

Salud y migración a Estados Unidos en la región de la Mixteca baja

RESUMEN EJECUTIVO



Instituto Nacional
de Salud Pública



Instituto Nacional
de Salud Pública

Salud y migración a Estados Unidos en la región de la Mixteca baja

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Salud y migración a Estados Unidos en la región de la Mixteca Baja

Resumen ejecutivo

Primera Edición, 2007

©D.R. Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos México
www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-31-0

Este estudio se realizó con recursos financieros de The Wellcome Trust (R.U.) 2005-2007. (Proyecto GR074006MF: "Migration health and mental health in rural Mexico in the context of globalization").

Equipo de investigación:

Investigadora Principal: Velia Nelly Salgado de Snyder

Investigadores: Tonatihu Tomás González Vázquez, Soraya Berenice Jáuregui Ortíz, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Margarita Márquez Serrano, Ietza Bojorquez Chapela, Emmanuel Poblete Trujillo, Rogelio Sandoval, César Infante Xibille.

Adaptación y coordinación editorial: Velia Nelly Salgado de Snyder y Víctor Becerril Montekio

Contenido

| | | |
|----|---|----|
| | Principales hallazgos y recomendaciones | 5 |
| 1. | Antecedentes | 9 |
| 2. | Metodología | 11 |
| 3. | Resultados de la investigación | 13 |
| | 3.1 Análisis cuantitativo | 13 |
| | 3.2 Componente cualitativo | 25 |

Principales hallazgos y recomendaciones

Características de los hogares de migrantes (HOGMIG) y no migrantes (HOGNOMIG)

- Más de la mitad de los hogares encuestados cuentan con un miembro migrante activo o de retorno.
- La mayoría de los migrantes son hombres en edad productiva, casados y que envían remesas regularmente a sus familias en México. Cuentan con bienes y servicios en el hogar que han adquirido gracias a la remesas.
- Laboran en actividades principalmente agrícolas y se concentran en los estados de California, Texas y Nueva York.
- Cuando regresan a sus comunidades de origen en México, su presencia se percibe como conflictiva ya que promueve ejemplos de comportamiento negativo para los jóvenes sobretodo el deseo de abandonar la comunidad y el uso de alcohol.
- Los hogares en donde no hay migrantes tienen menos miembros y tienden a vivir en condiciones de pobreza con acceso muy limitado a bienes y servicios.
- Los hogares sin migrantes reportan un mayor número de miembros con discapacidad o enfermedad grave.

Recomendaciones

- ▶ Considerar el perfil diferencial de migrantes y no migrantes para el desarrollo de programas de promoción de la salud.
- ▶ Incorporar el enfoque intercultural en el diseño de los programas.
- ▶ Crear mecanismos para reintegrar con éxito a los migrantes a su comunidad.
- ▶ Definir estrategias para que los jóvenes permanezcan en las escuelas, no copien los comportamientos negativos de los migrantes y se involucren más en el cuidado de su salud.

Estado de salud

- **MIGRANTES:** La estancia prolongada en EE.UU. cambia los hábitos alimenticios de los migrantes aumentando su consumo de todo tipo de alimentos, sobretodo comida rápida. Reportan un consumo mayor de alcohol y manifiestan problemas de hipertensión y diabetes a edades más tempranas.
- **MUJERES:** Presentan prevalencias altas de enfermedades de los huesos, hipertensión, problemas estomatológicos, desnutrición e infecciones urinarias así como padecimientos etnoculturales, sobretodo nervios, susto y latido.
- **ADULTOS MAYORES:** Manifiestan enfermedades que a mediano o largo plazo provocan algún grado de discapacidad. Los padecimientos etnoculturales tienen

6 ■

altas prevalencias en este grupo, así como problemas de audición y visión. Entre los adultos mayores no aparece la diabetes entre las principales enfermedades y más de la mitad no cuenta con la cartilla de salud.

Recomendaciones

- Realizar estudios cualitativos con migrantes que no aumentaron su consumo de alcohol y alimentos de mala calidad para definir acciones para prevenir y combatir estos problemas de salud.
- Diseñar programas encaminados a promover la atención en salud, sobretodo salud sexual y mental especialmente diseñados para las mujeres.
- Promover acciones de prevención, de detección oportuna y de promoción de la salud entre la población más joven para que cuando llegue a ser adulta mayor tenga mejores condiciones de salud.
 - ▶ Invitar a organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan proporcionar atención a problemas de visión y audición a costos accesibles.
 - ▶ Reforzar la detección de diabetes en toda la población pero sobre todo en adultos mayores, a través de la cédula de factores de riesgo asociados incluyendo la hipertensión, y las enfermedades crónicas.

Percepción y uso de servicios de atención a la salud

- Tres cuartas partes de los hogares en la región, no contaban con afiliación a ningún programa de protección en salud.
- Menos de la quinta parte de los hogares en la región estaban afiliados al Seguro Popular, a pesar de que esta es la opción más viable y accesible para obtener derechohabencia.
- Cuando requieren atención médica, un poco más de la mitad de las familias acude al centro de salud, casi una cuarta parte acude al médico privado sobretodo los hogares de migrantes-- el resto no busca ayuda o acude en menor frecuencia a la derechohabencia (IMSS, ISSSTE, PEMEX).
- La distancia geográfica y cultural de las unidades de atención de la seguridad social provoca que aún siendo derechohabientes no siempre hagan uso de los servicios.
- Las familias perciben una mala calidad de los servicios que ofrecen los centros de salud, reconociendo problemas como el desabasto de medicamentos, falta de equipo, escasez de personal y medicamentos poco eficaces.
- Se identificó un uso diferencial de los servicios de salud, utilizados con mayor frecuencia por los no migrantes y sus familias.
- Entre los prestadores de servicios existe desconocimiento de los programas dirigidos a la promoción de la salud de los migrantes.
- La utilización de métodos anticonceptivos y el uso de servicios de salud en general es mayor entre las mujeres de hogares con migrantes que sin migrantes.

