

# **MIGRACIÓN: DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO Y EE.UU.**

*Juana Isabel Vera López<sup>1</sup>*

## **RESUMEN**

En 2014, México registró 10% de población adulta mayor; mientras EE.UU., un 20%. Se estima que en 2050, esta población se incrementará hasta alcanzar un 26% y 27%, respectivamente. En ambos países se carecen de programas para atender la salud de esta población vulnerable. El objetivo de este artículo es conocer el estado actual del adulto mayor inmigrante mexicano en EE.UU., y del adulto mayor mexicano con familiares en EE.UU., para determinar de qué manera obtienen los servicios de salud. En la metodología se realizó un análisis exploratorio mixto de tipo cualitativo-cuantitativo considerando documentos oficiales tanto de EE.UU., como de México. En los resultados se obtuvo que las políticas públicas en salud deben ser incluyentes y fomentar redes de apoyo social.

**PALABRAS CLAVE:** Envejecimiento, Migración, Salud

---

<sup>1</sup> Doctora en Ciencia Política y Administración Pública, El Colegio de la Frontera Norte, Correo Electrónico: [jvera@colef.mx](mailto:jvera@colef.mx).

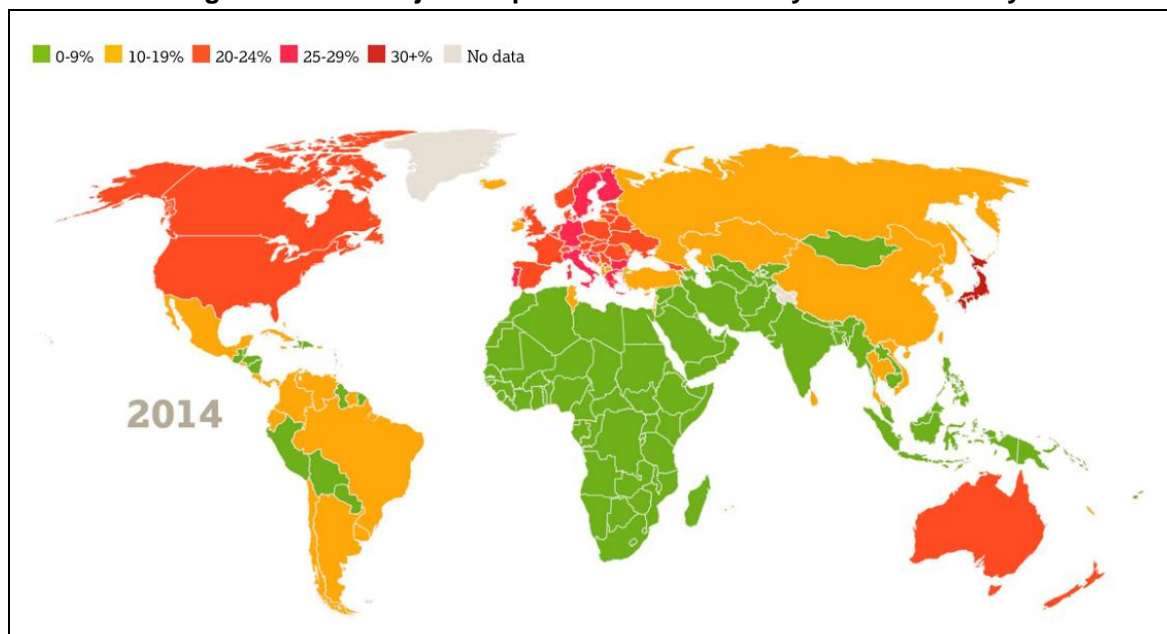
## 1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

