

PROYECTO PIMSA

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Redes Sociales en el Acceso a los Servicios de Salud Reproductiva de las Mujeres Migrantes Zacatecas¹

Miguel Moctezuma Longoria
Oscar Pérez Veyna
Universidad Autónoma de Zacatecas
Febrero de 2011

Introducción

Esta investigación pretende mostrar el acceso y las dificultades al sistema de salud que padecen las inmigrantes mexicanas residentes documentadas e indocumentadas, particularmente aquellas mujeres que requieren de atención en el campo de la salud reproductiva en un estado de la Unión Americana donde existe una actitud de mayor tolerancia hacia los inmigrantes y que cuenta con uno de los flujos de migración laboral que data de finales del Siglo XIX, además de la ventaja que ellos tienen por su alto grado de organización en la *Federación de Clubes Unidos Zacatecas en Illinois y el medio Oeste*.

A partir de esta investigación se pretende perfilar lo que es posible esperar de las migraciones más recientes y de la evolución que se viene dando en torno a las legislaciones que limitan los derechos sociales para las poblaciones vulnerables y en situación de pobreza, como sucede con los inmigrantes en general. Todo esto busca contribuir al desarrollo de investigaciones sobre la promoción de políticas públicas de salud con una perspectiva transnacional.

El documento presenta la información contextual sobre el acceso a la salud en Estados Unidos e Illinois, analiza la tendencia poblacional que caracteriza al estado de

¹ Los autores agradecen el financiamiento recibido por PIMSA sin el cual no hubiera sido posible este proyecto de investigación; asimismo, reconocen la colaboración y el apoyo recibido en las distintas etapas de este proyecto por la Dra. Elena Gutiérrez de la Universidad de Illinois, Dra. Blanca Pelcastre y C. Dr. Tonatiuh Tomas Gonzalez Vazquez, ambos del Instituto Nacional de Salud Pública (Cuernavaca) y a la Dra. Maura Sara Castañeda, Coordinadora Estatal de Investigación de los Servicios Coordinados de Salud en Zacatecas.

Illinois y a la ciudad de Chicago, identifica las regiones del despoblamiento acumulado en Zacatecas, los destinos de los migrantes zacatecanos en Estados Unidos y concluye con los resultados del trabajo de campo sobre el acceso de los servicios de salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Chicago.

1. Sistema de salud de Estados Unidos

El sistema de salud de Estados Unidos es de tipo mixto, ocupando un lugar destacado el sistema del seguro privado con un 36%, mientras que en México el seguro privado apenas ocupa el 3% (Salgado de Snyder, V. Nelly, et. al. 2007). Este sistema, a diferencia de México, contempla solo parcialmente que *el acceso a la salud forma parte de los derechos sociales que el Estado debe garantizar a sus ciudadanos* en un sistema democrático y liberal, como se plantea en la concepción clásica de la ciudadanía (Marshall, T. H. y Marshall, T. H. y Bottomore, T. 1998). Particularmente este autor sugiere que la ciudadanía es civil, política y social.

En cuanto a la cobertura hacia los migrantes la situación es como sigue:

“De acuerdo con información del Continuous Population Survey (CPS) 2001 de la US Census Bureau analizada por CONAPO, 52.7% de los migrantes mexicanos no tenía cobertura de servicios de salud, porcentaje que disminuía a 26.2% entre los mexicanos de segunda generación y a 23.1% entre los de tercera generación. La cobertura era menor en el grupo de 18 a 29 años de edad, en el cual el porcentaje cubierto estaba por debajo del 40% entre los migrantes mexicanos. De acuerdo a su ocupación, 72.7% de los migrantes mexicanos que trabajan en el sector primario no tenían cobertura de salud. Este porcentaje era de 49.4% entre los que trabajaban en el sector secundario y de 52.3% entre los que trabajaban en el sector terciario.”

Otra fuente señala que:

“Entre 2005 y 2006, las tasas de latinos no asegurados se incrementó de un 32.3 por ciento a un 34.1 por ciento. La tasa de no asegurado afroamericanos también se incrementó de un 19 por ciento a un 20.5 por ciento. Durante ese periodo, la tasa de los asiáticos no asegurados disminuyó de un 17.2 por ciento a un 15.5 por ciento y la tasa de los blancos no latinos permaneció igual con 10.8 por ciento” (Castañeda Xóchitl y Ojeda Gilbet, 2008).

De estos datos se infiere que la cobertura de seguros para los migrantes es baja, y que lo es más cuando los migrantes tienen menos tiempo residiendo en Estados Unidos, como sucede con el grupo de edad comprendido de 18 a 29 años, o cuando trabajan en las actividades agrícolas. Esto es una situación que ha venido agudizándose con la crisis de la

economía estadounidense. Las cifras también indican que la cobertura de salud de Estados Unidos está permeada por el estatus migratorio, étnico y racial.

Existen aproximadamente 12 millones de mexicanos que radican en Estados Unidos y de ellos alrededor de 5.5 millones son mujeres. Una investigación minuciosa elaborada por Conapo con base en *U. S. Census Bureau, American Community Survey y Current Population Survey* correspondiente a 2009 que abarcó al grupo de edades entre 18 y 64 indica que el porcentaje de mujeres mexicanas sin seguro médico en Estados Unidos es de 52.3%, y de 63.6% cuando tienen menos de diez años de residencia. En cambio, las mexicanas residentes en Estados Unidos solo tienen seguro médico público en un 13.7% (Leite, Paula y Castañeda Xóchitl, 2010:17-19). Contrariamente, a pesar de encontrarse laborando, las mujeres mexicanas solo un 45.7% tenían seguro médico, lo que se explica esencialmente por tratarse de empleos donde los empleadores no ofrecen prestaciones de seguro. Cabe señalar que comparando estas proporciones con el resto de las mujeres inmigrantes de otros países, las mexicanas son las menos favorecidas y lo mismo ha de decirse respecto de las mujeres nativas afroamericanas y no se diga respecto de las mujeres nativas blancas (consúltese a Leite, Paula y Castañeda Xóchitl, 2010).

De la información de la Tabla 1 se desprende que del 52.3% de mujeres mexicanas que cuentan con seguro de salud, con excepción del grupo comprendido de 55 a 64 años, existe una proporción mayor de aseguradas bajo el sistema público. De esta información lo que más sorprende es que el 60% de las mujeres que viven por debajo de la línea de pobreza, y que son las más vulnerables, no cuentan con ningún tipo de seguro médico. Este es uno de los grupos que más necesidad tienen de acudir a las clínicas comunitarias que son las que les ofrecen servicios de salud prácticamente gratuitos y sin investigar el estatus migratorio. Asimismo, se observa que el 74.8% de las mujeres mexicanas que no tienen servicios de salud tienen hijos menores de 18 años, y que por esa vía califican a alguno de los programas de salud pública, pero no los usan, etc.

Tabla 1. Inmigrantes mexicanas de 18 a 64 años en Estados Unidos según características seleccionadas y tipo de cobertura médica, 2009

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	SEGURO PÚBLICO	SEGURO PRIVADO	SIN COBERTURA	TOTAL
Edad				
18-24 años	14.5	8.0	13.4	11.8
25-34 años	25.5	23.5	34.5	29.6
45-54 años	27.4	30.0	29.6	29.4
55-64	15.8	27.2	15.3	19.2
Ingreso				
150% por debajo de la línea de pobreza	70.6	19.3	60.4	48.7
150% y más de la línea de pobreza	29.4	80.7	39.6	51.3
Escolaridad (población 25-64 años)				
Menos de High School	64.2	44.2	65.3	58.0
High School	21.4	28.5	23.4	24.8
Licenciatura Completa	10.3	13.4	6.6	9.5
Licenciatura completa o mas	4.1	13.9	4.7	7.7
Ciudadanía				
Ciudadano estadounidense	26.0	41.0	16.8	26.1
No ciudadano estadounidense	74.0	59.0	83.2	73.9
Con/sin hijos menores de 18 años				
Sin hijos menores de 18 años	25.4	34.2	25.2	28.4
Hijos menores de 18 años	74.6	65.8	74.8	71.6
Estructura familiar con hijos menores de 18 años				
Madre sola	31.8	9.9	17.7	17.4
Ambos padres	68.2	90.1	82.3	82.6
Tipo de jornada laboral				
Trabajador de tiempo completo	39.7	69.7	47.9	55.9
Trabajador de tiempo parcial	36.4	22.0	34.0	29.4
Desempleado	23.9	8.3	18.0	14.7

Fuente: Leite, Paula y Castañeda Xóchitl, 2010; estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2009.

Ahora bien, resultado de las políticas contemporáneas tendientes a reducir el acceso a la salud hay algunos hechos dignos de consideración:

- Existen actividades laborales consideradas de escasa calificación en las que se ocupan principalmente mujeres inmigrantes, como son, el trabajo de limpieza en casas y oficinas, el trabajo de jardinería, el cuidado de los niños, etc. que son operados por empresas informales que no proporcionan seguros de salud.
- Actualmente la crisis ha provocado un aumento en la población sin seguro. Esto se explica por dos vías: algunos patrones dejan de cubrir los seguros de los trabajadores al ser despedidos, además de que buscan no cubrir sus cuotas o reducirlas al mínimo alegando situaciones de bancarrota.

- Cuando los trabajadores no cuentan con seguro proporcionado por el Estado, o éste es parcial, no siempre cuentan con recursos propios para comprarse un seguro de tipo privado.
- Como parte de la política xenófoba, existe una variedad de reformas impulsadas a nivel de las entidades que ha dejado sin seguro médico a grandes sectores sociales, entre los que se encuentran incluso los inmigrantes regulares, además de los indocumentados: “El 1 de marzo (2010), Nebraska terminó con los beneficios de Medicaid para 1.540 mujeres, aproximadamente el 25 % embarazadas, elegibles en virtud de las viejas reglas. Setecientos eran ciudadanos e inmigrantes legales y los otros 840 inmigrantes indocumentados.” (Johnson, S., 2010).

