a Emilia, sino también a la cuidadora de Gregorio y Juanita.

Blanca, hija de Emilia que vivía en Estados Unidos, "contrató" a Delfina, una prima de 60 años, soltera, que había cuidado a sus propios padres y residía en un pueblo de Los Altos de Jalisco, para que cuidará a su padre y hermana. Además de la alimentación, le pagaba mensualmente un sueldo, dinero que enviaba desde Estados Unidos. Delfina permaneció un año y se regresó a su pueblo. A principios de 2001 Catalina llegó al hogar de Gregorio y Juanita, ella era sobrina de Juanita, de 30 años, divorciada, hija de su hermana que vivía en Santa Cecilia, que "andaba en malos pasos y rodando por la calle". Ella sustituyó a Delfina. Esta vez, el arreglo fue dejarla vivir ahí junto con su compañero, darle una cantidad de manera regular, a cambio de cuidar a ambos enfermos. Esta contratación de una cuidadora sólo fue posible por la presencia de una hija migrante en Estados Unidos.

El pago del funeral

Es evidente que la muerte implica el fin de la atención a la enfermedad, pero no del enfermo,

ya que a éste hay que enterrarlo.

Nicolasa, que como vimos anteriormente, ahorra de las remesas, compró una propiedad en el panteón municipal "Guadalajara". Sin que nadie se enterara, destinaba una parte de lo que ahorra, de los dólares que le enviaban sus hijos migrantes en Estados Unidos, para los gastos del funeral. Pero para María de Jesús el funeral implicó un gasto catastrófico. Sin ahorros, sin hijos migrantes, se vio en la necesidad de pedir un préstamo en la caja de ahorros donde era socia. Préstamo que posteriormente tuvo que pagar en seis meses con sus respectivos intereses.

Conclusiones

Las remesas constituyen una importante fuente de ingresos económicos para millones de familias mexicanas. Y estas constituyen en ocasiones la diferencia entre la pobreza y la extrema pobreza, o la posibilidad de salir de ella. Los cálculos económicos han mostrado lo que sería la situación de las familias sin estos dólares que llegan del otro lado. La diferencia no es únicamente económica sino también en la calidad de vida, la diferencia entre tener hijos migrantes o no para estos enfermos implica la disponibilidad o no de recursos para atender la enfermedad. La ausencia de este recurso económico derivado de la migración internacional puede llegar al extremo de que los enfermos no tengan acceso a ciertos procedimientos terapéuticos, que si bien no los cura, si mejoran su calidad de vida y sus niveles de bienestar.

Los estudios y la discusión sobre las remesas, me parece han sobre-enfatizado sus beneficios a nivel de inversión en capital humano, particularmente lo referente a gastos de salud en niños y adolescentes, y la inversión en empresas productivas. Lo cual deja de lado otras funciones sociales a nivel familiar que las remesas pueden tener, como es en el caso de la atención a la enfermedad crónica en adultos y ancianos. En este sentido, me parece que la discusión debería incorporar el papel que tienen las remesas en la reproducción social de todos los integrantes de la familia. Esto implica reconocer que las remesas no sólo se invierten en los integrantes sanos sino también en los enfermos; y que esta función varía de acuerdo a la etapa de la familia. Al tratarse de las fases finales en el ciclo de vida familiar, las remesas no están orientadas a resolver las condiciones de salud de niños, ni de madres jóvenes, sino la de adultos y ancianos enfermos. Y que no puede considerarse como una inversión en capital humano, sino como parte de la reproducción social de individuos particulares en condiciones de dependencia, quienes requieren de una serie de recursos materiales y sociales para atender su enfermedad y

las necesidades derivadas de estar enfermo.

Bibliografía

- Arroyo, J, y I Corvera. 2003. Actividad económica, migración a Estados Unidos y remesas en el occidente de México. *Migraciones Internacionales* 2 (1):36-58.
- Canales, A. 2004. Vivir del Norte: perfil sociodemográfico de los hogares perceptores de remesas en una región de alta emigración. In *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, edited by M. Ariza and O. d. Oliveira. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- De la Rosa, J, L Romero, y AA Pérez. El alcance económico de las remesas en México: consumo de las familias receptoras. *El Cotidiano* 140.
- Griehop, J. 2006. The *envios* of San Pablo Huixtepec, Oaxaca: Food, home, and transnationalism. *Human Organization* 65 (4):400-406.
- Menjívar, C. 2002. The ties that heal: Guatemalan immigrants women's networks and medical treatment. *The International Migration Review* 36 (2):437-466.
- Ross, S, J Pagán, y D Polsky. 2006. Access to health care for migrants returning to Mexico. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 17 (2):374-385.
- Wong, R, A Palloni, y B Soldo. 2007. Wealth in middle and old age in Mexico: The role of international migration. *The International Migration Review* 41 (1):127-151.