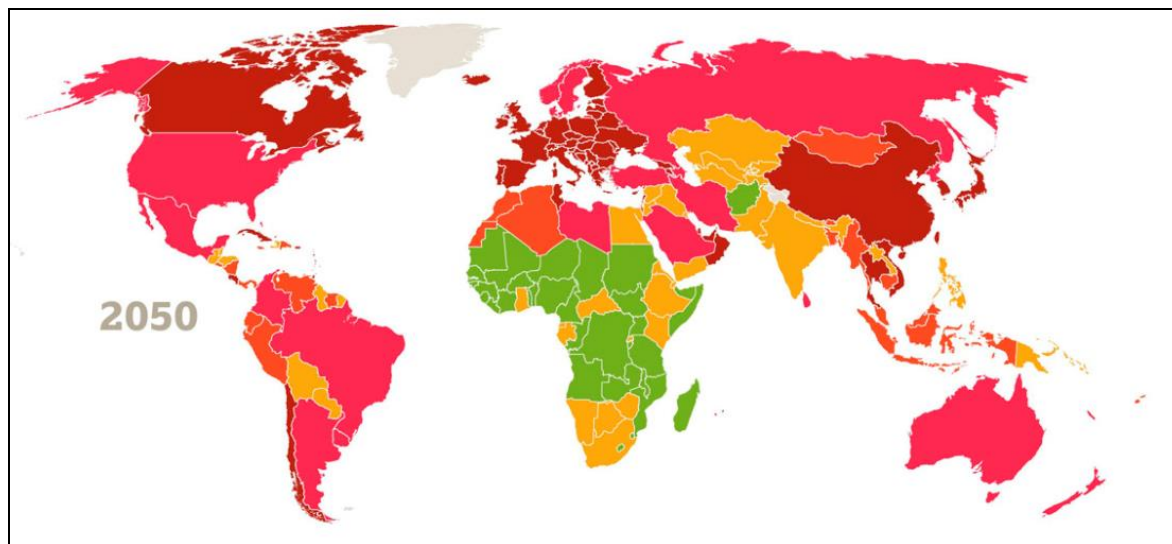
La dinámica demográfica ha cambiado a nivel mundial, se observa que la transición demográfica traerá consigo menores tasas de natalidad, un aumento en la esperanza de vida de la población y su consiguiente envejecimiento.

En 10 años más, la población mundial se conformará por 1 billón de adultos mayores, de 60 años y más. En la Figura 1 se puede observar el porcentaje de población de 60 años y más para los años 2014 y 2050.

Para 2014, en México se registró un 10% de población adulta mayor; para el caso de EE.UU., es de un 20%. En 2050, la población adulta mayor mexicana se conformará por un 26% de su población total y, en EE.UU. será de un 27%.

**Figura 1: Porcentaje de la población de 60 años y más. Año 2014 y 2050**

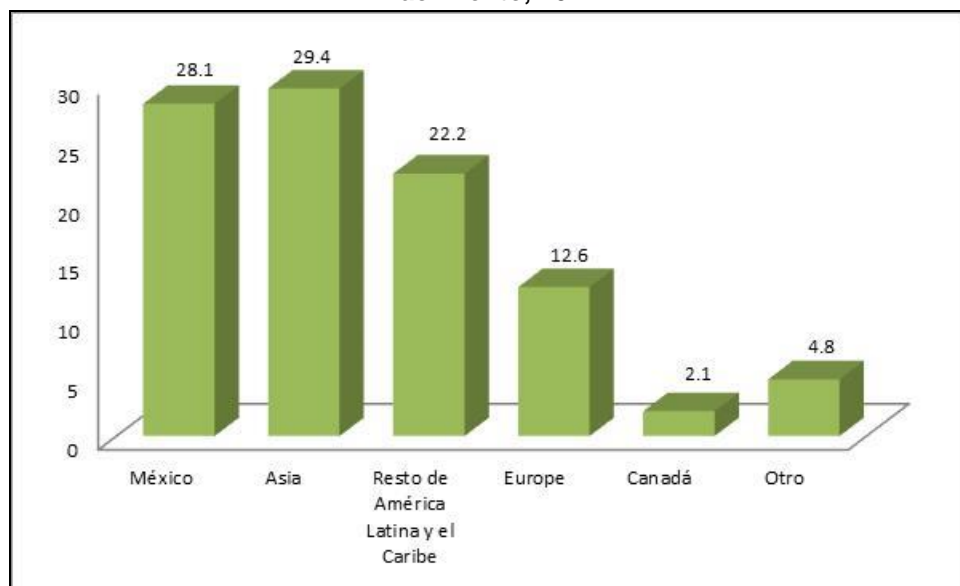




Fuente: HelpAge.org.

En EE.UU., en 2012, la población inmigrante mexicana representó el 28.1% de su población total (observe la Figura 2); siendo un 4% de la población total de EE.UU., de origen mexicano. A fin de comprobar el peso migratorio de los mexicanos residentes en EE.UU., tan sólo esta población y la asiática en conjunto suman el 57.5% de la población inmigrante residente en EE.UU.