Existen además otros mecanismos legales que vienen usándose contra el derecho a la salud con destinatarios muy claros:

- No poder comprobar la residencia en la entidad estadounidense en que se recibe el servicio de salud, sobre todo por las familias o migrantes que, por necesidades laborales tienen que emigrar de un estado a otro en busca de trabajo.
- La amenaza de sanciones legales dirigidas a las empresas que contraten trabajadores indocumentados, produce marginación del empleo y del seguro médico.
- El Medicaid exige como requisito para el acceso a la salud, ser inmigrante documentado y *tener una residencia de por lo menos cinco años* (como se verá más adelante), lo que significa que estos inmigrantes cotizan bajo el sistema de impuestos al salario y por cinco años no tienen derecho a recibir seguro médico, lo que equivale a la legalización de una estafa por parte del Estado.

Según se desprende, todas estas acciones promovidas desde las altas esferas del Estado forman parte de una política sistemática penalizadora, tendiente a castigar a los inmigrantes, obligarlos a volver a su país de origen en búsqueda de atención médica independientemente de que paguen impuestos. Cabe aclarar que todos los trabajadores cubren sus cuotas de descuento por impuestos al salario, y en ese sentido son tratados sin distinción; sin embargo, no todos reciben en compensación seguro médico, lo cual implica,

para los no ciudadanos o para quienes no cuentan con documentos de inmigrantes, una relación impositiva con el Estado sin prestaciones.² En algunos casos, en su desesperación los inmigrantes están recurriendo al acceso a la medicina que ingresa a Estados Unidos de contrabando o incluso, a la búsqueda de la medicina tradicional. Entonces, la realidad muestra que los inmigrantes a pesar de que hacen importantes contribuciones al sistema de salud, el Estado se reserva el derecho a decidir por la salud y la vida de todos ellos: "Es muy difícil pensar que vamos a elegir quién vivirá o quién morirá de acuerdo a su condición migratoria" comenta la Dra. Jane L. Delgado, Presidenta y CEO de la Alianza Nacional para la Salud Hispana, una organización con sede en Washington, DC, que se centra en la promoción y la investigación sobre los latinos (WeNews, Monday, March 15, 2010).

Producto de esta situación, una opción frecuente que utilizan los inmigrantes para el acceso a la salud es la utilización de clínicas comunitarias, las cuales se financian a través de la filantropía y en algunos casos, sus fundadores han desarrollado capacidades de cabildeo y de negociación con políticos locales, además de atraer para sí otros fondos a través de fundaciones privadas. Algunas clínicas comunitarias tienen capacidad de proveer servicios especializados de salud y otras solo ofertan atención primaria, pero, cuando se requiere subcontratan servicios de instituciones de salud y de médicos privados. Por la situación que se vive, estas clínicas comunitarias están convocadas a cumplir cada vez más con el servicio de salud dirigida a la población vulnerable, aspecto que se ha visto beneficiado por la reciente reforma de salud; sin embargo, esto también depende de las redes sociales de que dispongan los migrantes, de la capacidad de informarse y de su involucramiento en las actividades de la sociedad civil, lo cual aumenta con el tiempo (Marcelli, E. 2004).

Por otro lado, los estados tienen facultades para legislar sobre algunos programas que proporcionan o niegan el acceso a la salud a los inmigrantes como sucede con el programa Medicaid. Algunos estados como Arizona y Nebraska son intolerantes con los

² Contrariamente, un estudio reciente de la Red Internacional de Migración y Desarrollo indica que para 2008 los ciudadanos nativos anglos recibieron prestaciones en 1.4 veces superiores por parte del Estado respecto del aporte de sus impuestos, mientras que los inmigrantes solo reciben el 0.5 de prestaciones respecto de sus aportes (Puentes, et. al. 2010:26).

migrantes y han tratado de desarrollar una política con raíces en la sociedad civil tendiente a señalar que los inmigrantes representan un alto costo para sus respectivos gobiernos estatales, además de engañar a la población esgrimiendo que los indocumentados no pagan impuestos. En cambio, otros como California, Illinois y Nueva York se encuentran entre los estados más tolerantes hacia los inmigrantes.

En el pasado remoto y reciente hubo y ha habido antecedentes en donde las Cortes Supremas han restablecido los derechos civiles contra inmigrantes sobre ausencia de pagos por parte de los patrones, indemnizaciones laborales, intentos de exclusión de la educación pública gratuita, pagos de colegiatura similares a los de estudiantes nativos, discriminación por no hablar Inglés, etc. (National Campaign to Restore Civil Rights); pero, ahora eso también ha comenzado a cambiar: esos tribunales ahora son parte de la política de Estado que criminaliza a los inmigrantes y lo mismo sucede con los legisladores, un ejemplo de ello es el voto de la Cámara de Representantes en contra del “Dream Act” el pasado 18 de diciembre que pretendía regularizar como *residentes condicionados* y en seis años convertirlos en *residentes permanentes* a los jóvenes que llegaron indocumentados a Estados Unidos antes de los 16 años de edad, tuvieran una antigüedad de por lo menos 5 años, hablaran Inglés, se inscribieran en las fuerzas armadas o cursaran estudios de educación. Otros ejemplos de agresión a los inmigrantes son, la negación permanente de las licencias de manejar y el cobro en Oklahoma de una “comisión” de 5 dólares por cada envío de remesas que se suma a los costos de envío.³

1. 2 Programas públicos de seguros médicos

El gobierno federal dispone de programas de seguros médicos para sus ciudadanos: *Medicare*, *Medicaid* y *Children’s Health Insurance Program*; financia además otros programas dirigidos a la población vulnerable o de escasos recursos. En lo que toca a los

³ Las políticas anti-inmigrantes han llegado demasiado lejos, por un lado, estimulan el desarrollo de los sentimientos nativistas y por otro, generan acciones tipificadas como delitos de odio racial y que no han sido tratadas como tales: muertes a manos de grupos de civiles armados, detenciones de inmigrantes por ciudadanos y organización de grupos civiles anti-inmigrantes, etc. La agresión a Gabrielle Giffords, en Tuxon, Arizona, Congresista Demócrata por el octavo distrito de Arizona es resultado del exceso desmedido de esas políticas.

inmigrantes, estos solo pueden acudir a recibir atención médica a través del sistema de urgencias médicas.

Medicare es un sistema de seguro destinado a las personas mayores de 65 años y a personas de menor edad que tienen alguna discapacidad. Se financia con los descuentos a la nómina de trabajadores y empleadores y por las primas mensuales deducidas a los cheques del seguro social. Cubre parcialmente la hospitalización, servicios médicos y suministros de salud (<http://www.ssa.gov/espanol/10943.html#quees>).

Medicaid es un seguro de salud financiado por el gobierno federal y los estados, es el seguro más importante que provee protección médica y hospitalaria a las personas y familias de ingresos menores respecto del nivel de pobreza. Sus beneficiarios son las mujeres embarazadas, niños y adolescentes, personas de la tercera edad y discapacitados. *Este programa tiene como cobertura a los ciudadanos estadounidenses y a los residentes con documentos siempre y cuando acrediten una residencia de cinco años.* No siempre cubre el total de los costos a los proveedores. Cada estado administra su programa y tiene reglamentación propia (<http://www.medicaidwebsites.com/medicaid101.php>). En algunos casos, los inmigrantes a pesar de que emigraron con documentos y cuentan con la antigüedad requerida, desconocen que califican para el Medicaid, por lo que acuden a las clínicas comunitarias y cuando éstas los canalizan a otras instituciones de salud, a menudo se dan cuenta que no han hecho uso de sus derechos. Asimismo, existen casos de enfermedades graves que no son atendidas a tipo solo por desconocimiento.

Children's Health Insurance Program (CHIP) es un programa federal que provee recursos a los estados para la atención de los niños que no califican para el *Medicaid* y que no pueden pagar un seguro privado. Este programa está dirigido a los niños desde el embarazo, cuyas madres carecen de seguro médico. Abarca, chequeo permanente, atención dental, vacunas y suministros médicos. A partir de 2009 el Congreso de Estados Unidos la convirtió en Ley, suscribiéndola el Presidente Obama, quien además envió un memorándum solicitando a los estados que dejen de poner condiciones para su acceso (<http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=14510>).

Women, Infants and Children Program (WIC). Como meta este programa pretende mejorar la salud de las embarazadas, la lactancia posparto, mujeres que no amamantan, infantes y niños hasta cinco años de edad. WIC proporciona alimentos suplementarios,

educación nutricional y el acceso a los servicios de salud. Los participantes reciben vales que pueden canjear en las tiendas de alimentos al por menor de alimentos específicos que son fuentes ricas en los nutrientes que frecuentemente faltan en la dieta de las madres de bajos ingresos y niños. En este programa califican las familias que superan el nivel de pobreza, donde el requisito del ingreso depende del número de los miembros que posee una familia (<http://www.wicprogram.org/wic-program-eligibility-requirements/>).

Family Care. Este seguro lo pueden usar los padres que viven con niños y adolescentes con un límite de edad de 18 años; cubre asimismo a los familiares que tienen la potestad de los niños o están al cuidado de los niños. Los padres pueden recibir *family care* si viven en el estado que proporciona los servicios y cubren los límites de ingresos que exige este seguro, para los padres que no son nativos deben ser ciudadanos de Estados Unidos o cumplir con los requisitos de inmigración, este seguro cubre visitas médicas, servicios de médicos especialista, cuidado en el hospital, cuidado dental, servicios de emergencia y recetas médicas (<http://www.familycareillinois.com/>).