Recomendaciones

- ▶ Promover activamente la afiliación al Seguro Popular y la utilización de servicios proporcionados a través de este programa.
- ▶ Reforzar el equipamiento, abasto y recursos humanos en los centros de salud comunitarios.
- ▶ Reforzar las acciones dirigidas a población migrante y sus familias, en especial el programa “Vete Sano y Regresa Sano”.
- ▶ Identificar las barreras para el uso de los servicios de salud y fortalecer las acciones encaminadas a disminuirlas, incorporando el enfoque intercultural.
- ▶ Acercar los servicios de salud a los migrantes y sus familias a través de los medios de comunicación y de los sanadores tradicionales.
- ▶ Fortalecer la difusión de los programas e incorporar a las familias de los migrantes en el desarrollo de los mismos.
- ▶ Realizar acciones diferenciadas para los hogares migrantes y los no migrantes

I. Antecedentes

La emigración de mexicanos a Estados Unidos (EE.UU.) es un fenómeno sumamente complejo que involucra factores históricos, geográficos, económicos, sociales y políticos. Este proceso es el origen de la formación de circuitos binacionales caracterizados por un constante intercambio de ideas, cultura, lenguaje, valores y estilos de vida entre los migrantes y quienes se quedan en el país.

En México, la emigración a EE.UU. se origina en contextos caracterizados por múltiples carencias tanto de recursos económicos como personales, sociales y de oportunidades. Datos recientes del Consejo Nacional de Población (CONAPO) revelan que existen aproximadamente 11 millones de migrantes mexicanos en Estados Unidos. La mayoría de ellos son hombres adultos jóvenes de origen rural, aunque el perfil de los migrantes mexicanos está cambiando al incorporar paulatinamente a mujeres, a menores y a pobladores urbanos. La Encuesta de la Dinámica Demográfica reveló que el 11.4% de todos los hogares de México tenía al menos un miembro viviendo y laborando en los EE.UU., la mayoría provenientes de zonas rurales caracterizadas por marginación y pobreza. También reportó que aproximadamente uno de cada diez hogares, rurales en su mayoría, recibía remesas de EE.UU. y que las comunidades expulsoras de migrantes se ubicaban en los estados con mayores índices de marginación.

Las cifras del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) señalan que aproximadamente el 25% de la población de México es rural y se encuentra distribuida en 196,000 localidades con menos de 2,500 habitantes. Esto nos habla tanto de una gran dispersión poblacional como de enormes problemas de costo e infraestructura para llevar servicios a estas poblaciones pobres. La pobreza es un marcador social adverso en el estado de salud de los pobladores rurales de México. En las regiones de alta marginación se observa la llamada “doble carga epidemiológica”, es decir, la existencia de enfermedades infectocontagiosas y de la nutrición que coexisten con un aumento de padecimientos crónico degenerativos. Por ejemplo, de acuerdo con el INEGI, en los estados de Guerrero, Oaxaca y Puebla, en donde se llevó a cabo este estudio, 44.7%, 55.5% y 31.0% de la población respectivamente vive en localidades de menos de 2,500 habitantes con un acceso sumamente limitado a servicios. De igual manera, mientras que la tasa de analfabetismo a nivel nacional es de 10.6%,

en los estados mencionados el analfabetismo en personas de 15 años y más es de 26.8%, 20.3% y 14.0% respectivamente. Finalmente, la proporción de habitantes que recibe ingresos menores al salario mínimo es de 24.9% en Guerrero, 36.3% en Oaxaca y 22.9% en Puebla.

En general, la salud de los pobladores rurales de México es pobre, lo cual se puede ver en el hecho de que hay un mayor número de años de vida perdidos ajustados por discapacidad y muerte prematura (DALYs) en las zonas rurales (115) que en las urbanas (99). Guerrero, Oaxaca y Puebla se encuentran entre los estados con rangos más elevados de DALYs en la República Mexicana.

En relación con el uso de servicios, la búsqueda de atención en salud involucra una serie de decisiones determinadas por la economía familiar, el sexo, la edad, la educación y la disponibilidad de servicios. La Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) reportó que las personas con ingresos más bajos, con menos educación y viviendo en zonas rurales con índices altos de marginación son quienes menos usan los servicios de salud. Así, mientras que la tasa nacional de utilización de servicios de salud es de 5.8/100 en la región del presente estudio es de 4.8/100.

Por muchos años, la emigración a EE.UU. ha sido una estrategia de sobrevivencia para numerosas familias pobres de México que provoca múltiples cambios estructurales e individuales tanto en las comunidades de origen como en las de destino. Si bien por un lado el migrante contribuye a través de las remesas-- a mejorar los estándares de vida de su familia en México, por otro lado, el costo social, emocional, familiar, en salud, etc. de la migración parece ser muy alto.