**Figura 2: Distribución de la población inmigrante residente en EE.UU., por región o país de nacimiento, 2012**

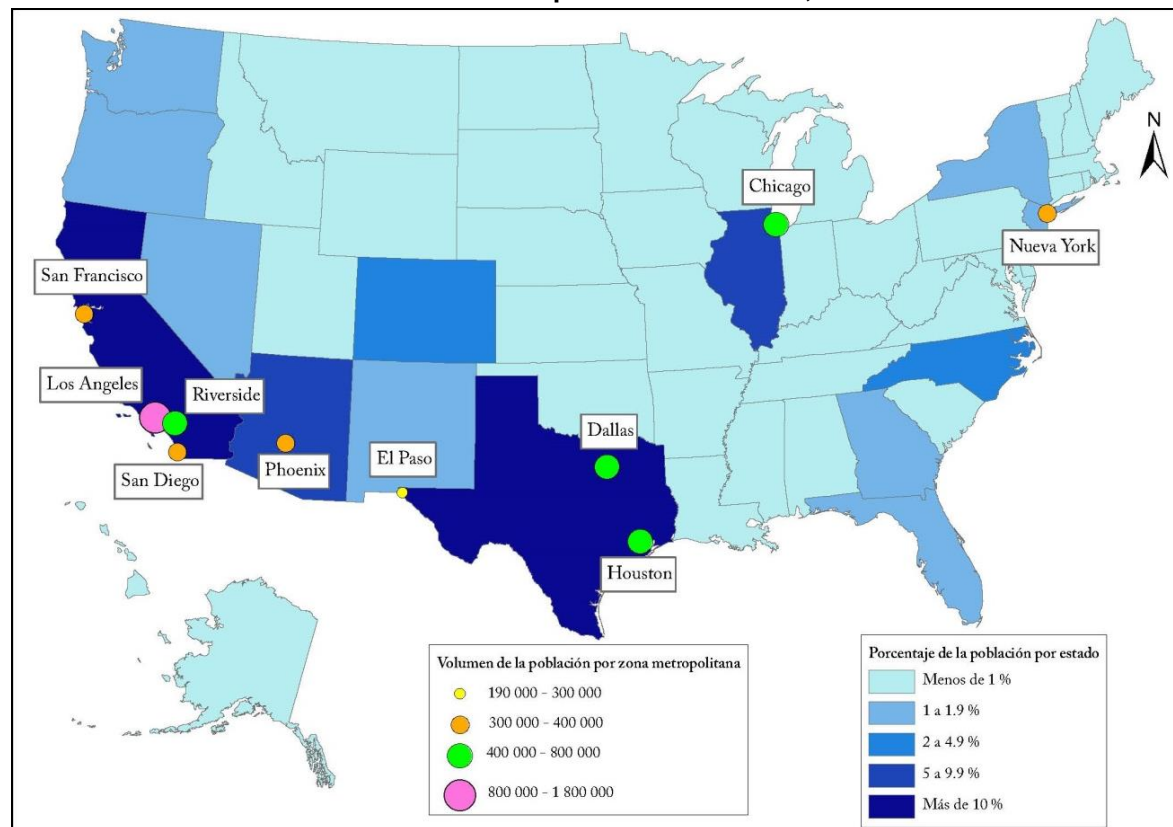


Fuente: Estimaciones del CONAPO, con base en Bureau of Census, Current Population Survey (CPS), marzo de 2012.

En EE.UU. residen 11,778,922 mexicanos (CONAPO, 2013), siendo el 53% hombres y el 47% mujeres. Esta población total, por grupos de edad se conforma de la siguiente manera: 0-14 años (3.5%); 15-29 años (21.8%); 30-44 años (39%); 45-64 años (28.5%); y, 65 años y más (7.2%).

El 73% de esta población total no cuenta con la ciudadanía estadounidenses, el 27% sí cuenta con esta. En relación con su condición de movilidad durante el último año, se observa que en 2012, el 97% no eran migrantes (ellos radicaban en ese condado); el 2.5% eran migrantes internos que un año antes residieron en un condado distinto al actual y, el 0.5% eran migrantes internacionales provenientes de otro país que se trasladaron a los EE.UU.

**Figura 3: Porcentaje por estado y volumen de población inmigrante mexicana en las 10 principales zonas metropolitanas en EE.UU., 2013**



Fuente: Elaborado por el CONAPO con base en U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), marzo de 2013.