Existen otros seguros privados, que ofrecen coberturas distintas, como: *Health Maintenance Organization (HMO)*, *Preferred Provider Organization (PPO)*, *Point of Service (POS)*, *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)*, etc.

1.2.1 Acceso a la salud reproductiva en Illinois

El estado de Illinois cuenta con los seguros que financia el gobierno federal y estatal, como *Medicare*, *Medicaid* y *Children's Health Insurance Program*, *Family Care*; pero además, dispone de otros programas especiales, destinados específicamente a la salud reproductiva, con una cobertura amplia, tales como:

- *All Kids*. Este seguro depende del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para las Familias del Estado de Illinois. Aplica para todos los niños, nativos o no, documentados e indocumentados. Califican en este programa las familias que tienen ingresos superiores para el acceso al *Medicaid*, pero inferiores para adquirir un seguro privado. En Illinois existen más de 250,000 niños sin seguro médico. “El programa *All Kids* ofrece a los niños de Illinois sin seguro de salud integral que incluye consultas médicas, hospitalizaciones, medicamentos, cuidado de la vista,

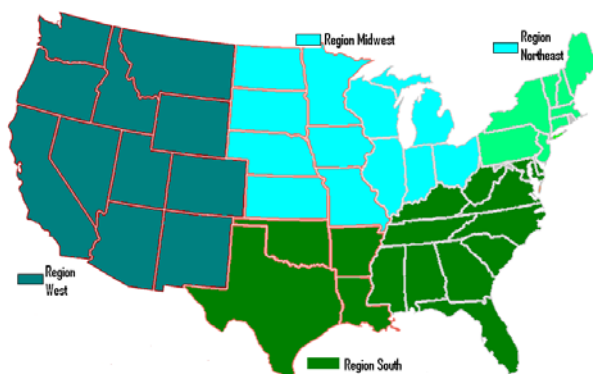
atención dental y dispositivos médicos como los anteojos y los inhaladores de asma” (<http://www.allkidscovered.com>).

- *Mother and Child Food and Nutrition Program* (MAC). Es un programa de alimentos y nutrición administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) y es operado por Caridades Católicas. El programa proporciona los elementos nutritivos para complementar las dietas de embarazadas de bajos ingresos, bebés después del parto, mujeres en periodo de lactancia y niños menores de seis años de edad. La educación nutricional fue diseñada para tener una relación práctica con las necesidades nutricionales y preferencias culturales de las mujeres y los niños en el programa.

2. La población en Illinois y Chicago

De los estados con tradición de inmigrantes mexicanos, Illinois, desde décadas atrás muestra un crecimiento poblacional por debajo de la media nacional de Estados Unidos en los años 1980, 1990, 2000 y 2010 (0.28 vs 1.09), (0.00 vs 0.94), (0.83 vs 1.24) y (0.33 vs 0.93) respectivamente. En cambio durante los mismos años, Texas presenta tasas muy superiores a ese promedio: 2.43, 1.79, 2.07 y 1.89 y lo mismo sucede hasta 1990 con California cuya dinámica de crecimiento es de 1.72, 2.32, para luego en 2000 y 2010 desacelerar su crecimiento aproximándose al promedio nacional, 1.30 y 0.96. Lo que si sorprende es el crecimiento espectacular que entre 2000 y 2010 experimentaron los estados de: Arizona (2.22), Nevada (3.06) y Utah (2.16), seguidos por: Colorado (1.58), Florida (1.64), Georgia (1.70), Idaho (1.94), North Carolina (1.71) y Texas (1.89). El caso de Arizona muestra que a pesar de las políticas anti-inmigrantes promovidas a través de la Ley SB1070, los migrantes tienden a aferrarse a sus destinos. En general, en Estados Unidos muestran mayor crecimiento en su dinámica poblacional las Regiones South (1.34) y West (1.30).

Grandes Regiones de Estados Unidos



En lo que corresponde al área metropolitana de Chicago, la situación es un poco distinta: sus tasas de crecimiento en los años que se vienen comparando fueron: 0.43, 0.29, 2.2 y 1.04. Eso significa que entre 1980 y 1990 su población mantuvo un crecimiento relativamente superior respecto al estado de Illinois, pero por debajo del promedio nacional. En cambio, en el 2000 su crecimiento poblacional fue fuerte, mientras que en 2010 se aproximó a la media nacional. Esto indica que debido a la dinámica experimentada por la población, la demanda de servicios para la ciudad de Chicago aumentó entre 1990 y 2000 y que esta se mantiene.

Tendencias de la población en Estados Unidos: 1970-2010

	Población 1970	Población 1980	Población 1990	Población 2000	Población 2010	TCPA 1980-70	TCPA 1990-80	TCPA 2000-90	TCPA 2010-00
United States	203,211,926	226,545,805	248,709,873	281,421,906	308,745,538	1.09	0.94	1.4	0.93
Northeast	49,040,703	49,135,283	50,809,229	53,594,378	55,317,240	0.02	0.34	0.54	0.32
Midwest	56,571,663	58,865,670	59,668,632	64,392,776	66,927,001	0.40	0.14	0.76	0.39
South	62,795,367	75,372,362	85,445,930	100,236,820	114,555,744	1.84	1.26	1.61	1.34
West	34,804,193	43,172,490	52,786,082	63,197,932	71,945,553	2.18	2.03	1.82	1.30
California	19,953,134	23,667,902	29,760,021	33,871,648	37,253,956	1.72	2.32	1.30	0.96
Illinois	11,113,976	11,426,518	11,430,602	12,419,293	12,830,632	0.28	0.00	0.83	0.33
Texas	11,196,730	14,229,191	16,986,510	20,851,820	25,145,561	2.43	1.79	2.07	1.89
Chicago*	8,089,421	8,264,490	8,385,397	9,312,255	9,804,845	0.43	0.29	2.2	1.04

Fuente: <http://2010.census.gov/2010census/data/apportionment-pop-text.php>

<http://www.census.gov/population/www/metroareas/pastmetro.html>

*Esta cifra corresponde a 2009.

En lo que corresponde a su composición étnica, los grandes cinco grupos étnicos de Illinois son los *alemanes* (que comprenden un 19,6% de la población del Estado), los *afroamericanos* (15,1%) los *irlandeses* (12,2%), los *mexicanos* (9,2%) y los *polacos* (un 7,5%). Otras descendencias étnicas son los *ingleses*, *italianos* y *suecos* (http://es.wikipedia.org/wiki/Illinois#Principales_ciudades). Esta característica multiétnica

también se expresa en la ciudad de Chicago. En 2008, Chicago tenía una población de 2.853.114 personas, de los cuales se distribuía como sigue: afroamericanos 35.3%, blancos europeos o descendientes de europeos 30.6%, latinoamericanos 28.2% y asiáticos 4.9% (http://es.wikipedia.org/wiki/Illinois#Principales_ciudades). Se trata por tanto de un estado y una ciudad cosmopolita y quizás debido a ello y al rol de las organizaciones no gubernamentales su población nativa muestra signos de tolerancia hacia los inmigrantes.

Por tanto, Chicago es una gran ciudad altamente representada por los latinos, predominando entre ellos la población de origen mexicana. Por su crecimiento, se trata asimismo de una población que en la última década experimentó una reducción en su capacidad de atracción de inmigrantes, ya que se calcula que: en el período 2005-2009, solo un 2% provenían de otro estado, y un 1% llegaron del extranjero (http://es.wikipedia.org/wiki/Illinois#Principales_ciudades). Un aspecto peculiar de la “ciudad de los vientos” es, asimismo, la tolerancia de clase política local hacia los inmigrantes, particularmente por Richard Michael Daley quien fue elegido alcalde en 1989 y reelegido en 1991, 1995, 1999, 2003 y 2007 (http://es.wikipedia.org/wiki/Richard_M._Daley).

En relación al acceso a la salud, según el reporte de la contraparte estadounidense de este proyecto (Gutiérrez, Elena y Castañeda, Maura, 2010), se estima que en 2008 los inmigrantes mexicanos que residían en Illinois era de 720,106, y representaban aproximadamente el 5,6% de la población total del estado. De esta cifra, el 44.2% eran mujeres. Por otra parte, Chicago y sus alrededores tienen el segundo porcentaje más alto de inmigrantes mexicanos en el país con una población estimada en 691,113 (MPI 2010)

3. Dinámica poblacional y migratoria en Zacatecas

La dinámica de la población de la entidad pasa por dos procesos imbricados; por un lado, existe un proceso moderado de recuperación de la población como resultado del retorno libre u obligado de no pocos migrantes, pero básicamente se debe al freno que ha tenido la inmigración en Estados Unidos, cuyo saldo para Zacatecas entre 2005-2010 es apenas de 4,909 personas por año, frente a 30,158 entre 2000-2005; y por otro, aún persiste el despoblamiento acumulado de años anteriores: así en 2010, de los 58 municipios, 30 de ellos presentan una población menor a la de hace 20 años (53.8%), 28 respecto de la población de 15 años atrás (50%) y 25 en relación a la población de hace 10 años (43.90).

Hipotéticamente, si entre 1990 y 2010 Zacatecas no hubiera experimentado emigración, en lugar de registrar solo 1,490,550 habitantes tendría 1,945,785 habitantes, lo que significa que en 20 años la entidad perdió 30.54% de su población.

