

La salud más allá de la frontera de México¹

**Xóchitl Castañeda, Rosario Alberro, Iniciativa de Salud México-California, Universidad de California, Oficina del Presidente
Mario Gutiérrez, The California Endowment.**

Contexto

La migración es uno de los principales fenómenos sociales, políticos y económicos en este mundo cada vez más globalizado. México no escapa a ésta dinámica: varios millones de personas se mueven anualmente en el territorio nacional y otros más allá de la frontera, principalmente hacia Estados Unidos. México es el tercer país en el mundo que pierde más poblacional anualmente por migración, después de China y la República Popular del Congo.

La mayoría de mexicanos que migra al vecino país, lo hace motivados por la búsqueda de mejores condiciones de vida. De acuerdo a Conapo, la proporción ha ido en aumento, aun más en el caso de las personas indocumentadas: de 44% entre 1993 -1997, a 75% para el 2005. Alrededor de 400 mil mexicanos migraron en 2004. La población migrante es básicamente joven, 70% tiene entre 15 y 44 años y la relación hombre mujer es que por cada 100 mujeres hay 124 hombres. La mayoría de migrantes mayores de 15 años, desempeña alguna actividad laboral (Conapo, 2005).

No obstante todas sus contribuciones, la comunidad mexicana migrante en Estados Unidos es una población en riesgo. Este grupo se encuentra entre los menos amparados y constituye el 26.5% de toda la población sin cobertura de seguro médico (The Urban Institute, 2001). Al mismo tiempo, gran parte de los migrantes mexicanos trabajan en industrias peligrosas, tales como la agricultura y la construcción. Dentro de estas industrias es común que realicen las labores más riesgosas (UC Berkeley, 2002). Por ejemplo, en el año 2002, se reportó que el 15% de las personas que murieron por accidentes laborales fueron de este grupo de población (Census of Fatal Occupational Injuries, 2002).

¹ Manuel H. Ruiz de Chavez y Jose C. Valdez, Editores. “La Salud de los Mexicanos en el Siglo XXI: Un Futuro con Responsabilidad de Todos”. Fundacion Mexicana para la Salud, 2005 (Pp.357-371) ISBN 968-5661-30-8

Cientos de comunidades mexicanas se han convertido en grandes expulsoras de mano de obra que migra hacia los Estados Unidos. Las medidas de control fronterizo hacen que lo/as migrantes permanezcan períodos cada vez más largos lejos de su tierra llegando a establecer un segundo hogar en Estados Unidos (US Department of Justice, 1997).

Muchas familias se están convirtiendo en “binacionales”, es decir que mantienen hogares en ambos lados de la frontera de Estados Unidos-México. Estas familias generalmente sirven como “puente” para otros migrantes. Además, miembros de las familias asentadas en Estados Unidos, a pesar de los crecientes costos y riesgos del cruce fronterizo, regresan a sus comunidades de origen en México para visitar a parientes y supervisar sus propiedades y negocios. En este sentido, los/as migrantes mexicanos son partícipes de mundos sociales paralelos: las comunidades en Estados Unidos y las comunidades de México de donde migraron.

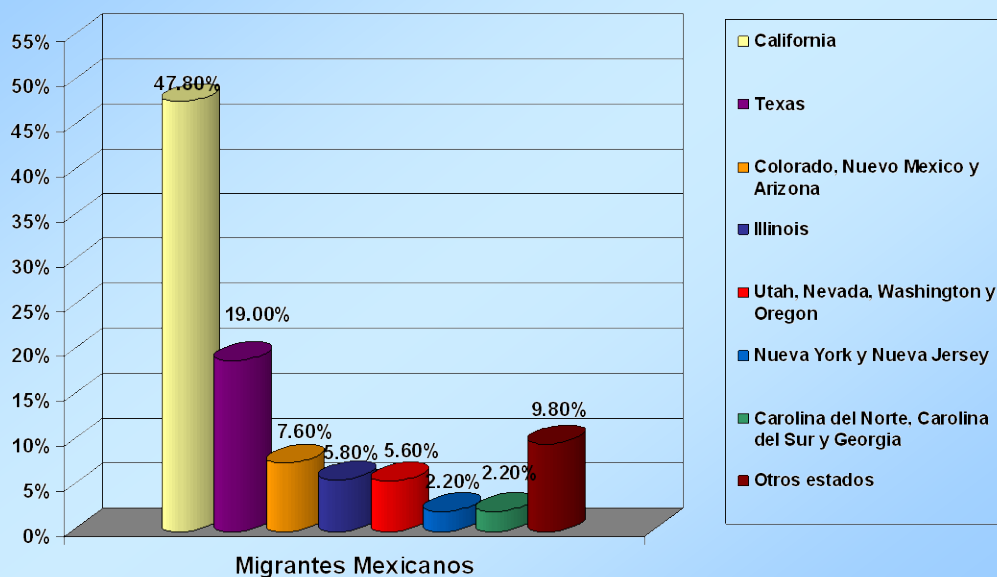
El aumento demográfico de los/as mexicanos en Estados Unidos se explica tanto por el fenómeno migratorio como por el aumento en la tasa de nacimiento. Se estima que en el presente hay 11 millones de mexicanos y sumando a los/as México-Americanos el número se eleva a 25 millones.