En este documento describimos los diferentes estilos de vida de dos grupos (familias de migrantes y de no migrantes) que conviven en las mismas localidades rurales y, de manera particular, analizamos su estado de salud y su utilización de servicios de salud. El proyecto respondió a la necesidad de profundizar en el conocimiento del impacto de la emigración hacia EE.UU. sobre la salud de los pobladores rurales de México con el propósito de proponer acciones a través de programas y políticas para mejorar el estado de salud y el bienestar de los habitantes de comunidades expulsoras de migrantes. Su objetivo fue evaluar el bienestar generalizado y el estado de salud, así como las prácticas y el uso de servicios de salud entre los habitantes rurales de localidades que, de acuerdo con las estimaciones del CONAPO se caracterizan por tener altos índices de marginación y de emigración.

2. Metodología

El estudio se llevó a cabo en la región conocida como la Mixteca baja, en donde colindan los estados de Guerrero, Oaxaca y Puebla. Se hicieron comparaciones entre hogares de migrantes y de no migrantes de las mismas comunidades para estimar las similitudes y diferencias entre estos dos grupos. Se llevó a cabo un estudio transversal multimétodo, con una muestra representativa de hogares en tres municipios de alta marginación y alta intensidad migratoria, de acuerdo a los indicadores del CONAPO. Los tres municipios del estudio (Tlaxihtaquilla de Maldonado, en Guerrero, Santo Domingo Tonalá, en Oaxaca y Guadalupe, en Puebla) comparten una colindancia geográfica conocida como la región de la Mixteca baja.

Instrumento

Se diseñó un grupo de cuestionarios que juntos constituyeron el instrumento que se aplicó a varios miembros del hogar. Los miembros de la unidad doméstica encuestados fueron: jefe de hogar, mujer en edad reproductiva, migrante (activo o de retorno), adulto mayor y persona encargada del cuidado de los menores de 14 años. El cuestionario para cada miembro del hogar fue distinto y evaluaba diferentes variables. Cada versión del cuestionario fue previamente piloteada. Su versión final fue aplicada por personal capacitado y, además, se llevó a cabo supervisión periódica en campo. La captura de la información se supervisó mediante el método de captura doble en una submuestra de cuestionarios.

Algunas de las secciones del instrumento aplicado a los miembros de la unidad doméstica fueron: características sociodemográficas, historia migratoria, uso de remesas, autorreporte del estado de salud, dieta y consumo de alimentos, padecimiento de enfermedades, manifestación de padecimientos etnoculturales, bienestar psicológico generalizado, derechohabencia, uso de servicios, uso de medicamentos y remedios, barreras a la atención en salud, violencia y maltrato, y apoyo familiar y social.

El componente cualitativo del estudio consistió en la administración de entrevistas semiestructuradas a los prestadores de servicios de salud, formales e informales, y a los usuarios de los mismos. En las entrevistas se exploró el estado de salud y bienestar así como la utilización de servicios de salud distinguiendo entre los miembros de hogares migrantes y no migrantes.

■ **Caracterización de los hogares**

Se realizaron encuestas en 700 unidades domésticas. Para el propósito del estudio se definieron dos categorías de unidades domésticas:

Hogar No Migrante (HOGNOMIG) en el que el jefe de hogar reportó que ninguno de sus miembros había vivido o laborado en EE.UU.

Hogar Migrante (HOGMIG) en el que se reunieran cualquiera de las siguientes tres condiciones de acuerdo con el reporte del jefe de hogar:

- ▶ Al menos un miembro de ese hogar se encontraba trabajando en EE.UU. al momento de la encuesta (migrante activo).
- ▶ Al menos un miembro de ese hogar regularmente vivía en EE.UU. pero al momento de la encuesta se encontraba de visita temporalmente en la comunidad /hogar (migrante activo).
- ▶ Al menos un miembro de ese hogar había vivido y laborado en EE.UU. por lo menos un año, y al momento de la encuesta se encontraba residiendo de manera permanente en la localidad (migrante de retorno).

Los resultados se presentan en tablas que describen diferencias y similitudes entre los HOGMIG y los HOGNOMIG.

3.

Resultados de la investigación

3.1 Análisis cuantitativo

3.1.1 Jefe de hogar

En esta sección se describe la información proporcionada por los jefes de hogar de las 700 unidades domésticas encuestadas en relación con la situación sociodemográfica de la familia. El número total de hogares con al menos un miembro migrante fue de 371; de hogares no migrantes 329. Las personas viviendo en todos los hogares fue de 3,848. El número promedio de personas por unidad doméstica fue de 5 (D.E.= 2.4) para los HOGMIG y de 4 (D.E.= 2.3) para los HOGNOMIG. En general, los miembros de HOGMIG eran más jóvenes con una edad promedio de 27.9 años (D.E.= 19.6), mientras que en los HOGNOMIG la edad promedio fue de 32.3 años (D.E.= 24.2). En los HOGNOMIG se encontró una mayor proporción de mujeres (52.8%) que en los HOGMIG (50.4%). También una mayor proporción de miembros de HOGNOMIG hablaban mixteco (31%) y eran analfabetos (31%) que de miembros de HOGMIG (17% y 24%, respectivamente). En cuanto a la situación de los migrantes, los jefes de hogar de los HOGMIG declararon que el 86.4% de sus miembros migrantes no contaban con papeles legales para trabajar en EE.UU. y que el 85.8% mandaba remesas regularmente.