En la Figura 3 se puede observar que las zonas metropolitanas de California y Texas son las que mayor número de población mexicana registran: 4,194,859 y 2,627,543 habitantes (35.6% y 22.3%, de la población inmigrante respectivamente).

Esta inmigración en EE.UU. ha contribuido a que se retrase el envejecimiento poblacional de este país debido a que por ser un foco de atracción, se incrementa el número de habitantes en edad productiva y sus hijos; pero, se espera que en el largo plazo, el envejecimiento de la población de EE.UU. registre cifras similares a las que se observarán en diversos países de América Latina (Secretaría de Gobernación/CONAPO, 2013).

En EE.UU., el sistema de salud es privado y se obtiene por el empleo personal o laboral. Los seguros públicos únicamente son provistos a familias de escasos recursos, pudiendo ser a través del Medicaid y el Medicare<sup>2</sup>. En general, los inmigrantes mexicanos, la mayor parte no cuenta con acceso a los servicios de salud (aproximadamente 6.4 millones de habitantes).

Durante el periodo 2009-2011, los inmigrantes mexicanos que no contaron con un lugar habitual de atención médica por grupo de edad representaron el 29.6% (0-17 años); 41% (18-64 años) y 11.5% (65 años o más). Estas cifras, de acuerdo con la National Health Interview Survey (NHIS, por sus siglas en inglés), superan a las estadísticas registradas por centroamericanos, afroamericanos y nativos blancos no hispanos.

---

<sup>2</sup> Medicaid es un programa federal/estatal para la población de menores ingresos que no están cubiertas por Medicare. Medicare es un programa de aseguramiento en salud federal que paga el seguro de hospital y el seguro de cuidado médico para las personas de 65 años y más de edad y aquellos que tienen alguna discapacidad (Medicare, 2015).

Cabe señalar que la población adulta mayor es el grupo social vulnerable que enfrenta enfermedades crónico-degenerativas, como artritis, alzheimer, diabetes mellitus, pérdida de visión, entre otras. Es por ello necesario que accedan a los servicios de salud.

La población inmigrante mexicana que sí cuenta con servicios de salud utiliza los centros o clínicas de salud. Un 77.2% de la población de 18 a 64 años, de acuerdo con cifras de la NHIS, consideran su salud como regular o mala, pero se puede considerar que esta situación se debe a que no realizan continuamente chequeos médicos para conocer su estado de salud, lo cual se debe a factores económicos, sociales, culturales e institucionales.

En México, en 2013, sólo un 30% de los adultos mayores tiene acceso a una pensión, lo cual le provee del servicio de salud. De los adultos mayores que percibieron derechohabencia un 38.3% se encontraban afiliados al IMSS, 9.3% al ISSSTE, 20.4% al Seguro Popular y 4.1% a otra institución.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) realizada por INEGI durante el periodo 2006-2010, las entidades federativas con mayor porcentaje de población emigrante fueron: Guanajuato (11%) y Michoacán de Ocampo (7.8%).

En el marco teórico, se consideraron las teorías sociológicas del envejecimiento. Gognalons-Nicolet y Díaz-Tendero (2011), establecen tres generaciones de teorías, dentro de las cuales, en la tercera generación de las teorías vinculantes, se encuentra la teoría de la economía política del envejecimiento, la cual fue de interés para tomar como eje en este trabajo. Esta aproximación considera al adulto mayor como parte de la estructura social, en la cual él es portador de determinados programas sociales provistos por el Estado. De acuerdo a su escala social y posición en esta estructura social, es como puede acceder a estas prestaciones

sociales. Uno de estos derechos sociales que obtiene es el derecho a la salud, el cual fue producto de la lucha de generaciones anteriores para garantizarlo a la sociedad.

El objetivo de este documento es conocer la situación del adulto mayor mexicano migrante que radica en EE.UU., así como aquel que tiene familiares en ese país, para determinar de qué manera obtiene acceso a los servicios de salud.

La hipótesis es que se requiere implementar políticas en salud para la población adulta mayor mexicana residente en EE.UU., así como para aquella población residente en México con familiares que radican en EE.UU. Como la mayor parte de esta población no cuenta con programas sociales que los atiendan, existe la necesidad de conformar redes de apoyo para proveerlos de los recursos económicos y cuidados.