Por ejemplo, en California² en 2001, más del 50% de los/as niños que nacieron en el estado fueron de origen mexicano. Esto significa que para el 2006 serán la mayoría de niños entrando a la escuela primaria y en el 2014 la mayoría de jóvenes entrando a preparatoria. Más aún, para el año 2017, se estima que los latinos serán la mayoría de los nuevos trabajadores entrando a la fuerza laboral y en el año 2019, serán la mayoría de adultos jóvenes elegibles para votar (UCLA, 2003).

La migración de mexicanos a Estados Unidos se ha "diversificado" y ahora no sólo se mueve hacia los estados fronterizos, sino que también a otras regiones de la Unión Americana. La grafica siguiente (Santibáñez, 2004) lo ilustra claramente.

² En California, la población de origen mexicano representa actualmente un total del 72% de los latinos y un 24% de la población total del estado, la cual asciende a 35 millones de habitantes.

Donde viven los migrantes mexicanos



La importancia de California en la relación bilateral

California es el estado en la Unión Americana donde se concentra la mayor proporción de mexicanos, de allí la importancia bilateral entre México y éste estado, que es la quinta economía mundial, en buena medida gracias la trabajo mal remunerado de millones de mexicanos.

Estudios recientes han demostrado que los migrantes latinos en California tienen menos probabilidades de estar cubiertos por *MediCal* que los blancos no latinos (Hayes-Bautista, 2003). Al mismo tiempo, la probabilidad de carecer de seguro médico es dos veces mayor entre los latinos que entre los no latinos (28% de latinos comparado con 9% de blancos) a pesar de que este es el grupo de mayor crecimiento en el estado (Paringer, 2002). Sin embargo, 70% de latinos carecen de seguro médico dental y la mayoría tienen problemas de salud bucal (Marcus, 2001). Los latinos tienden a reportar un estado de salud general regular o pobre, comparados con otros grupos étnicos. Cerca de 1.6 millones de latinos en California, ó 18.5%, no tiene acceso regular a atención médica. Entre los niños latinos, cerca de 260,000 son elegibles para seguro médico pero no están inscritos y otros

200,000 son elegibles para el programa de Familias Saludables y tampoco están inscritos (Brown, 2002).

La carencia de proveedores de salud latinos dificulta el acceso a los servicios para la población del origen mexicano, debido principalmente a diferencias culturales, de clase social y lingüísticas. Solamente 1 de cada 20 médicos en California es latino. Así, hay 335 pacientes blancos por cada médico blanco y 2.893 pacientes de latinos por cada médico latino (Canto, 2001). Hay solamente 1.175 dentistas de habla hispana en California para más de 3 millones de personas que preferirían ver a un dentista de habla hispana (ISMECAL, 2001). Estas cifras claramente identifican las áreas de intervención en las cuales deben enfocarse los esfuerzos de programas orientados a mejorar la salud de la población latina en general y mexicana en particular.

El grupo de mexicanos en Estados Unidos más vulnerable: los trabajadores agrícolas

Uno de los sectores donde se observan mayores inequidades para la población de origen mexicano es el de la agricultura. En California, casi un millón de trabajadores agrícolas generan cerca de veinticinco mil millones de dólares para la economía estatal. 91% de estos trabajadores son nacidos en México (The California Endowment, 2001). Además, muchos de los/as trabajadores agrícolas de hoy tienen hijos en México, que pueden convertirse en los/as trabajadores agrícolas de California del futuro. El trabajo agrícola es la primera opción laboral para muchos mexicanos.