Bienes y servicios

Se encontraron diferencias importantes en los bienes y servicios de ambos tipos de unidades domésticas. Por ejemplo, una mayor proporción de los HOGMIG que de los HOGNOMIG cuenta con bienes y comodidades tales como casa propia construida con materiales durables, agua entubada, electricidad, televisión, refrigerador, estéreo, teléfono, estufa de gas, lavadora, horno de microondas, reproductor de DVD y video juegos. Evidentemente las remesas que mandan los migrantes han contribuido a que estas unidades domésticas gocen de más comodidades. Por otra parte, los jefes de hogar de ambos tipos de hogares coinciden en señalar que en la región de la Mixteca baja la emigración se inició hace aproximadamente 21 años.

Los jefes de hogar de HOGMIG reportaron que los miembros migrantes (N = 646) salieron a EE.UU. fundamentalmente por las siguientes razones: búsqueda de trabajo (26.7%); mejorar su economía (23.8%); por pobreza o necesidad (22.9%); por estrategia como pago de deudas, poner un negocio, enfermedad (12.2%); para mantener y ayudar a la familia (4.6%) y por razones varias como curiosidad, para estudiar, conocer, etc. (8.6%).

Las remesas que reciben los hogares generalmente eran utilizadas para la alimentación de los miembros de la unidad doméstica y la compra de bienes y servicios, como se puede apreciar en la Figura 1.

■ Figura 1

Uso de las remesas que reciben de EE.UU.

| Uso de las Remesas | Frecuencia | Rango |
|---|------------|-------|
| Alimentación | 91 | 1 |
| Bienes (casa, construcción, ganado, autos, muebles, etc.) | 64 | 2 |
| Ropa y calzado para la familia. | 55 | 3 |
| Pago de servicios (agua, luz, gas, etc.) | 49 | 4 |
| Salud (medicinas, médicos, cirugías, etc.) | 46 | 5 |
| Educación de los hijos | 37 | 6 |
| Pago de deudas | 13 | 7 |
| Otro (ahorro) | 26 | 8 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Protección Social y Derechohabencia

El 23% del total de los hogares reportó ser beneficiario de algún programa de gobierno como Oportunidades (el 89.7% de HOGMIG y 86.8% de HOGNOMIG) y Procampo (7.2% HOGMIG y 8.8% HOGNOMIG). El 7% de ambos grupos contaba con derechohabencia al IMSS y en menor proporción al ISSSTE (1.6% HOGMIG y 3.5% HOGNOMIG). Un mayor porcentaje de los HOGNOMIG (18.4%) estaba afiliado al Seguro Popular respecto a los HOGMIG (15.7%). Es importante reportar que el 73.5% de todos los hogares encuestados no estaba afiliado a ningún programa de protección social en salud.

Se preguntó al jefe de hogar a dónde acudían cuando algún miembro de la unidad doméstica requería de atención médica y la mayoría reportó acudir al centro de salud, al médico privado o a ambos. Como se observa en la Figura 2, una proporción más alta de los HOGMIG acudía al médico privado.

■ Figura 2

Utilización de servicios de salud por miembros del hogar

| ¿A dónde acuden generalmente cuando necesitan atención médica? | HOGMIG (n=371) % | HOGNOMIG (n=329) % | TOTAL (N=700) % |
|--|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Centro de Salud de la comunidad | 55.4 | 60.0 | 57.4 |
| Médico privado | 25.6 | 17.8 | 22.3 |
| Privado y Centro de salud | 8.9 | 11.5 | 10.6 |
| IMSS/ISSSTE/PEMEX | 5.6 | 5.2 | 5.5 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Finalmente, llama la atención que el 6.1% de los jefes de HOGNOMIG reportó que algún miembro o miembros de su unidad doméstica padece discapacidad y que algún miembro o miembros, en el último año ha(n) padecido alguna enfermedad grave, accidente o cirugía mayor (3.0%), comparado con los HOGMIG (2.9% y 2.4%, respectivamente).

3.1.2 Migrante

Perfil migratorio

La edad promedio de los 160 migrantes encuestados en este estudio (migrantes activos que se encontraban de visita en la comunidad y migrantes de retorno) fue de 37.6 años; el 86% eran hombres, 82% casados y la mayoría había trabajado en EE.UU. en los estados de California, Texas y Nueva York. El 48% se dedicaba a trabajar en labores agrícolas. Durante su estancia en EE.UU. el 94% enviaba remesas a México de forma regular para los gastos de la casa.

Anteriormente, el perfil del migrante mexicano a EE.UU. mostraba mayoritariamente a hombres jóvenes, de origen rural, provenientes de los estados del occidente de México (Zacatecas, Michoacán, Jalisco, Guanajuato) trabajando en las zonas agrícolas de estados fronterizos como California y Texas. Durante los últimos años este perfil ha transitado hacia uno en donde aproximadamente la mitad de los migrantes son mujeres de origen urbano, además de que existe una mayor migración de otros estados como Morelos, Puebla, Guerrero y Oaxaca. Por otra parte, se detecta presencia de migrantes mexicanos en casi todos los estados de EE.UU., quienes laboran en sectores como los servicios y la construcción.

A pesar de que la Mixteca baja es considerada como una zona de reciente incorporación al proceso migratorio a EE.UU., sus migrantes tienen características que los identifican más con el perfil anterior, aunque también éste empieza a mostrar algunos cambios como un alto porcentaje (52%) que trabaja en labores no agrícolas tanto en Texas como Nueva York. En otros estudios se ha

documentado que la fuerte presencia migratoria de la Mixteca baja en Nueva York se ubica principalmente en el área de servicios, destacando los restaurantes.