El derecho a la salud para el adulto mayor es considerado dentro del texto del *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, en la *Orientación Prioritaria II. Salud y bienestar en la vejez*. Esta orientación menciona que el adulto mayor debe contar con servicios de salud preventiva, curativa, de rehabilitación y servicios de salud sexual.

El derecho a la salud se fundamenta en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el cual los Estados reconocen el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud se define como "la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud". Es por ello que todos los recursos con que cuenten las instituciones de salud deben garantizar que la población reciba la atención necesaria y pueda

esta ser otorgada bajo una contraprestación financieramente justa, para quienes solicitan el servicio.

El tema del envejecimiento es relativamente reciente su interés de investigación por parte de la comunidad científica. Es a través de los procesos económicos, sociales, demográficos, que ha iniciado a cobrar interés el planificar qué tipo de sociedad se desea construir en un futuro cercano.

En México, relacionado el envejecimiento con la migración, son pocos los estudios existentes, se pueden señalar entre ellos a Caprón, G., y González, S. (2010); Montoya, B., y López, R. (2010); López, A. (2008), Partida, V. (2004).

En tanto que, acerca del tema del envejecimiento, la migración, salud y redes de apoyo, se tienen los trabajos de Montes de Oca y Sáenz (2013), que analizan las estrategias de los hijos e hijas migrantes y no migrantes en México y EE.UU., para atender las necesidades de los adultos mayores en sus familias, en especial, su salud física y mental.

En esta investigación, los autores parten del estudio de "Envejecimientos, familias y desarrollo social en México y Estados Unidos", aplicado en Guanajuato. Para ello, mediante una metodología mixta cualitativa y cuantitativa realizan entrevistas a esta población objetivo y obtienen que las estrategias de redes de apoyo fueron:

- *Los adultos mayores que nunca migraron* tienen el apoyo de quienes se encuentran cercanos a ellos, conservando el soporte económico de sus familiares en el extranjero;
- *Los adultos mayores con hijos en EE.UU.*, que tienen condición ilegal en este país, se encuentran solos y el principal problema de salud que presentan es la depresión. Generalmente, son los hombres quienes migran, dejando a las mujeres en México al



cuidado de los adultos mayores, ellas son las que se encargan del trabajo de cuidado mientras los hombres les envían el dinero;

- *Los adultos mayores residentes en EE.UU.*, con y sin ciudadanía. Los primeros se sostienen de sus pensiones e ingresos de los hijos, teniendo acceso al Medicare, Medicaid y asistencia social; mientras que los no ciudadanos son los más vulnerables porque son inexistentes para la sociedad y sus familias, no tienen seguro médico o pensión, el apoyo que reciben es por las comunidades locales, iglesias, barrio, entre otras;
- *Los adultos mayores que conmutan entre México y EE.UU.*, teniendo apoyos y cuidado en ambos países. Utilizan el Medicare y Medicaid, en EE.UU., y en México acceden a atención médica y medicamentos de calidad a bajos más precios, en comparación con los de EE.UU.

Los adultos mayores mexicanos tanto los residentes en EE.UU., como los de México, son un grupo social vulnerable que requiere de los servicios de salud provistos por el Estado. Es por ello que sus instituciones deben tomar en cuenta la importancia de este sector debido a que, si se realiza un análisis costo-benéfico, se tendría que es más alto el costo social y económico que representa el no brindarles los servicios de salud preventiva y curativa a tiempo, que tener que aumentar el gasto público en salud.

Es por ello que, como medida de contingencia, para brindar cuidado a los adultos mayores, en ambos países se han constituido redes de apoyo para esta población vulnerable.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio exploratorio mixto de tipo cualitativo-cuantitativo, mediante la elaboración de un diagnóstico sobre la población adulta mayor en México e inmigrantes mexicanos

residentes en EE.UU., así como de las estrategias de apoyo con que cuentan para recibir los servicios de salud.

Para obtener los datos correspondientes a EE.UU., se utilizaron estadísticas provenientes de la Encuesta de la Población Actual [Current Population Survey], la Encuesta de la Comunidad Americana [American Community Survey] y la Encuesta de Salud mediante Entrevista [National Health Interview Survey] (CPS, ACS y NHIS, por sus siglas en inglés, respectivamente).

En relación con las estadísticas correspondientes a México acerca de los adultos mayores, se revisó la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS), el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS).