Tabla 2: dinámica de la población de Zacatecas 1990-2010

	Pob. Total 1990	Pob. Total 1995	Pob. Total 2000	Pob. Total 2005	Pob. Total 2010	Diferencia 2010-1990	Diferencia 2010-1995	Diferencia 2010-2000	Diferencia 2010-2005
Zacatecas	1.276.323	1.336.496	1.353.610	1.367.292	1.490.550	214.227	154.054	136.940	123.258
Apozol	7.955	7.492	7.371	5.898	6.314	-1.641	-1.178	-1.057	416
Apulco	5.184	4.695	4.976	4.801	5.002	-182	307	26	201
Atolinga	4.234	3.476	3.199	2.738	2.692	-1.542	-784	-507	-46
Benito Juárez	4.525	4.264	4.368	3.904	4.376	-149	112	8	472
Calera	21.206	27.454	31.897	36.106	39.916	18.710	12.462	8.019	3.810
Cañitas de Felipe Pescador	7.995	9.069	8.522	7.893	8.239	244	-830	-283	346
Concepción del oro	13.405	12.557	11.728	11.857	12.789	-616	232	1.061	932
Cuauhtémoc	9.432	10.389	10.824	11.272	11.915	2.483	1.526	1.091	643
Chalchihuites	14.665	13.019	11.927	10.519	10.559	-4.106	-2.460	-1.368	40
Fresnillo	160.181	176.885	183.236	196.538	213.145	52.964	36.260	29.909	16.607
Trinidad García de la Cadena	3.905	3.710	3.547	2.964	3.013	-892	-697	-534	49
Genaro Codina	8.209	8.260	7.974	7.369	8.104	-105	-156	130	735
General Enrique Estrada	4.676	5.255	5.486	5.639	5.894	1.218	639	408	255
General Francisco R. Murguía	25.755	25.779	23.112	21.021	21.974	-3.781	-3.805	-1.138	953
El Plateado de Joaquín Amaro	3.242	2.139	2.018	1.619	1.609	-1.633	-530	-409	-10
General Pánfilo Natera	20.719	21.641	21.689	21.398	22.356	1.637	715	667	958
Guadalupe	82.770	107.523	109.066	129.387	159.991	77.221	52.468	50.925	30.604
Huanusco	6.316	5.700	5.254	4.239	4.306	-2.010	-1.394	-948	67
Jalpa	24.406	23.883	23.470	22.909	23.561	-845	-322	91	652
Jerez	57.974	56.180	54.757	52.594	57.610	-364	1.430	2.853	5.016
Jiménez del Teul	5.085	5.110	5.235	4.855	4.584	-501	-526	-651	-271
Juan Aldama	18.312	20.056	19.387	18.498	20.540	2.228	484	1.153	2.042
Juchipila	13.535	12.815	12.669	11.603	12.285	-1.250	-530	-384	682
Loreto	34.558	36.282	39.921	43.411	48.359	13.801	12.077	8.438	4.948
Luis Moya	11.502	11.488	11.418	10.982	12.235	733	747	817	1.253
Mazapil	22.172	20.969	17.860	15.589	17.814	-4.358	-3.155	-46	2.225
Melchor Ocampo	3.523	2.843	2.720	2.506	2.662	-861	-181	-58	156
Mezquital del Oro	3.519	3.153	3.004	2.475	2.584	-935	-569	-420	109
Miguel Auza	20.663	21.024	21.671	20.683	22.293	1.630	1.269	622	1.610
Momax	3.486	3.228	2.916	2.684	2.532	-954	-696	-384	-152
Monte Escobedo	11.278	9.800	9.702	8.855	8.929	-2.349	-871	-773	74
Morelos	8.143	9.176	9.755	10.543	11.493	3.350	2.317	1.738	950
Moyahua de Estrada	6.840	5.986	5.704	4.600	4.563	-2.277	-1.423	-1.141	-37
Nochistlán de Mejía	32.327	30.567	29.282	26.195	27.926	-4.401	-2.641	-1.356	1.731
Noria de Angeles	12.163	13.461	13.814	13.197	15.607	3.444	2.146	1.793	2.410
Ojocaliente	33.341	36.191	38.219	37.545	40.738	7.397	4.547	2.519	3.193
Pánuco	12.749	13.645	13.985	14.897	16.852	4.103	3.207	2.867	1.955
Pinos	59.550	63.549	64.415	66.174	69.844	10.294	6.295	5.429	3.670
Río Grande	57.834	60.559	59.330	57.708	62.645	4.811	2.086	3.315	4.937
Sain Alto	21.046	21.779	20.775	19.333	21.534	488	-245	759	2.201
El Salvador	3.353	3.798	3.101	2.866	2.710	-643	-1.088	-391	-156
Sombrerete	63.546	65.252	61.652	58.201	61.190	-2.356	-4.062	-462	2.989
Susticacán	1.632	1.453	1.346	1.235	1.357	-275	-96	11	122
Tabasco	15.556	15.446	15.681	14.806	15.653	97	207	-28	847
Tepechitlán	9.525	9.193	8.972	7.965	8.216	-1.309	-977	-756	251
Tepetongo	10.905	9.116	8.446	7.080	7.090	-3.815	-2.026	-1.356	10
Teúl de González Ortega	9.813	9.327	9.174	5.279	5.503	-4.310	-3.824	-3.671	224
Tlaltenango de Sánchez Román	22.987	23.670	23.456	21.636	25.497	2.510	1.827	2.041	3.861
Valparaíso	41.599	36.393	35.048	32.499	33.325	-8.274	-3.068	-1.723	826
Vetagrande	6.559	6.969	7.228	8.358	9.335	2.776	2.366	2.107	977
Villa de Cos	29.562	32.502	32.125	30.420	34.346	4.784	1.844	2.221	3.926
Villa García	12.675	13.467	14.443	16.540	18.266	5.591	4.799	3.823	1.726
Villa González Ortega	12.226	11.613	11.870	11.856	12.887	661	1.274	1.017	1.031
Villa Hidalgo	14.076	16.490	15.746	17.195	18.497	4.421	2.007	2.751	1.302
Villanueva	35.373	32.014	32.140	28.760	29.387	-5.986	-2.627	-2.753	627
Zacatecas	108.556	118.742	123.899	132.035	138.152	29.596	19.410	14.253	6.117
Trancoso			13.080	15.362	16.934	16.934	16.934	3.854	1.572
Santa María de la Paz				2.601	2.821	2.821	2.821	2.821	220
DESPOBLAMIENTO						30 Mpios.	28 Mpios.	25 Mpios.	6 Mpios.

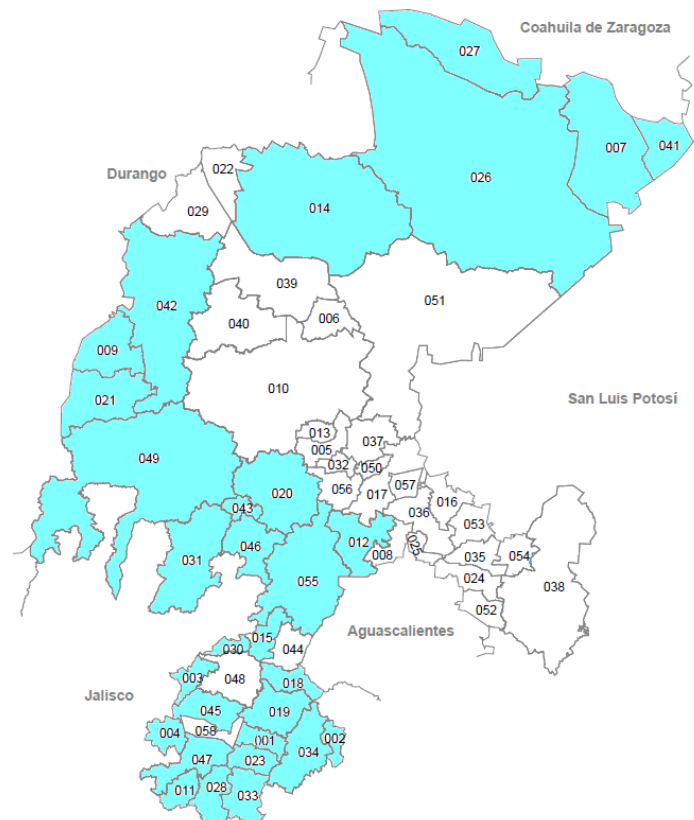
Fuente: Cálculos propios con base en INEGI, *Censo General de Población y Vivienda*, 1990, 2000 y 2010; *Conteo de Población*, 1995, 2005.

Congruente con lo anterior, los municipios que aún siguen despoblados son básicamente los que corresponden a la región de la migración histórica, ubicados en el sur y occidente; en cambio, los municipios despoblados del semidesierto, ubicados más norte, como: El Salvador, Melchor Ocampo, Concepción del Oro y Mazapil su despoblamiento está más vinculado a la migración a los estados vecinos de Coahuila y Nuevo León.

En estos 20 años de comparación, los municipios que aún experimentan un despoblamiento colosal son: El Plateado de Joaquín Amaro, Teúl de González Ortega, Tepetongo y Moyahua de Estrada; en contraposición, los municipios con mayor crecimiento son Guadalupe y Calera. Otros municipios con crecimiento importante son Villa García, Vetagrande, Morelos y Loreto.

Asimismo, como parte de esta compleja problemática, el estado presenta una alta dispersión poblacional. Inversamente, 3 municipios concentran un tercio de la población (34.3%): Fresnillo con 213,145 habitantes, Guadalupe con 159,991 habitantes y Zacatecas con 138.152 habitantes.

Despoblamiento de Zacatecas 2010-1990



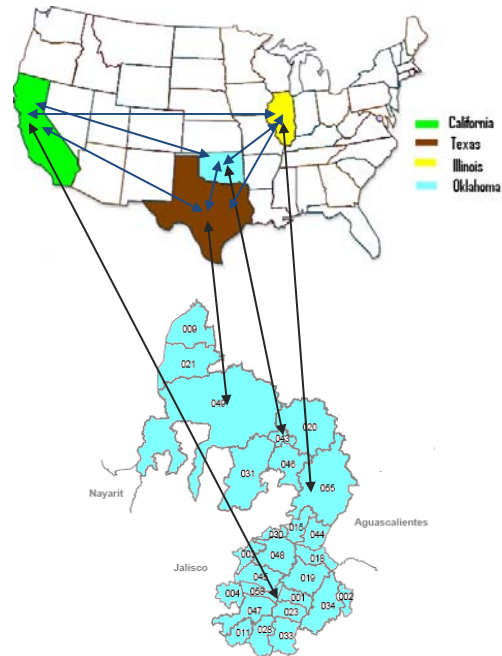
4. Circuitos de la migración internacional

Región histórica (sur-occidente)

Esta es la región en el estado de Zacatecas con mayor tradición histórica, por lo menos data desde 1930-40, identificada con los destinos tradicionales hacia Estados Unidos, como son, California, Texas, Illinois y Oklahoma; predominando en esta región el patrón de la migración establecida.