Cambios en el consumo de alimentos y alcohol

Aproximadamente la mitad de los migrantes encuestados no señaló cambios en su consumo de alimentos durante su estancia en EE.UU., un poco más de la tercera parte señaló un aumento en su consumo de alimentos y alrededor del 10% manifestó que disminuyó. Sólo por lo que respecta a la comida rápida se detectó una mayor proporción de migrantes que señaló un aumento en su consumo, como se muestra en la Figura 3.

■ Figura 3

Consumo de alimentos de los migrantes durante su estancia en los EE.UU.

| Alimento | Aumentó % | Disminuyó % | Siguió igual % |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| Lácteos | 37.9 | 7.8 | 54.3 |
| Frutas y verduras | 41.6 | 10.4 | 48.0 |
| Embutidos | 38.3 | 12.8 | 48.9 |
| Carne | 35.7 | 8.9 | 55.4 |
| Arroz y pasta | 30.9 | 8.7 | 60.4 |
| Refresco | 35.6 | 8.2 | 56.2 |
| Frituras y pastelitos | 27.0 | 16.2 | 56.8 |
| Sopas instantáneas | 39.6 | 13.5 | 46.9 |
| Comida rápida | 66.4 | 8.6 | 25.0 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

En cuanto a enfermedades relacionadas con la dieta, el 14% de los migrantes manifestó tener hipertensión y el 4% diabetes. En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, el 10% de los encuestados toma uno o más días por semana y el 29%, de una a tres veces al mes. En cuanto a la frecuencia de embriaguez, el 32% contestó que de una a tres veces al mes y el 13% una o más veces por semana. Al juntar ambas categorías, tenemos que el 45% de los encuestados señaló haberse emborrachado de una a más veces en el último mes.

Los resultados anteriores coinciden con los de numerosos estudios previos en los cuales se concluye que la migración a EE.UU. tiene un impacto negativo tanto en la calidad y cantidad de los alimentos ingeridos, como en el consumo de alcohol de los migrantes mexicanos. Los cambios en los patrones alimenticios se asocian a problemas de sobrepeso, obesidad y a prevalencias altas de enfermedades como diabetes e hipertensión. Probablemente una consecuencia negativa directa del aumento en el consumo de los alimentos señalados sea que el 14% de los migrantes manifestó tener hipertensión, lo cual es más preocupante si recordamos que es una población adulta joven con un promedio de edad de 37.6 años. De acuerdo a la ENSA 2000, del 32.6% de los hombres mexicanos de 20 años de edad y más que se les detectó hipertensión, únicamente el 9.8% lo sabía

porque había sido diagnosticado. Esta falta de diagnóstico médico podría explicar la baja prevalencia de diabetes que encontramos.

Con relación al consumo de alcohol, de acuerdo a la ENSA 2000, de los hombres mexicanos de 20 años de edad y más, el 23% se emborrachó en el último mes de una a tres veces y 1.7% una o más veces a la semana. Al compararlo con los datos de nuestra encuesta de migrantes vemos en ellos mayores prevalencias de embriaguez. Esto también coincide con la literatura que asocia la migración a EE.UU. con mayor consumo de alcohol, de tabaco y de drogas.

Acceso a servicios de salud

Con relación a su acceso a servicios de salud, el 77% de los migrantes no tiene derechohabencia. De los que sí la tienen (23%), casi la mitad (48.5%) se encuentra afiliado al Seguro Popular, 23% al IMSS y 20% a alguna institución de EE.UU.

Respecto a la atención médica, el 54% acude a recibirla al centro de salud, 34% a un médico privado y el 6% al IMSS/ISSSTE. Únicamente el 6% de los encuestados señaló conocer el programa “Vete Sano y Regresa Sano”.

Puesto que la zona de la Mixteca baja es preponderantemente rural, donde muchas personas se dedican a labores agrícolas, la proporción de gente con derechohabencia es baja. Es probable que esta proporción sea aun menor en los migrantes, debido a que el jefe de familia se encuentra laborando en EE.UU. Parece ser que el Seguro Popular se ha convertido en la opción más viable y accesible para obtener atención médica por parte de los migrantes.

Padecimientos etnoculturales

Son importantes los porcentajes de migrantes que señalaron haber tenido un padecimiento de este tipo alguna vez en su vida, principalmente de las siguientes categorías: susto (38%), espanto (20%), empacho (10%), aflojadura de cintura (42%), latido (17%), vergüenza (22%) y nervios (24%). Los padecimientos etnoculturales son muy comunes en zonas rurales con fuerte presencia indígena como la Mixteca baja.

3.1.3 Mujeres en edad reproductiva

Características sociodemográficas

Se encuestó a 468 mujeres en edad reproductiva que habían tenido al menos una gesta. El 58% (273) habitaba en hogares donde había algún migrante y su promedio de edad fue de 35 años (D.E. = 8.4). El 89% estaba casada o en unión libre, el 3% separada o divorciada, el 3% viuda, y el 5% soltera (figura 4).