Uno de cada tres hogares mexicanos en California se dedica a la agricultura. A pesar de que viven y trabajan en el estado más rico de la Unión Americana, y uno de los lugares más poderosos del planeta, muchos de los/as trabajadores agrícolas viven en condiciones deplorables. Un estudio patrocinado por *The California Endowment* reportó que la fuerza de trabajo agrícola tenía serios problemas de salud: presentaron cuando menos dos de tres factores de riesgo de enfermedades crónicas y tasas más elevadas de colesterol, alta presión y obesidad que las reportadas en la población general (The California Endowment, 2001). Pese al enorme y valioso fruto de su trabajo, miles de mexicanos frecuentemente son marginados de la sociedad dominante y son víctimas del racismo y la discriminación de clase. Como

dice el dicho “*Where no body want or where nobody can...Mexicans*” (“lo que nadie quiere hacer, donde nadie más puede: los mexicanos pueden”).

“Las uvas de la ira.” Facetas dramáticas del mundo desarrollado y la salud de los/las trabajadores agrícolas

En los Estados Unidos, los/as trabajadores agrícolas en general presentan un estado de salud similar al de los habitantes de países subdesarrollados, a pesar de vivir y trabajar en una de las regiones más ricas del mundo (ISMECAL, Hojas de datos estadísticos, 2004). Debido al estado de pobreza y marginación en que viven, los/as trabajadores agrícolas tienen más riesgo que la población en general para adquirir ciertas enfermedades infecciosas. La exposición a pesticidas y las precarias condiciones de sus viviendas, los tornan más susceptibles a ciertos problemas de salud. Por ejemplo, en California, más de un tercio de las casas de los/as trabajadores agrícolas no cuentan con agua potable (Report of Environment Work Group, 1997). Estos trabajadores reportan el índice más alto de lesiones producidas por sustancias químicas y tóxicas. Más que cualquier otro grupo de trabajadores, ellos/as padecen e incluso mueren debido a condiciones producidas por la deshidratación y el calor.

Desde hace más de 50 años, California proporciona la mayor parte de las verduras y las frutas al resto de los Estados Unidos (CFBF, 2004). Al final de la década de los noventa, California produjo 98% del brócoli, 63% del apio, 70% de la coliflor, 98% de los tomates y 74% de la lechuga que se consumió en los Estados Unidos. Más de 85% de las frutas y verduras producidas en Estados Unidos son cosechadas y/o cultivadas a mano, básicamente por mexicanos/as. (<http://www.bls.gov/data/home.htm>).

Gracias al esfuerzo de cientos de miles de mexicanos, muchos hogares en los Estados Unidos cuentan con comida fresca cada día en sus mesas. Como pago por su trabajo, la mayoría de los/as campesinos (70%) perciben salarios anuales menores de \$7,500, cifra que está por debajo del nivel de pobreza federal. Además, los beneficios que los/las campesinas reciben en materia de salud, educación y vivienda son mínimos. Las ganancias millonarias de la industria agrícola no se reflejan en el bienestar de los/as trabajadores. Por si fuera poco, algunos patrones o dueños de empresas agrícolas no reportan los salarios de los/as trabajadores, lo cual se traduce en evasión de impuestos.

Problemas de salud de los trabajadores agrícolas

Algunas condiciones de salud son claramente atribuibles a los riesgos ocupacionales del trabajo agrícola, por ejemplo, la dermatitis y los problemas respiratorios causados por los hongos, el polvo y los pesticidas. El índice de mortalidad entre estos trabajadores debido a pulmonía es 200% más alto que el promedio nacional (National Advisory Council on Migrant Health 1993). La carencia de agua potable en los campos contribuye a la deshidratación, problema muy frecuente en los momentos más intensos de la cosecha. La ausencia de letrinas provoca retención de orina, misma que se vincula con infecciones urinarias.

Las trabajadoras migrantes agrícolas en su mayoría son jóvenes, incluso adolescentes, que generalmente acompañan a sus parejas, a sus padres y hermanos. La cifra de mortalidad infantil entre hijos de trabajadoras agrícolas migrantes es 25% más alta que el promedio nacional. 73% de estos niños no tiene ningún tipo de seguro médico (Sekhri 1999). Los centros de salud para los trabajadores agrícolas cubren solamente a 20% de ese grupo de población.