Aunque en el destino las poblaciones suelen desplazarse de una entidad a otra, lo que se observa es el establecimiento permanente de un circuito en el origen y el destino. Esta característica ha sido decisiva para el surgimiento de la organización migrante en los estados de California, Illinois y Texas.

Destinos de la región histórica
hacia Estados Unidos

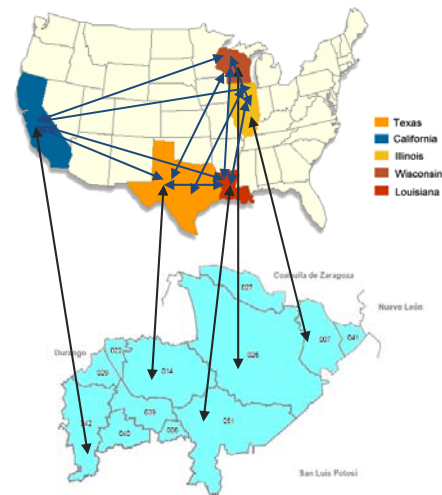


Moctezuma, Miguel, (2007)

Región intermedia (norte)

La región de migración intermedia que data desde la década de 1960, tiene como principales destinos en Estados Unidos las entidades de Texas, California, Illinois, Wisconsin y Luisiana; es decir, comparte destinos tradicionales y emergentes, lo que indica un cierto grado de concentración y al mismo tiempo de dispersión. En esta región se combina los dos patrones migratorios, el del migrante establecido y el del migrante circular.

Destinos de la Región Intermedia
hacia Estados Unidos



Moctezuma, Miguel, (2007)

Esta región también se caracteriza por la existencia de un flujo de migrantes internos, con predominio de las mujeres que se van a trabajar a la industria maquiladora de los estados de Coahuila y Nuevo León.

Región reciente (sureste)

La región reciente de la migración data de 1990 en adelante y es todavía más dispersa en sus destinos. Su flujo se dirige principalmente hacia Texas, California, Idaho, Carolina del Norte, Illinois y Georgia. En este caso, aunque existen los dos patrones migratorios, hay una tendencia fuerte de la migración circular, la que con el tiempo habrá de transformarse.

Esta característica muestra que los flujos recientes de la migración tienden a coincidir más con los nuevos destinos. Aún así, la migración de esta región tiende a conservar un patrón más o menos focalizado en los destinos tradicionales de la entidad.



Moctezuma, Miguel, (2007)

Un segundo rasgo característico de esta región es que lo reciente de la migración es también un proceso muy intenso, de ahí que rápidamente se hayan formado comunidades filiales y que, a pesar de su dispersión ya se pueda hablar de un circuito regional con destinos focalizados.

Región de transición (centro)

La región centro del estado conforma un espacio de transición entre la región histórica de la migración y la región intermedia; por lo que presenta características de ambas, aunque tienen a predominar los rasgos de la primera sobre la segunda: data de 1960 en adelante y sus destinos son los tradicionales: Illinois, Texas y California. Esta región es la menos

estudiada debido a que no acusa despoblamiento. Su migración internacional es intensa en las poblaciones rurales y no así en las poblaciones urbanas, por lo que en estos municipios es donde se registra un mayor crecimiento poblacional; además de que ciudades como Fresnillo, Calera y Zacatecas se han convertido en centros de atracción de la propia población de la entidad, debido a los servicios que se ofrecen y al dinamismo económica que experimentan.

Una observación complementaria sobre los circuitos migratorios es que entre el origen y el destino existen *conexiones puentes* formados por pequeños núcleos de población entre zacatecanos, lo cual hace más complicada la relación origen y destino, que es la que tradicionalmente se investiga a través de un modelo que simplifica la complejidad que trae consigo el concepto de redes sociales y circuitos de migrantes.

Una mirada de conjunto sobre las regiones de la migración indica que prácticamente todo el estado de Zacatecas tiene como destinos tradicionales los estados de California, Illinois y Texas. En la actualidad, por alguna razón Illinois viene dejando de estar en la preferencia de los destinos de los migrantes zacatecanos. Un segundo grupo de ellos vive en Colorado, Georgia, Arkansas, Oregon. Hay sin embargo una gran dispersión que abarca por lo menos otras quince entidades, como son Oklahoma, Idaho, Wisconsin, Iowa, Kansas, Florida, Carolina del Norte, Tennessee, Nuevo Mexico, Nevada, Washington, Nebraska, Louisiana, Indiana y Alabama (Moctezuma, M., 2004). Un aspecto preocupante es el hecho de que la emigración zacatecana arroja, que de todos los hogares que cuentan con al menos un migrante, un 18.9% son *nuevos hogares con emigración* entre los años 2000 y 2004 (Moctezuma, M., 2004).

5. Resultados de investigación

Los resultados tienen dos fuentes, la parte cuantitativa estuvo a cargo de la Dra. Elena Gutiérrez de la Universidad de Illinois, misma que fue la responsable de la aplicación de una encuesta en dos centros comunitarios proveedores de servicios de salud, cuya información fue reportada de manera directa a PIMSA y que aquí se retoma solo como complemento de la parte cualitativa.

Como ya se dijo, las clínicas comunitarias de salud constituyen una de las vías de acceso a los inmigrantes independientemente del estatus migratorio. El estudio cuantitativo

se concentro a investigar la situación en dos clínicas comunitarias: *Centro Médico Alivio* y *Metropolitan and Families Services*.

Alivio Medical Center es una organización sin fines de lucro que proporciona servicios de salud de primer nivel y especializados desde hace 22 años para las personas que hablan cualquier idioma y carecen de seguro médico o tienen un seguro insuficiente o son personas ubicadas en el nivel de pobreza. Cuenta con varias clínicas comunitarias que dan servicios a las comunidades de mayor población latina como Pilsen, La Villita, Back of the Yards, Armour Square, Brighton Park, Bridgeport, McKinley Park, Archer Heights, Gage Park, Near West Side and Cicero. Sus servicios se extienden a otras comunidades de inmigrantes que residen en esa zona (<http://www.volunteermatch.org/search/org32993.jsp>).

Los servicios de apoyo proporcionados por *Alivio Medical Center* incluyen asesoramiento sobre nutrición, gineco-obstetricia, enfermera-partera, cuidado de enfermería, pediatría, servicios de medicina familiar, inmunizaciones, servicios educativos, cursos de lactancia materna, la información del programa *KidCare* y la matrícula para las clases prenatales y la atención, el parto y la crianza de los hijos, la atención de adultos, medicina interna, cirugía, asesoramiento, servicios de *WIC*, educación para la salud, visitas domiciliarias, así como los servicios generales de atención integral de salud (<http://www.volunteermatch.org/search/org32993.jsp>).

Uno de los aspectos clave es el liderazgo que tiene *Alivio Medical Center* de su fundadora Carmen Velázquez quien gracias a su reconocimiento filantrópico tiene una gran capacidad de cabildeo y de negociación para atraer recursos y ampliar los servicios que se proporcionan a la población más necesitada, además de una visión estratégica que ha llevado a este centro comunitario a proporcionar servicios diversos.

Metropolitan Families Services es una organización filantrópica que reciben fondos del gobierno y de la filantropía privada y se considera asimismo soporte familiar. Proporciona servicios de apoyo y asesoría a los suburbios y poblaciones marginadas a madres embarazadas, adopción familiar, recuperación de enfermedades mentales, víctimas de maltrato y abuso familiar, asesoría legal, visitas domiciliarias, etc. Cuenta con siete centros de atención comunitaria: Calumet, Midway, North Center, Southeast Chicago, DuPage, Evanston/Skokie Valle y Southwest (<http://www.metrofamily.org/community-centers/southwest/default.aspx>).

La encuesta se aplicó en los dos centros de salud comunitarios, ya mencionados: “Metropolitan Families Services” y “Centro Médico Alivio”, los cuales proporcionan atención a poblaciones vulnerables en dos áreas de Chicago. La unidad de análisis fue la mujer inmigrante que tenía al menos un embarazo previo. El universo abarcó 175 mujeres inmigrantes mexicanas con menos de 15 años de residencia y con una edad entre 21 a 35 años.

5.1 Resultados de la encuesta

El Reporte dice que:

“Cerca de la mitad de las participantes tenían entre 5 y 10 años de residencia en EU y procedían en su mayoría (53.1%) de estados con alta tradición migratoria como Guanajuato, Zacatecas o Michoacán. En el último año, las participantes utilizaron Servicios de Salud Reproductiva como el Papanicolaou y el control prenatal (77.7 y 45.7%). El 60.6% de las participantes no contaba con un seguro médico y el 54.9% reportó que no contar con un seguro representaba la principal barrera de acceso a los Servicios de Salud Reproductiva” (Gutiérrez, Elena y Castañeda, Maura, 2010). Esto coincide con los resultados dados antes como parte del contexto de acceso a los servicios de salud.