■ **Figura 4**
Características de las encuestadas

| Características sociodemográficas | HOGMIG (n=274) | HOGNOMIG (n=194) | Total (N=468) |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Edad promedio | 34.2 (D.E.=8.5) | 36.2 (D.E.=8.1) | 35.0 (D.E.=8.4) |
| Número de hijos | 4.0 (D.E.=2.4) | 3.6 (D.E.=2.3) | 3.8 (D.E.=2.3) |
| Nivel educativo | | | |
| Ninguno | 33 | 41 | 74 |
| Primaria | 185 | 115 | 302 |
| Secundaria | 34 | 26 | 61 |
| Preparatoria o más | 18 | 10 | 28 |
| Trabaja para generar ingresos | 53 | 68 | 121 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Si bien todas las mujeres encuestadas tenían un bajo nivel educativo, esto fue más marcado en los HOGNOMIG. En ellos, el 21% de las mujeres reportó no tener instrucción escolar, mientras que en los HOGMIG sólo el 12% de las mujeres no tenía instrucción. En los HOGMIG, el 4% de las mujeres había cursado nivel preparatoria, mientras que sólo el 2% de las mujeres en HOGNOMIG había alcanzado este nivel. Una menor proporción de las mujeres en HOGMIG reportó tener trabajo remunerado (19%, contra 36% en HOGNOMIG).

El promedio de hijos por mujer fue de 3.8 (D.E.= 2.3). De las mujeres casadas o unidas, el 34% reportó que su cónyuge vivía en los EE.UU. al menos parte del tiempo (Figura 5).

■ **Figura 5**
Lugar de residencia del esposo

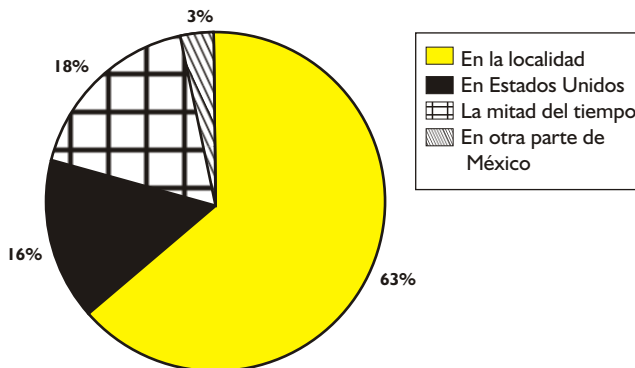


Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

El consumo familiar semanal de diversos alimentos reportado por las mujeres fue semejante en los dos tipos de hogares (Figura 6).

Figura 6

Frecuencias de consumo semanal de algunos alimentos

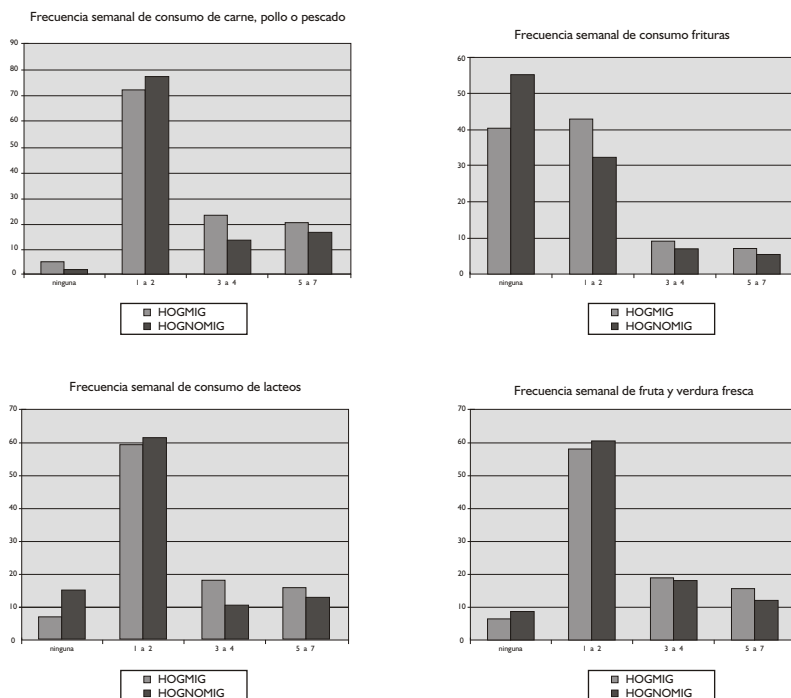


Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Estado de salud y uso de servicios

En cuanto al estado de salud, se observaron prevalencias similares por autorreporte de los principales padecimientos, entre los HOGMIG y los HOGNOMIG (figura 7).

Figura 7

Prevalencia de padecimientos comunes en mujeres

| | HOGMIG (n=273) % | HOGNOMIG (n=194) % | Total (N=468) % |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Enfermedades de los huesos | 53 | 38 | 91 |
| Enfermedades de dientes o boca | 42 | 38 | 81 |
| Desnutrición o anemia | 31 | 24 | 55 |
| Hipertensión | 63 | 31 | 95 |
| Úlcera, gastritis o colitis | 59 | 40 | 100 |
| Infección urinaria | 49 | 24 | 73 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Por otro lado, el 39% de las encuestadas en HOGMIG y el 43% de las encuestadas en HOGNOMIG reportaron haber experimentado el padecimiento de filiación etnocultural nervios alguna vez en la vida. La pérdida de sombra fue reportada por el 8% de las encuestadas en ambos tipos de hogar y el espanto por el 20%. Los accidentes y lesiones fueron poco frecuentes, con 2% de las encuestadas reportando heridas graves. 7% de las encuestadas reportaron haber sido maltratadas como consecuencia de algún conflicto familiar.

En el área de la salud reproductiva, el 76% de las mujeres en HOGMIG reportó haber sido revisada por un médico en su último embarazo, contra el 69% en HOGNOMIG. El promedio de revisiones fue similar en mujeres en ambos tipos de hogar, de 6.5 revisiones (D.E.= 3.4) para la muestra completa. La edad promedio al primer embarazo fue de 19 años (D.E.= 3.6) en mujeres en HOGMIG, y de 20 años (D.E. = 4.9) en mujeres en HOGNOMIG.