En lo que respecta a salud mental, la depresión es un problema común entre los trabajadores agrícolas adultos. Este padecimiento está relacionado con la disrupción del núcleo familiar (80% de los/as trabajadores son hombres solos y cerca del 50% ha dejado a sus esposas e hijos y en México), el estrés, la soledad, la inestabilidad económica y las precarias condiciones de vida. Es frecuente que los campos agrícolas estén compuestos mayoritariamente por hombres. La falta de recursos recreativos, el aislamiento social y la oferta de sexo comercial son factores que también inciden en la alta proporción de infecciones de transmisión sexual (Bureau of Primary Health Care, 2000).

Remesas y Salud

Las remesas procedentes de los/as mexicanos en los Estados Unidos son una de las fuentes más importantes de ingresos provenientes del exterior.

El flujo de remesas de Estados Unidos a México se incrementó de cuatro a dieciséis mil millones de dólares entre el año 1995 y el año 2004. Durante este período, las remesas se convirtieron en la segunda fuente de divisas extranjeras, equivalentes al 80% de las exportaciones petroleras. Así mismo, en el período 2000-2003, las remesas sobrepasaron el total de inversión extranjera directa en el país y fueron equivalentes a 120% del presupuesto federal destinado a educación, salud y reducción de la pobreza.

El *Mexican Migration Project* (MMP), un esfuerzo conjunto entre la Universidad de Princeton y la Universidad de Guadalajara, es una de las principales fuentes de información en materia migratoria en Estados Unidos. Cuando la encuesta del MMP preguntó a los migrantes sobre el uso que se daba a las remesas enviadas a México, más de 46.18% reportó que una parte de los fondos se utilizaba para cubrir gastos en salud.

Uso de las Remesas en Hogares Receptores de Remesas

Categorías	%
Gasto en Salud	46.18
Alimentos y Manutención	29.79
Mejoras en el Hogar	7.47
Pago de Deuda	5.42
Ahorro	1.39
Otros usos	9.75

Fuente: Mexican Migration Project

Lo anterior puede estar relacionado con el número de familias mexicanas que enfrentan gastos catastróficos en salud. Según la Encuesta Ingreso-Gasto de los Hogares, 3.4% de los hogares gasta más de una tercera parte de su ingreso en salud. Adicionalmente, 3.6% de las familias se empobrecen por estos gastos, debido, en buena medida a que no están aseguradas. La mayoría de los hogares en México que tienen alguno de sus miembros viviendo en Estados Unidos carece de seguro médico.

Al reducir los pagos de bolsillo por servicios de salud mediante una póliza de seguro médico, una mayor proporción de las remesas podría orientarse hacia el ahorro y la inversión en proyectos productivos.

El Norte y el Sur: Metáforas de una frontera borrosa

Es fundamental revalorar las prioridades públicas, cívicas y de gobierno, comenzando por reconocer que en los Estados Unidos los/as mexicanos son una población importante, dinámica y permanente dentro de una sociedad cada vez más diversa. Según el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS), hay cerca de 8 millones de residentes indocumentados en Estados Unidos, de los cuales por lo menos 72% son de origen de latino. Los/as mexicanos/as son el grupo más importante de la población indocumentada de Estados Unidos (US Census, 2004).

Esto invita a re-pensar un México binacional. Los retos y oportunidades en la agenda bilateral a favor de los migrantes son enormes. Durante la administración del Presidente Fox, se ha dado un especial reconocimiento a la contribución de los migrantes, elevándolos a la categoría de “Héroes”. Esto se ha traducido entre otros, en la creación del Instituto para los Mexicanos en el Exterior (IME) y en la aprobación por parte de los legisladores para el voto en el exterior. Así mismo, en el área de salud se creó la Dirección General de Atención al Migrante, el programa “Vete Sano, Regresa Sano” y la Comisión de Salud del IME así como diversos proyectos estatales en las regiones con alta migración internacional. En Estados Unidos, en el 2001 bajo los auspicios del Centro de Investigación de Políticas Públicas de California (Oficina del Presidente de la Universidad de California) surgió la Iniciativa de Salud México-California.