“Un porcentaje mayoritario de las participantes (86.0%) conocía instituciones que ofrecen servicios de salud reproductiva (SSR) en Chicago. Más del 70% sabía de su existencia a través de familiares y conocidos, aunque el papel de los medios de comunicación también fue importante. En relación a la utilización de Servicios de Salud Reproductiva en el último año, prevalecieron los servicios preventivos como la realización de la citología cervical (Papanicolaou) y los cuidados prenatales, seguidos por consejería para el uso de anticonceptivos y la atención del parto y el puerperio. Las principales barreras para el acceso a Servicios de Salud Reproductiva de las mujeres participantes en el estudio fueron principalmente el no contar con un seguro de salud (54.9%), las barreras relacionadas con el idioma (21.7%) y el alto costo de los servicios (13.7%)” (Gutiérrez, Elena y Castañeda, Maura, 2010). En este caso destaca el apoyo de las relaciones familiares y redes sociales de los conocidos, mismas que para el caso de la ciudad de Chicago juegan un papel importante debido a que se trata de poblaciones con una alta tradición migratoria.

“En lo que se refiere a la cobertura de seguro de salud de las migrantes mexicanas en Chicago, más del 60% no contaba con ningún tipo de seguro. Entre quienes manifestaron que sí contaban con uno, la mayoría era de tipo público (82.6%) y solo un 17.4% tenía un seguro privado. En relación al proveedor de dicho seguro, solo 4.4% de las participantes manifestaron que fue su empleador y el 13% el empleador de su esposo o pareja” (Gutiérrez, Elena y Castañeda, Maura, 2010).

Cabe aclarar que el universo de mujeres seleccionadas se refiere a aquellas que utilizan los servicios de salud de dos centros comunitarios, lo que indica un sesgo explicable debido a que la Universidad de Illinois insistió en contar con la aprobación del protocolo por parte de la Junta de Revisión Institucional, misma que a su vez requirió de la aprobación por parte de los centros comunitarios de salud, cuando lo que se requería era aplicar una encuesta a un grupo de población abierta, de modo que se pudiera recoger información entre aquellas personas con y sin acceso a los servicios públicos de salud reproductiva. Una de las condicionantes de esta autorización es que fuimos condicionados también a no preguntar por el estatus migratorio de las encuestadas.

De cualquier manera, las mujeres encuestadas acudían a las clínicas señaladas a solicitar servicios diversos y en ese sentido todas tienen cobertura de salud, aunque este no forme parte de los programas federales como *Medicare*, *Medicaid*, *Children's Health Insurance Program*, *Family Care* y *Women, Infants and Children Program* (WIC).

5.2 Técnica de los grupos focales

La primera cuestión consiste en que la misma debe de responder a *una estrategia integral de investigación*, que suele complementarse con otras técnicas de investigación con la finalidad de aumentar la certidumbre de los resultados, pero por si misma tiene su propio valor heurístico. Permite acceder a información y en un tiempo record hacernos de un panorama general, reduciendo con ello sus costos.

Otros aspectos no menos importantes se refieren a *la clarificación del sujeto* o sujetos hacia los cuales se pretende canalizar el trabajo de campo, *la selección de las interrogantes*, así como *el lugar de trabajo*.

Toda técnica de investigación es un instrumento que busca recopilar información. La diferencia entre una técnica y otra presupone una cierta forma de reproducir en el

pensamiento lo social “...cuando investigamos, no recolectamos lo real, lo producimos” (Ibáñez, Jesús, 1994:88). En rigor, no solamente lo producimos, sino que lo hacemos de una cierta forma, destacando sus cualidades y discriminando otras.

Esta técnica de investigación suele utilizarse en aquellos procesos en los que se pretende recoger la opinión de los conglomerados sociales como es el caso de los estudios de mercado y la evaluación que realizan los ciudadanos respecto del gobierno y la implementación de las políticas públicas (Morgan 1997 y Merton 1990), como es el que nos ocupa.

Los grupos de discusión o grupos focales, en tanto técnica de investigación social, permiten recopilar la información mediante un instrumento muy peculiar que es *la conversación o la relación dialógica de sus miembros*. Aunque operativamente, entre los respondientes suele haber mayor o menor iniciativa de intervención, es conveniente no perder de vista que *la información recopilada es del tipo grupal*.

En esta técnica el investigador se conduce a través de preguntas/objetivo, las cuales se integran por las dimensiones temáticas que implica el trabajo de campo. En lo individual, el respondiente tiene la capacidad de reformular otras preguntas o incluso de cuestionar las que se le formulan, además de incidir con sus puntos de vista en los otros miembros del grupo hasta construir un consenso. Ello conduce a preguntas y respuestas que son construidas y reconstruidas en el proceso mismo de la investigación “...Las informaciones se producen mediante juegos de lenguaje de tipo ‘conversación’: un juego de información abierto, pues el que responde puede cuestionar la pregunta y hacer otras preguntas; cada interlocución abre espacios a los otros interlocutores...” (Ibáñez, Jesús, 1994:83-84). Es decir, se trata de una *interacción abierta* en donde sus miembros se relacionan horizontalmente entre sí y con el investigador y donde éste suele tomar un rol distinto al predominante. Es decir, el trabajo de campo no pretende comprobar la validez de una teoría, ni tomar el papel autocomplaciente del que todo lo sabe; por el contrario, “...El investigador —como preceptor del grupo— es, en cierto modo, interior al sistema, juega un papel en la discusión: propone el tema a discutir y cataliza la discusión mediante reformulaciones y/o interpretaciones, y está ligado al grupo por cuestiones de transferencia y contra transferencia. A lo largo de la discusión, la transferencia al preceptor (un punto fijo exógeno) vira la transferencia al grupo (un punto fijo endógeno)” (Ibáñez, Jesús, 1994:98).

Por tanto, si no se tiene cuidado, esta experiencia podría dar origen a distorsiones y problemas insuperables.

El aspecto medular de esta técnica es que pretende superar la típica relación sujeto/objeto, en la que el investigador o preceptor es siempre el sujeto y el grupo es el objeto; ¿Cómo se logra? “...El grupo que discute es responsable ante el preceptor: porque debe responder, la discusión del tema es una respuesta a la provocación del tema por el preceptor. Hay respuestas que obturan la pregunta (la pregunta que obtiene respuesta pertinentemente queda cerrada), pero hay respuestas que dejan abierta la pregunta: la respuesta del tipo ‘no hay respuesta’ (que obliga a preguntarse al que espera la respuesta). Una vez que la transferencia ha virado del preceptor al grupo, el preceptor, *puede (debe)* abdicar de su papel. De hecho, cuando se cierra el magnetofón, el preceptor puede conversar de igual a igual con los miembros del grupo...” (Ibáñez, Jesús, 1994: 105-106).

Esto es, el grupo de discusión permite expresar libremente lo que se piensa de lo ya realizado o desea hacer en el futuro. Lo expresado colectivamente es una especie de reflexión y evaluación, es indicativo de lo que se pretende, más no conduce directamente a llevarlo a cabo. Se trata de una técnica de investigación que, además de recoger la percepción de lo realizado, también permite libremente “un decir sin un hacer” (Ibíd:84). Los grupos de discusión se hacen y se desintegran con un objetivo (Ibíd:98).

Se recomienda que antes de seleccionar a quienes serán los miembros del grupo de discusión se tome una decisión clara que permita hacer la selección previa. Además de los criterios utilizados, se requiere que la selección no se vea contaminada o influida por la introducción de factores externos; por ejemplo, la participación de instancias públicas.

Por ende, el lugar en el que se recogerá la información ha de ser seleccionado cuidadosamente entre varios posibles, buscando elegir preferentemente un *espacio de socialización* de la comunidad de donde procede el grupo de discusión. Los miembros de la comunidad reconocen como espacios de socialización los lugares comunes donde se reúnen a conversar formal e informalmente (Moctezuma, M., 2000). Por otra parte, se busca que el lugar de la reunión sea confortable, preparando anticipadamente la reunión a través de una mesa redonda, cuyo escenario permita que el grupo entero interactúe cara a cara. No está por demás recomendar lo imprescindible que resulta que los investigadores conozcan el lugar y que evalúen la posibilidad de resistencias al mismo debido a causas diversas. Aún

así, se recomienda que en las sesiones de trabajo no haya presencia de signos de poder que dificulten libremente el decir y se imponga el hacer con todo y sus asimetrías.

En una comunidad se buscará que el grupo intente representar lo mejor posible, el género, la diversidad de clases, grupos, actores sociales, cuyas fronteras son abstractas y construidas por el investigador (Ibáñez, Jesús, 1994:107).

Se recomienda que el grupo lo integren un máximo de 8 o 9 personas con el objeto de que las sesiones de trabajo sean manejables.

Operativamente, el curso del tratamiento grupal inicia con una breve introducción “rompe hielo” por parte de uno de los investigadores, mismo que se recomienda se encargue de coordinar la sesión. En seguida se enuncian los objetivos del grupo *in situ*, resaltando la importancia de que los asistentes se predispongan a compartir entre sí sus experiencias hasta lograr el consenso grupal (Canales, Manuel y Peinado, Anselmo, 1994). El paso siguiente consiste en formular y consensuar con los presentes una agenda de trabajo, cuyo curso prosigue con una breve presentación de todos los asistentes (nombre y ocupación). Esto permite disponer de una primera imagen del grupo y ayuda a la apertura de la discusión.

Aunque la aplicación de esta técnica requiere de un amplio criterio de flexibilidad, la secuencia de la sesión busca transcurrir siguiendo la temática prediseñada o en los casos en los que ello resulta cuestionado, se amplía lo más posible el abanico de posibilidades. En este caso, el criterio para transitar de un tema a otro es el de *la saturación*; es decir, cuando todos o la mayoría de los miembros del grupo ya han expresado sus experiencias, llegando un momento en el cual se advierten reiteraciones por los participantes (Bertraux, Daniel, 1993); momento en que el moderador podría hacer una síntesis que sirve para pasar al tema siguiente.