En los HOGMIG, el 80% de las mujeres reportó que su último parto había sido atendido por un médico, contra el 74% en HOGNOMIG. El 26% de las mujeres en HOGMIG recibió atención del parto en hospitales privados, contra el 17% de las mujeres en HOGNOMIG. El 36% de las mujeres en HOGMIG reportó utilizar algún método anticonceptivo, contra el 28% en los HOGNOMIG. El método más utilizado fue el quirúrgico (46% en el total de la población), seguido por las inyecciones (27% en el total de la población). La frecuencia de prueba de Papanicolau fue similar entre las mujeres de hogares con y sin migrante (79% en ambos tipos de hogar).

El 34% de las mujeres en HOGMIG reportó haber hecho uso de servicios de salud privados en caso de enfermedad grave mientras que la cifra fue de 25% de las mujeres en HOGNOMIG. El 86% de las mujeres en HOGMIG y el 88% en HOGNOMIG reportaron hacer uso del centro de salud local, principalmente para atención de sus hijos (63% y de las usuarias 66%).

El 93% de las mujeres en HOGMIG reportó recibir ayuda económica de familiares en los EE.UU. En los HOGNOMIG, el 68% también reportó recibir ayuda económica. El principal uso reportado de ese ingreso fueron los gastos domésticos.

Finalmente en los HOGMIG, 43% de las mujeres reportó considerarse a sí mismas fuertes o muy fuertes para soportar sus propias crisis, contra el 56% en HOGNOMIG. Paralelamente, el 57% de las mujeres en HOGMIG y el 59% en HOGNOMIG se consideraban fuertes o muy fuertes para ayudar a familiares.

3.1.4 Adultos mayores

Características sociodemográficas

En la muestra total (N=268) de adultos mayores encuestados, el rango de edad se ubicó entre los 60 y los 98 años, la edad promedio fue de 71 años (D.E.= 8.5); con un promedio de 6 hijos, de los cuales tres están viviendo en EE.UU.

En la Figura 8 se concentran las principales características de los adultos mayores encuestados.

Figura 8

Principales características de los adultos mayores

| Variables | HOGMIG | | HOGNOMIG | | Total | |
|--|--------|------|----------|------|-------|------|
| | n= 134 | (%) | n= 134 | (%) | N=268 | (%) |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado | 95 | 71.4 | 99 | 60.4 | 194 | 64.4 |
| Viudo | 29 | 21.8 | 53 | 32.3 | 82 | 27.5 |
| Analfabeta | 72 | 53.7 | 107 | 65.2 | 179 | 59.9 |
| No Trabaja | 82 | 61.2 | 96 | 58.5 | 178 | 59.5 |
| Ha trabajado en EE.UU. | 32 | 24.1 | 6 | 3.6 | 3.8 | 12.7 |
| Apoyo Familiar de EE.UU. | 97 | 73.5 | 82 | 49.7 | 179 | 60.1 |
| | 79 | 60.3 | 55 | 34.2 | 134 | 45.7 |
| % Gasto en salud | | | | | | |
| La mitad | 25 | 19.4 | 33 | 22.5 | 58 | 21.3 |
| Todo | 22 | 17.1 | 22 | 15.5 | 44 | 16.2 |
| Menos de la mitad | 23 | 17.8 | 13 | 9.2 | 36 | 13.2 |
| Utiliza | | | | | | |
| Remedios | 80 | 59.7 | 99 | 60.0 | 179 | 59.7 |
| Medicamentos | 89 | 52.7 | 81 | 49.7 | 150 | 50.9 |
| Tipo de SS que acude | | | | | | |
| Centro salud | 88 | 64.9 | 106 | 64.2 | 194 | 64.7 |
| Razón por la que utiliza el centro de salud | | | | | | |
| Por atenderse el/ella | 37 | 27.8 | 55 | 33.5 | 92 | 30.9 |
| Por los medicamentos | 11 | 8.3 | 9 | 5.5 | 20 | 6.7 |
| Por acciones preventivas | 10 | 7.5 | 8 | 4.9 | 18 | 6.0 |
| Calidad del servicio | | | | | | |
| Regular | 26 | 19.4 | 36 | 22.1 | 62 | 20.8 |
| Buena | 20 | 14.9 | 38 | 23.3 | 58 | 19.5 |
| No tiene cartilla de salud | 66 | 50.4 | 81 | 53.3 | 147 | 51.8 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Como se puede observar, por lo que respecta al estado civil, predomina la condición de casado o en unión libre, siendo mayor en los HOGMIG. Otro rasgo que llama la atención es que más de la cuarta parte de ellos tiene la condición de viudez, proporción que en los HOGNOMIG asciende a un tercio. Con respecto a la escolaridad, la gran mayoría son analfabetas, alrededor del 60%, siendo mayor este porcentaje en los HOGNOMIG. Del resto que cuenta con algún nivel de escolaridad, el 29.2% se circunscribe principalmente a los primeros tres años de primaria. El 59.5% no trabaja, proporción aún mayor en el caso de los HOGMIG, lo que sugiere que pueden estar recibiendo remesas para mantenerse. Sin embargo, también es posible que estén imposibilitados para trabajar ya que entre quienes no trabajan el 45.7% no lo hace por estar enfermo o discapacitado y sólo en menor grado por tratarse de amas de casa (29.9%), porcentaje que se eleva en los HOGMIG.