### **3. ANÁLISIS Y RESULTADOS**

El envejecimiento y la migración son fenómenos que requieren de un análisis que tome en consideración el tema del acceso a los servicios de salud. La migración tiene sus detractores porque, en ocasiones se considera su impacto negativo en los países de destino debido a que genera una mayor presión en el mercado laboral de la población nativa, lo cual impacta en los servicios sociales, la educación y la salud pública.

EE.UU., siendo una potencia económica, presenta como que la población que emigra de México, obtiene un mayor bienestar. Esta población se traslada a otro país, en la búsqueda de mejores oportunidades sociales y económicas, sólo que el estatus migratorio es una de sus restricciones porque no todo mexicano que se asienta en territorio estadounidense obtiene la ciudadanía y accede a los servicios sociales. Esta es una de las razones por las cuales, gran

parte de la población mexicana inmigrante, se queda de manera permanente a radicar en EE.UU., aunque carezca del servicio de salud.

Los inmigrantes que dejan a sus familias en México, continúan apoyando económicamente a sus adultos mayores. Les envían remesas para que puedan pagar por su atención médica y medicamentos debido a que sólo un 30% de la población adulta mayor cuenta con acceso a una pensión que le proporcione el servicio de salud, el resto se atiende a través del Seguro Popular. Mientras que los adultos mayores que cuentan con un escaso o nulo apoyo por parte de sus familias, recurren a las redes de apoyos provistas por la sociedad, organizaciones sociales, instituciones de asistencia, entre otros (de igual manera sucede con los adultos mayores que radican en EE.UU., y no cuentan con un seguro).

Ante esta situación, es necesario que las políticas en salud se enfoquen en este grupo social vulnerable para apoyarlo y prevenir a tiempo complicaciones médicas que generarán un mayor gasto social para el Estado. Es recomendable abordar esta situación tomando en consideración los resultados obtenidos en estudios previos, como los realizados para el estado de Guanajuato, los cuales proporcionan una importante fuente de información para conocer más acerca de estas redes de apoyos y emitir recomendaciones que sean consideradas por el gobierno de los EE.UU., para atender a la población mexicana adulta mayor en los servicios de salud necesarios por su condición de edad.

#### **4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En México, el artículo 5, f. III. De la salud, la alimentación y la familia, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, menciona que el adulto mayor debe tener acceso preferente a los servicios de salud. Es por ello, que la población adulta mayor inmigrante mexicano en

EE.UU., y del adulto mayor mexicano con familiares en EE.UU., debe contar con acceso a los servicios en salud.

En principio, es a través de las redes de apoyo familiar y de asociaciones que obtiene esta ayuda, pero también debe ser proporcionada por las instituciones pertinentes. En este caso, por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), como lo enuncia la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

De acuerdo con el Banco Mundial (2011), en América Latina son pocos los países que cuentan con paquetes senior (para adultos mayores), es por ello que se requieren políticas en salud para la promoción y prevención de enfermedades y factores de riesgo que deben ser consideradas dentro de la agenda pública.

En este diagnóstico, se observó que la población adulta mayor mexicana presenta dos situaciones que aumentan su vulnerabilidad:

- 1) La falta de cobertura en servicios de salud (tanto para los adultos mayores residentes en México como en EE.UU.;
- 2) el estatus migratorio, por su condición irregular no cuentan con un registro como residentes legales lo que les impide tener derecho a recibir servicios de salud y de educación en México ni en EE.UU.

**Cuadro 1: Recomendaciones de política pública para mejorar la atención en salud de grupos vulnerables (GV), México, 2014**