5.2.1 Resultado de los grupos focales

Los resultados que arrojan los grupos focales provienen de tres fuentes: *a) mujeres inmigrantes, b) organizaciones y líderes de migrantes y c) proveedores comunitarios de la atención y cuidado de la salud reproductiva.*

5.2.1.1 Grupo de foco 1: se realizó el 2 de octubre de 2009 con *mujeres inmigrantes* en las instalaciones de *Metropolitan Family Services*, South Chicago.

La mayoría de las mujeres partícipes de este grupo focal muestran un conocimiento profundo de los programas de salud reproductiva a que tienen acceso. Todas tienen hijos o hijas y cultivan la idea de que es mejor una familia pequeña, pero que esto depende de factores como las generaciones, el contexto y la cultura. En general también están de acuerdo que el cuidado directo de los hijos es muy importante, aspecto que identifican es parte de las actividades propias de la mujer latina; por tanto, prefieren cuidar a los hijos que trabajar, por lo menos durante los primeros años. También resultó que cuando trabajan, son los propios familiares quienes cuidan de sus hijos, es el caso de las abuelas y las tías de ambos lados. Algunas declararon contar con el respaldo de sus esposos en el cuidado de los hijos e incluso en sentido amplio en las tareas del hogar. En este caso se trata de apoyos basados en la familia que se extienden incluso al cuidado de las personas de la tercera edad.

Sobre el conocimiento de las alternativas de salud se reconocieron varias opciones: las ferias de salud, las ventanillas de salud, la semana binacional de salud promovidas por el Consulado Mexicano, las que además de brindar servicios también proporcionan información sobre las distintas opciones que los migrantes tienen independientemente de su condición migratoria. Con frecuencia, los familiares con mayor tiempo residiendo en la Ciudad de Chicago informan a los recién llegados de aquellos programas del gobierno y de la existencia de clínicas comunitarias que ofrecen servicios de salud, sin embargo, en esto hay opiniones no muy claras en el sentido de que su uso puede o no perjudicar la regularización de los inmigrantes.

En la discusión grupal se mencionaron varios programas, clínicas y hospitales comunitarios como *Mother and Child Food and Nutrition Program (MAC)*, *Women, Infants and Children Program (WIC)*, *Apply for Link Card*, *Food Stamps and Medical Assistance*, *kidshealth*, *University of Illinois Medical Center* y *el Trinity Hospital*. Aún así, la oferta de salud señalada fue reducida, observándose un cierto desconocimiento de otros programas que aquí se han señalado. Empero, se detectó el reconocimiento al gobierno del estado de Illinois y de la ciudad de Chicago, liderados por políticos accesibles a las necesidades de la población inmigrante.

La opinión de las distintas opciones es buena, pero, se detecta la necesidad de una oferta de salud acompañada de traductores al español o por parte de personal bilingüe. Algunas personas de Chicago también localizaron clínicas comunitarias en Indiana hasta donde hacen sus viajes para recibir atención médica, como es el caso de la *St. Margaret Health*.

En cuanto al servicio de salud que reciben, hubo consenso en que es de calidad porque incluso las clínicas comunitarias cuentan con equipamiento en el que la atención a la mujer en el campo de la salud reproductiva proporciona atención y seguimiento desde el embarazo, parto, posparto y hasta que los hijos cumplen cinco años. Es además una atención médica diversificada en donde los servicios de salud están al pendiente como rutina de que las personas acudan a su cita y se hagan los exámenes de salud que requiere el desarrollo del embarazo; en algunos casos se realizan visitas domiciliarias y se hacen recordatorios a través del teléfono.

En cuanto a la discriminación social, hubo consenso en este grupo focal de que a pesar del ambiente adverso, en las clínicas de salud comunitarias de Chicago existe una reglamentación que prohíbe preguntar por el estatus migratorio a los demandantes de servicios. Esta es una de las razones por las que el *Women, Infants and Children Program* (WIC) dirigido a los niños prácticamente se ha universalizado; asimismo, cuando algún niño presenta algún problema al nacer, en este caso se le da un seguimiento minucioso sobre su salud, se aseguran de que los niños reciban sus vacunas, esto existe incluso como condición para el ingreso a la escuela.

Un aspecto que ocupó fuertemente la atención fue el programa *Apply for Link Card* a cargo del Departamento de Servicios Humanos de Illinois que proporciona cupones para la compra de alimentos para los hijos, e incluso apoyos económicos para los grupos vulnerables; en este caso el programa se identificó como “*Link*” y está vinculado a otros similares. Pero, a pesar de que no es así, algunas mujeres tenían la idea de que solicitar apoyo en dinero perjudica a futuro el derecho a la regularización migratoria. En general existe resistencia a verse o hacer algo que las presente como una carga para el Estado.

5.2.1.2 Grupo focal 2 a organizaciones y líderes de migrantes (Restaurante “5 Hermanos”, ILL. Propiedad de paisanos de Zacatecas, 01 de octubre de 2009). En ese grupo se compuso

de hombres y mujeres de varios municipios del Sur de Zacatecas y de dos invitados, procedentes de Michoacán y Jalisco.

Este es un grupo que regularmente tiene “aseguranza”, pero con la crisis, para algunos eso se ha convertido en un problema imprevisto. La dificultad radica en que tienen un mejor nivel de vida y no califican como grupos vulnerables, pero tampoco cuentan con ingresos altos como para cubrir un seguro privado. Algunos de ellos en sus vueltas llevan medicinas de México, y cuando la situación es apremiante, retornan nuevamente a México a atenderse y a realizarse cirugías especializadas, ya que éstas resultan muy onerosas para las familias cuando no se tiene seguro médico. Pero venir a México y volver a Estados Unidos no lo pueden hacer aquellos migrantes que por su situación migratoria están impedidos para desplazarse libremente entre los dos países, e incluso, a pesar del dolor deciden no venir cuando muere uno de sus familiares. Reconocen que la falta de recursos hace que lleguen a los hospitales cuando la salud se ha complicado. Otros, debido a su alto nivel de información y experiencia (redes sociales) están recurriendo a la medicina oriental (acupuntura) y a la medicina tradicional.

Se reconoció, al igual que el grupo anterior que en el estado de Illinois existen mayores oportunidades para el acceso a la salud pública y se comparó esta situación con experiencias traumatizantes en el estado contiguo de Indiana. También identificaron que los médicos, en su afán por hacer negocio tratan de incitar a la realización de cirugías innecesarias. Asimismo, a diferencia del grupo anterior que se refiere a la población abierta, en este se dijo que la mujer ya no es tan tradicionalista, por el contrario, se señaló que la mujer está empoderada y cuando no va al médico es porque no tiene “aseguranza” o por negligencia, pero no se debe a que el esposo no la deje ir. Reconocieron que cuentan con congresistas latinos, pero hace falta involucrarse más en el desarrollo de propuestas que los benefician. Un aspecto que resaltó en esta reunión fue que se nos dijo que, desde la academia no los veamos como víctimas, no se aceptan así y no quieren que los estigmaticemos en el lenguaje como “pobrecitos” migrantes. En ese sentido, tampoco estuvieron de acuerdo en que el lenguaje sea un problema del médico, por el contrario, la falta de dominio del Inglés constituye un problema del migrante que no se ha preparado para la interacción con la sociedad receptora.

5.2.1.3 Tercer grupo de foco con informante clave, proveedores de servicios de salud comunitaria. En este tercer grupo se trabajó con dos proveedores de servicios comunitarios: *Alivio Medical Center*, *Metropolitan and Families Services*, y *Mujeres Latinas en Acción*.

Alivio Medical Center constituye un medio de enlace para evaluar a las mujeres que requieren de algún servicio público de salud vinculado a otros programas de salud pública como los que ya antes se han señalado. En este caso se realiza una evaluación (assessment) para informarse si la persona solicitante califica a alguno de ellos; por ejemplo en el *Healthy Families Program*. También apoyan a los grupos de mujeres jóvenes que tienen su primer embarazo y son inmigrantes recientes con información y apoyando para el acceso a servicios a que tienen derecho. En este caso Alivio proporciona servicios de salud durante el embarazo y posteriormente la atención se centra en la salud del bebe. En cambio, *Metropolitan and Families Services* se concentra en visitas a las mujeres embarazadas concentrando la atención sobre las necesidades de acceso a los servicios de salud, acompañando en esto a la madre del bebe hasta los cinco años, garantizando así que reciba todas las vacunas, además de apoyar a los familiares que requieren de otro tipo de atenciones. Uno de los aspectos a los que se les pone atención es el de la violencia intrafamiliar, la cual no sale a flote fácilmente y si no se tiene cuidado, este problema puede generar dificultades de acceso al programa debido a que este tipo de esposos son muy celosos de su autoridad. También se busca facilitar la inserción social de aquellas mujeres de reciente arribo, que viven largos periodos recluidas en sus casas y que no conocen ciudad: cuando se tienen actividades se les lleva conocer los museos, zoológicos, etc. Una de las actividades frecuentes es la realización de talleres sobre algún tema relacionado con la salud reproductiva.

Alivio Medical Center trata de involucrar a los hombres para enfrentar la depresión, lo cual siempre resulta factible cuando los varones acompañan a sus esposas a la prueba del embarazo. Existe una constante: las mujeres recién llegadas se ven sorprendidas por el primer embarazo y por su situación de soledad y falta de adaptación, cuando en su imaginario lo que esperaban encontrar era mejores condiciones de vida en comparación con la experiencia en sus comunidades en México.

En ambos casos se les apoya cuando deciden operarse para no tener más hijos, se les informa sobre cuándo médicamente es más apropiado, las opciones para hombres y mujeres, sus costos. *Alivio Medical Center* realiza este tipo de operaciones.