Iniciativa de Salud México-California (ISMECAL)

En coordinación con instituciones mexicanas como las Secretarías de Salud y de Relaciones Exteriores, y con el apoyo de *The California Endowment*, ISMECAL ha logrado optimizar la disponibilidad de recursos de salud mediante acciones bilaterales de capacitación, investigación y de promoción a la salud. Sus logros incluyen la organización anual de la Semana Binacional de Salud, el desarrollo de un sistema piloto de vigilancia epidemiológica binacional, el lanzamiento de una convocatoria especial de investigación sobre migración y salud y la coordinación de programas de intercambio y capacitación para profesionales del cuidado médico, incluyendo estudiantes de medicina y enfermería.

Qué se está haciendo: algunos ejemplos del trabajo binacional en salud

- **Semana Binacional de Salud**

Gracias al liderazgo de Consejeros de la Comisión de Salud del IME, de los Consulados mexicanos en Estados Unidos, la Secretaría de Salud, la Comisión de Salud Fronteriza y de cientos de agencias gubernamentales y comunitarias en ambos países, en octubre del 2005 el modelo de la Semana Binacional de Salud (SBS) iniciado en California por ISMECAL, se extendió a otros 16 estados de la Unión Americana. Durante la SBS a través de 720 eventos, alrededor de 120,000 personas recibieron servicios de salud (exámenes médicos, acciones curativas, vacunación y seguimiento a pacientes), ferias de salud, talleres de capacitación y distribución de

materiales educativos. 47% de la población alcanzada dijo que era la primera vez desde que estaba en Estados Unidos que recibía un servicio de salud.

- **Ventanillas de Salud en los Consulados Mexicanos**

Las Ventanillas de Salud son espacios en los consulados mexicanos en donde personal cultural y lingüísticamente competente, promueve la inscripción a programas de seguro médico, refiere a los visitantes a clínicas y centros de atención y organiza actividades de promoción y educación en salud. Actualmente se han establecido cuatro ventanillas (Los Angeles, San Diego, Chicago y Dallas) y se espera que para finalizar el 2005 se hayan instalado en 20 consulados.

- **Programa de Promotoras de Salud**

Las promotoras son una fuerza vital cuyo trabajo es fundamental para conectar a la población con los recursos y servicios de salud existentes en ambos lados de la frontera. A través de programas de intercambio que incluyen capacitación in situ y visitas de campo, las/los promotoras/es conocen el sistema de atención a la salud, las condiciones de trabajo, los recursos y la cultura tanto en los Estados Unidos como en México. A la fecha se han llevado a cabo más de 8 intercambios de promotoras: desde Estados Unidos hacia México y viceversa.

Conclusiones

Los programas dirigidos a atender las necesidades de salud de la población de origen mexicano en los Estados Unidos deben reconocer la importancia de los lazos sociales, culturales, políticos y económicos que tiene esta población con México. Esto explica en parte el monto creciente del envío de remesas y el constante tráfico fronterizo.

La salud del migrante debe ser entendida como una responsabilidad bilateral. Para asegurar su efectividad, los programas deben reforzar las campañas de promoción y educación de la salud de manera complementaria en ambos lados de la frontera. El momento político actual favorece esta visión y el tema forma parte de la agenda política entre México y los Estados Unidos, creando una oportunidad única para formular e instrumentar estrategias bilaterales innovadoras que mejoren las condiciones de salud de este creciente grupo de población.

Los esfuerzos unilaterales y aislados han resultado insuficientes para abordar la complejidad de los retos que enfrentan los/as migrantes. La negociación de acuerdos de políticas públicas a nivel binacional debe tomar en cuenta la salud como un fenómeno integral y evaluar el peso de distintas variables como estatus migratorio, vivienda, nutrición y patrones de conducta que necesariamente afectan el estado de salud de los individuos. Así mismo, se debe considerar la importancia de condicionantes como la diversidad de la comunidad migrante en términos de ubicación geográfica, edad, género, estado civil y etnicidad.

Además de proveer acceso a servicios para el tratamiento de enfermedades y padecimientos, es imperativo tener un plan de acción bilateral que prevenga el contagio y desarrollo de enfermedades. Si la salud de esta población continúa declinando y si no se efectúa un cambio estratégico en las políticas públicas de ambos países, los servicios no van a tener capacidad de respuesta suficiente y oportuna para atender las necesidades de este vulnerable grupo social.