Recomendación	Motivo	Estrategia
Mejorar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras que impiden el acceso y la utilización de los servicios</li> <li>• Infraestructura inadecuada de las unidades de salud</li> <li>• Desabastecimiento de medicamentos</li> <li>• Recursos humanos no capacitados para atender las necesidades particulares de GV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratar traductores de lenguas locales</li> <li>• Instalar unidades médicas permanentes en zonas de difícil acceso</li> <li>• Destinar fondos a los sistemas estatales de salud para la compra de materiales (instrumental, mobiliario, medicamentos) necesarios para las unidades de atención primaria</li> <li>• Contratar un número mayor de médicos para zonas rurales y proporcionar incentivos especiales para garantizar su permanencia</li> <li>• Informar y sensibilizar culturalmente a los distintos prestadores de servicios en EE. UU.</li> </ul>
Fortalecer la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de las enfermedades crónico degenerativas y persistencia de las “enfermedades de la pobreza”</li> <li>• Falta de oportunidad en materia de prevención y atención en salud</li> <li>• Modelo de atención enfocado en la biomedicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar modelos enfocados en la atención de las inequidades sociales y de salud</li> <li>• Promover la participación comunitaria en salud y el empoderamiento de la población</li> <li>• Favorecer la atención en salud centrada en las personas y las comunidades</li> <li>• Implementar campañas que informen a los usuarios sobre sus derechos en relación a la salud</li> <li>• Impulsar programas de promoción a la salud enfocados en la prevención y la atención de enfermedades crónicas</li> <li>• Mejorar la calidad de los servicios de salud</li> <li>• Garantizar la coordinación entre niveles de tomadores de decisiones</li> <li>• Establecer un sistema de registro nominal</li> </ul>
Elaborar políticas públicas incluyentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los programas destinados a la atención de los GV no han sido eficaces</li> <li>• Han sido elaborados sin considerar la perspectiva de los GV</li> <li>• Intervenir oportunamente detiene el proceso hacia la vulnerabilidad</li> <li>• No existe una articulación de políticas binacionales en salud para migrantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular estrategias intersectoriales</li> <li>• Incorporar una perspectiva incluyente de los GV</li> <li>• Retomar la evidencia generada por la investigación en salud para la toma de decisiones</li> <li>• Concertar acciones y políticas con otros países (como EE. UU.) para promover la salud de los migrantes</li> </ul>
Incluir a las organizaciones de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las OSC tradicionalmente han trabajado con GV</li> <li>• Responden a necesidades no satisfechas por el sistema de salud</li> <li>• Representan a un sector de la sociedad civil que necesita y debe ser escuchado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer alianzas estratégicas entre OSC, el Estado y el sector privado</li> <li>• Retomar las experiencias exitosas de OSC en la atención en salud de GV</li> <li>• Facilitar la participación de las OSC en la política pública en salud</li> <li>• Elaborar convocatorias de apoyo (económico, técnico) para que las OSC realicen intervenciones específicas</li> <li>• Impulsar los debates públicos entre las OSC y las autoridades públicas de salud</li> </ul>
Fomentar redes de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de enfermedades que requieren cuidados en el hogar</li> <li>• Necesidad de los pacientes de una red de apoyo para mejorar su condición emocional y física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear esquemas alternativos de monitoreo que incluyan a la familia</li> <li>• Crear “centros de día” para integrar acciones educativas, de recreación, preventivas y asistenciales</li> <li>• Incluir en las estrategias de atención a grupos locales organizados</li> <li>• Diseñar acciones específicas por GV</li> </ul>
Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• México ha suscrito compromisos internacionales para implementar acciones públicas focalizadas en los determinantes sociales de la salud</li> <li>• Existencia de recomendaciones de organismos internacionales reconocidos en materia de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los compromisos internacionales suscritos y proceder a su cumplimiento</li> <li>• Incorporar, en el diseño de las políticas públicas, las acciones necesarias para atender las recomendaciones de organismos internacionales como OMS/OPS y PNUD</li> </ul>
Medidas planificadas desde una perspectiva intercultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los centros de atención primaria no disponen de un enfoque intercultural</li> <li>• Existen obstáculos culturales que dificultan una relación médico-paciente adecuada</li> <li>• La oferta de salud no está preparada para las necesidades de los GV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar al personal de salud en temas de interculturalidad</li> <li>• Incluir aspectos interculturales en el plan de estudios de medicina</li> <li>• Comprender que la visión intercultural no sólo sirve para zonas con poblaciones indígenas</li> <li>• Ajustar los programas de salud a las particularidades (idioma, hábitos, creencias) de los GV</li> </ul>
Implementar políticas intersectoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La falta de coordinación y comunicación entre las autoridades e instituciones públicas, en la mayoría de los programas y niveles de atención y de gobierno (federal, estatal, municipal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover reuniones entre las instituciones que atienden a los GV y las autoridades públicas (nivel decisores) para acordar acciones conjuntas</li> <li>• Unificar los presupuestos y realizar acciones comunes para evitar la parcialización de los fondos y la repetición de actividades</li> <li>• Fomentar políticas con EE. UU. que permitan la atención en ambos países</li> </ul>

Fuente: Juárez-Ramírez et al., 2014, p. 287

Esta situación requiere que se intervenga en materia de políticas públicas en relación con:

- Mejorar el acceso a los servicios de salud,
- Fortalecer la atención primaria,
- Elaborar políticas públicas incluyentes,
- Incluir a las organizaciones de la sociedad civil,
- Fomentar las redes de apoyo social,
- Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales,
- Implementar políticas intersectoriales.