El servicio de salud reproductiva que más se demanda en Alivio es el del embarazo, el resto de los servicios llegan después de que la mujer ha tenido una primera experiencia de embarazo y que ha sido atendida en esta clínica comunitaria, como el control prenatal, atención de parto, urgencias obstétricas, embarazo, puerperio, planificación familiar, Papanicolaou, cáncer de mama, etc. Esta es una experiencia generalizable respecto de las clínicas comunitarias que proporcionan servicios de salud reproductiva a la población abierta.

Alivio Medical Center, por su ubicación en la ciudad, proporciona servicios de salud principalmente a inmigrantes que proceden de Zacatecas, Jalisco, Guanajuato, Michoacán y Durango. En el área de influencia hay también polacos, chinos que demandan estos servicios. Recientemente también se ha incorporado un nuevo grupo de inmigrantes indígenas procedentes de Oaxaca y Chiapas.

5.2.1.4 Cuatro grupo de foco, informantes clave: *Mujeres Latinas en Acción y Federación de Clubes Unidos Zacatecas en Illinois y el medio Oeste*, Universidad de Illinois, 02 de Octubre de 2009.

Mujeres Latinas en Acción es una organización que brinda servicios a las inmigrantes recientes y residentes sobre varias líneas de trabajo: violencia intrafamiliar, sobrevivientes de la violencia intrafamiliar, apoyo a quienes no tienen donde vivir, capacitación sobre la autonomía y liderazgo, desarrollo de la autoestima, crianza y cuidados infantiles, cultivo de las potencialidades de los niños entre los 6 a los 12 años de edad y apoyo a los niños entre los 8 y los 12 años. Una de la líneas que en el ámbito de la salud reproductiva se trató con *Mujeres Latinas en Acción* fue el de la sexualidad, en donde lo que se hace es informar a través de talleres a madres e hijas sobre los derechos reproductivos que ellas tienen, involucrándolas para que difundan sus aprendizajes con otras mujeres.

Como se sabe, en Chicago es obligatorio que en las escuelas se enseñe educación sexual. El Programa Madre e Hija busca favorecer la comunicación saludable de género y

generacional principalmente entre las mujeres. En él se habla de “machismo”, “miarianismo” y feminismo, aspectos que están llenos de mitos y estereotipos que guían la conducta humana. Asimismo, se tocan los mitos sobre el embarazo, las dificultades al embarazo, las costumbres culturales y demás temas afines. Se señala que la sexualidad es vista vulgarmente sólo como genitalidad y reproducción, pero en realidad la sexualidad es todo el cuerpo en sentido físico, sexual y espiritual. Se les proporciona información sobre uso de anticonceptivos y de que en Estados Unidos es legal la solicitud de aborto. Una de las funciones importantes de *Mujeres Latinas en Acción* es el estar pendientes del contenido de las leyes y de cómo buscan que estas cambien.⁴

Actualmente se está participando activamente en la Ventanilla de Salud del Consulado General de México proporcionando información sobre clínicas que pueden hacer un Papanicolaou, examen de mama y mamogramas gratuitos. En algunos casos consiguen clínicas para que las atiendan. Por parte de la Ventanilla de Salud, ahí llegan personas desde Indiana, Wisconsin, Michigan, Iowa; porque en sí Chicago es del Midwest lo que es el centro, entonces cubren esos cuatro Estados, pero claro, el apoyo las clínicas se limita a Chicago.

Uno de los aspectos que observaron es que por ley los hospitales y clínicas de salud están obligados a contar con un traductor profesional de lenguajes. Esto frecuentemente falla porque llaman al barrendero o a la primera persona que se encuentran para que traduzca y en otros casos las madres tienen que apoyarse en sus hijos, aspecto que no resulta factible porque un niño no puede comprender y traducir muchos de los padecimientos de la salud reproductiva que aquejan a las madres.

En lo que toca a *la Federación de Clubes Unidos Zacatecas en Illinois y el medio Oeste*, como sabemos, esta es una organización cuya membresía la integran migrantes residentes, con una antigüedad que va de pocos años y/o alcanza incluso los límites de una vida. Una de las características distintivas es que se trata de una de las organizaciones de

⁴ Antes un adolescente menor de 18 años, se podía practicar un aborto sin notificar a sus papás o sin su consentimiento. Actualmente, cualquier adolescente que quiera hacerse un aborto, tiene que ir a una clínica y en periodo de 48 horas se le tiene que avisar al papá o a la mamá o a cualquier adulto que esté en la familia. Mujeres Latinas en Acción están trabajando con una organización de los derechos civiles, cuando el adolescente no tiene a un papá o a un representante o no quiere notificarle; en este caso se acude a un juez y se justifica por qué no se quiere dar la información a un miembro de la familia.

mexicanos que se encuentran entre las de mayor dinamismo y madurez. Durante su historia ha sido dirigida por dos mujeres que han hecho historia por sus contribuciones, las Sras. Rosalva Ruiz y Elena Durán. A estas organizaciones se les conoce más en la literatura científica por sus proyectos comunitarios en México, pero, en realidad su contribución se extiende a otras dimensiones que abarcan a los dos países: una de esas dimensiones es el empoderamiento de las mujeres.

Esta organización pone especial interés en la afirmación de la mujer, promoviendo la cultura, el acceso a las oportunidades en Estados Unidos y en México y la educación superior. En esa tónica resulta fundamental la insistencia para que los migrantes que reúnen los requisitos de ley se hagan ciudadanos y puedan votar a fin de hacer la diferencia. En Zacatecas, esta y otras organizaciones de migrantes lideradas por el Frente Cívico Zacatecano fueron capaces de promover una Reforma a la Constitución Política del Estado de Zacatecas, la primera en su tipo en México (Ley Migrante) sobre el ejercicio de derechos ciudadanos para los migrantes.

Cuenta también con un programa de becas para estudiantes en Chicago, misma que se financia a partir del patrocinio de los empresarios étnicos principalmente de Zacatecas establecidos en Chicago, al tiempo que se ha emprendido un Programa de “Becas 3x1” destinado a estudiantes de Zacatecas, el que junto con todas las asociaciones de clubes de migrantes se ha transformado en el más amplio a nivel nacional.

Un aspecto trascendente de esta asociación de clubes zacatecanos es que fue pionera en fomentar la organización de estudiantes zacatecanos en Illinois vinculados a la federación de Clubes. Se puede decir, por tanto que ese tipo de asociaciones promueven en el imaginario de sus miembros el eslogan de que estar en estados Unidos es para mejorar, para superarse.

Bibliografía

- Bertaux, Daniel, (1993), "Perspectiva biográfica: la validez metodológica y las potencialidades" en José Miguel Marinas y Cristina Santa Marina (Eds.) *La Historia Oral* Métodos y Experiencias, Debate, España.
- Canales, Manuel y Peinado Anselmo, (1994), "El grupo de discusión", en *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*, (Coords.), Síntesis Psicológica, España.
- Castañeda Xóchitl y Ojeda Gilbet, (2008). "Cobertura de seguro médico de los latinos en los Estados Unidos", Iniciativa de Salud de las Américas, Universidad de Berkeley, Octubre.
- INEGI, *Conteos de Población*, 1995, 2005.
- Fernández Valeria (2010), "Menos Cuidado para las Mujeres Indocumentadas con Cáncer de Mama", Corresponsal de *WeNews*, Monday, March 15.
- Gutierrez, Elena y Castañeda, Maura (2010), "Social Networks in the Access to Reproductive Health Services of Migrant Women to Chicago, Illinois: A Community Intervention"; *Final Narrative Report*, PROJECT # HNN09W PIMSA 2008-09
- Ibáñez, Jesús, (1994), *el Regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*, Siglo XXI, España Editores, Colección sociológica y política, España.
- INEGI, *Censos Generales de Población y Vivienda*, 1990, 2000 y 2010
- Johnson, Sharon, (2010), "El programa Prenatal de Nebraska Agita la Inmigración", Corresponsal de *WeNews* Corresponsal, Wednesday, March 10.
- Leite, Paula y Castañeda Xóchitl, 2010; estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2009.
- Ley Migrante, Iniciativa de Reforma a la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Zacatecas, Periódico Oficial, Órgano del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Zacatecas, Tomo CXIII, Número 79, 01 de Octubre de 2003.
- Marcelli, Enrico A. (2004), "The unauthorized residency status myth: health insurance coverage and medical care use among Mexican immigrants in California", *Migraciones Internacionales*, año 2, número 4, El Colegio de la Frontera Norte.
- Marshall, T.H. y Bottomore, Tom (1998): *Ciudadanía y clase social*, Alianza Editorial, Madrid.
- Merton Robert (1990), "The focused interview", *A Manual of Problems and Procedures*, Free Press, New York.
- Moctezuma, Miguel, (2000), "Remesas, inversión y organización de los migrantes zacatecanos. Resultados de cuatro grupos de foco", *Impacto de la Migración y las Remesas en el Crecimiento Económico Regional*, el Senado de la República, México.
- Moctezuma, Miguel, (2004), Principales Circuitos Migratorios y Cultura de la Migración Internacional de Zacatecas, *Informe de Investigación*, Fundación Rockefeller, Diciembre.
- Moctezuma, Miguel, (2007), Comunidades Transnacionales México-Estados Unidos (NATC), *Informe de Investigación*, Fundación Rockefeller.

- Morgan, David, (1997), *Focus Groups as Qualitative Research*, Thousand. Oaks, CA: sage publications.
- National Campaign to Restore Civil Rights, Derechos de los inmigrantes en <http://www.rollbackcampaign.org/>
- Puentes, Rubén; Canales, Alejandro; Rodríguez Ramírez, Héctor; Delgado Wise, Raúl; Castles Stephen, "Peoples' global action of migration, development, and human right, *IV Global Forum*, November 2010, Mexico City.
- T. H. Marshall, Citizenship and Social Class, en T.H Marshall, *Class Citizenship and Social Development*, (Westport, Connecticut: Greenwoodpress, 1973