Recomendaciones

Las estrategias operativas deben tomar en cuenta la movilización y participación comunitaria, es decir, el uso de las redes sociales existentes tanto para determinar los problemas de salud de la comunidad como para incidir en su solución. Los programas de acción concretos y con resultados medibles alientan y fortalecen la participación comunitaria.

Al promover estrategias de salud para los/as mexicanos **“más allá de las frontera de México”** debe considerarse la perspectiva ética, moral y política del trabajador binacional y el respeto a sus derechos humanos. Siendo la salud uno ellos, este derecho debe ser preservado tanto en sus lugares de origen como en aquellos a los que se desplaza para trabajar.

Referencias

Conapo, 2005. http://www.conapo.gob.mx/mig_int/series/07.htm

UCLA, 2003. Center for the Study of Latino Health and Culture.

David E. Hayes-Bautista, 2003. “Exploring Immigrant Enrollment and Low-Income Under-enrollment in Medi-Cal and Medicare” (California Program

on Access to Care, California Policy Research Center).

Lynn Paringer, 2002. "Access to Employer-Based Health Insurance Among Low-Wage Workers in California" (California Program on Access to Care, California Policy Research Center).

Marvin Marcus, 2001. "Policy Implications of Access to Dental Care for Immigrant Communities" (California Program on Access to Care, California Policy Research Center).

Richard E. Brown, 2002. "The State of Health Insurance in California" www.healthpolicy.ucla.edu

Minerva Canto, 2001. "An Injection of Hispanic Doctors Sought: Immigrants Often Prefer Physicians from Their Culture but Supply Is Lean," *The Orange County Register*, 18 Noviembre, 2001.

The Urban Institute, 2001. Health Insurance, Access, and Use. Washington, D.C.

UC- Berkeley, 2002. Labor Occupational Health Program, "The Working Immigrant Safety and Health Coalition (WISH)". <http://ist-socrates.berkeley.edu/~lohp/Projects.htm>.

U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2002. National Census of Fatal Occupational Injuries in 2002.

California-Mexico Health Initiative, California Policy Research Center, University of California Office of the President, Technical Meeting on Health Insurance, Conclusiones, 2001.

The California Endowment, 2001. "Suffering in Silence: Who Are California's Agricultural Workers?"

California Farm Bureau Federation (CFBF), 2004. "Facts and Stats about California Agriculture." <http://66.102.7.104/search?q=cache:Ud8UBVwqc-cJ:www.cfbf.com/info/agfacts.aspx+leading+agricultural+california&hl=en&lr=langen>

Iniciativa de Salud Mexico-California (ISMECAL), 2004. Hoja de datos estadísticos. <http://www.ucop.edu/cprc/cmhi.html>

Iniciativa de Salud Mexico-California (ISMECAL), 2004. Informe de la Semana Binacional de Salud. <http://www.ucop.edu/cprc/cmhi.html>

Castañeda, Xóchitl and Patricia Zavella, 2003. Changing Constructions of Sexuality and Risk: Migrant Mexican Women Farmworkers in California. *Journal of Latin American Anthropology* 8(2): 126-150.

INS, 1996. Border Crossing Statistics, San Diego.

Lopez Espinosa, Mario, 2003. Remesas de mexicanos en el exterior y su vinculación con el desarrollo económico, social y cultural de sus comunidades de origen. Estudios sobre migraciones Internacionales, OIT.

Report of Environmental Work Group, 1987. Office of Migrant Health, Bureau of Health Care Delivery and Assistance. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD.

Sekhri NK, 1999. Cross-Border Health Insurance. Report Prepared by the California Healthcare Foundation and Redesing International, Oakland, California.

US Census, 2000 y 2004. United States Census Bureau. Washington, District of Columbia.

<http://www.census.gov/PressRelease/www/releases/archives/race/001839.html>

<http://www.census.gov/PressRelease/www/releases/archives/population/001624.html>

<http://www.bls.gov/data/home.htm>

US Department of Justice, 1997. "INS Releases Updated Estimates of US Illegal Population".

Villarejo, Don, 2001. Access to Health Care for California's Hired Farm Workers: A Baseline Report. California Program on Access to Care, University of California.