En el Cuadro 1 se presenta el desglose de cada una de las recomendaciones anteriores, con sus respectivos motivos y estrategias.

Al analizar los programas en salud, se debe evaluar cuáles son los resultados obtenidos del programa de reunificación familiar, el cual permitió el ingreso de migrantes mexicanos a los EE.UU., para así conocer cuáles son los cuidados en salud que obtienen.

Otro tema que es de interés en este campo de análisis es el establecer qué sucede con los adultos mayores golondrinos o transnacionales que radican por temporadas tanto en EE.UU. como en México. Estos adultos mayores obtienen mejores condiciones en el cuidado de su salud porque poseen los beneficios de un seguro privado en EE.UU. y, en México, pagan la atención médica y medicamentos a un costo menor que el que se cobra en territorio estadounidense.

## BIBLIOGRAFÍA

**Acevedo L., Leite P. y Ramos L.F.** (2004) “Los adultos mayores en la migración internacional”, en CONAPO (Ed.), *La situación demográfica de México, 2004*, México, CONAPO, pp. 131-142.

**CONAPO (2013)**, “Numeralia migratoria”. CONAPO, México. Estadísticas en línea disponible en [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Numeralia\\_Migratoria](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Numeralia_Migratoria), 14 de noviembre de 2014.

**Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.** (2011), *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. ENADIS 2010. Resultados generales*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

**Díaz-Tendero-Bollain, A.** (2011), “Estudios de población y enfoques de gerontología social en México”. *Papeles de Población*, Vol. 17, Núm. 70, octubre-diciembre, México, Universidad Autónoma del Estado de México. pp. 49-79.

**INEGI/INMUJERES** (2012), *Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, 2012. ELCOS 2012. Marco conceptual y diseño de la encuesta*. México, INEGI/INMUJERES.

**INEGI** (2013), *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*, México, INEGI.

**INEGI** (2012), *Migración internacional captada a través de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2006-2010 ENOE. Metodología y caracterización demográfica*, México, INEGI.

**Juárez-Ramírez et al.** (2014), “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: Adultos mayores, indígenas y migrantes”, *Panamericana de Salud Pública*, Vol. 35, Núm. 4, abril, Washington, Organización Panamericana de la Salud, pp. 284-290.

**López, A.** (2008), “Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 23 Núm. 3, septiembre-diciembre. pp. 513-541.

**Medicare** (2015). *¿Qué es medicare? ¿Qué es medicaid?* Recuperado de <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11306-S.pdf>

**Montes de Oca, V. y Sáenz, R.** (2013), “Estrategias de apoyo transnacional ante el envejecimiento en México y Estados Unidos”, en Montes de Oca (Coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (LARNA)*, México, IIS-UNAM. pp. 481-528.

**Montoya, B., y López, R.** (2010), “Migración y vejez en el estado de México”, en *Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el Estado de México*, México: Universidad Autónoma del Estado de México. pp. 155-193.

**Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

**Partida, V.** (2004), “Migración en la vejez y reunificación familiares”, en CONAPO (Ed.) *La situación demográfica de México*, México, CONAPO. pp. 117-131.

**Secretaría de Gobernación/CONAPO** (2013), *Migración y salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*. México, Secretaría de Gobernación/CONAPO.

**The World Bank** (2011). *Population aging. Is Latin America ready?* Daniel Cotlear, Editor. USA, The World Bank.

## **REVISTA**

**Caprón, G., y González, S.** (2010), “Movilidad residencial de los adultos mayores y trayectorias de vida familiares en la ZMVM”, *Alteridades*, Vol. 20, Núm. 39, enero-junio, México, UAM-Iztapalapa. pp. 67-78.

## **NORMATIVIDAD**

**Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento** (2002).

**Ley de los derechos de las personas adultas mayores.** Última reforma: DOF 25-04-2012.