Sin embargo, el porcentaje de los que trabajan es importante (alrededor del 40%) entre los cuales hay muchos jubilados y pensionados pero que por alguna razón trabajan, siguiéndole el trabajo asalariado temporal (peón).

Otro hecho relevante es que el 12.7% de los adultos mayores ha trabajado alguna vez en EE.UU., concentrándose en los HOGMIG donde es el doble (24.1%) a diferencia de los HOGNOMIG (3.6%). Ello perfila con mucha claridad la reproducción generacional de este esquema laboral del migrante.

La subsistencia de este grupo de la población no se explica si no se considera que el 60.1% recibe apoyo de su familia, porcentaje que se eleva a 73.5% en el caso de los HOGMIG, mientras que en los HOGNOMIG está por debajo del 50%. Otro elemento a considerar es el origen de la ayuda económica. Evidentemente, es mucho mayor la que proviene de EE.UU. para los HOGMIG (60.3%) que en el caso de los HOGNOMIG (34.2%).

Situación de salud

La situación de salud de los adultos mayores que viven en la Mixteca baja se caracteriza por la coexistencia de un perfil de padecimientos de filiación etnocultural y un perfil de enfermedades relacionado con la medicina occidental.

La Figura 9 nos muestra los principales padecimientos o entidades de filiación etnocultural. Destaca que más de la mitad han padecido de susto y le siguen el latido y los nervios en los primeros lugares. En la mayoría de los padecimientos la magnitud es menor en los HOGMIG, salvo en los casos de susto, aflojadura de cintura, mal de ojo y empacho. Se puede inferir que en los hogares de no migrantes es más fuerte el sistema tradicional de creencias en salud.

Figura 9

Padecimientos de filiación etnocultural en los adultos mayores

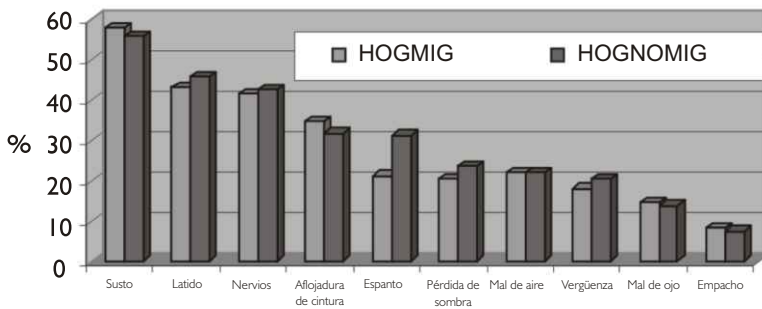


Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

En la Figura 10 se presentan los principales problemas de salud derivados del autorreporte que hacen los adultos mayores. Destaca en primer lugar que, a mediano o largo plazo, varias de las enfermedades llevan a algún grado de discapacidad o pérdida en la capacidad de funcionamiento: artritis, problemas severos de la visión y la audición, enfermedades de los riñones, incontinencia urinaria y enfermedades de los dientes. También destaca el maltrato de que han sido objeto, siendo mayor el reporte en los HOGNOMIG.

Figura 10

Principales problemas de salud en los adultos mayores

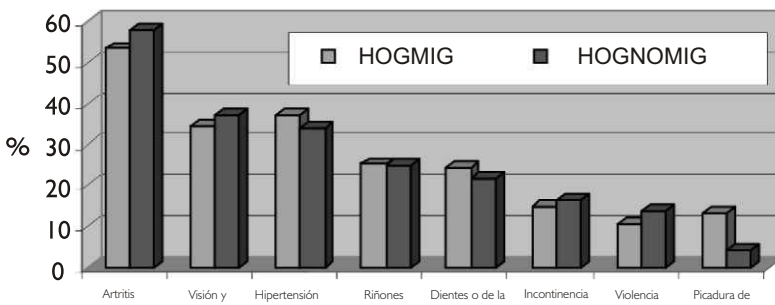


Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Con respecto a las consecuencias que les han generado sus problemas de salud, en la Figura 11 se aprecia que más de un cuarto de la población tiene algún tipo de limitación en su funcionamiento habitual, siendo mayor en los HOGNOMIG. Alrededor de un tercio sufre un gradiente considerable de dolor físico, de limitaciones para realizar sus actividades y, en menor grado, para atender sus necesidades personales como comer, vestirse, bañarse o ir al baño.

■ Figura 11

Consecuencias de los problemas de salud en los adultos mayores

| Discapacidad / Último año | HOGMIG | | HOGNOMIG | | Total | |
|---|--------|------|----------|------|-------|------|
| | n=134 | (%) | n=134 | (%) | N=268 | (%) |
| Grado de limitación | | | | | | |
| Algo | 19 | 16.0 | 15 | 10.2 | 34 | 12.7 |
| Mucho | 9 | 7.6 | 18 | 12.2 | 27 | 10.1 |
| Grado de dolor físico | | | | | | |
| Algo | 23 | 17.6 | 23 | 14.4 | 46 | 15.8 |
| Mucho | 22 | 16.8 | 26 | 16.3 | 48 | 16.4 |
| Pérdida de funcionamiento | | | | | | |
| | 37 | 28.7 | 53 | 32.6 | 90 | 30.7 |
| Dificultad para atender sus necesidades personales | | | | | | |
| | 14 | 10.7 | 17 | 10.5 | 31 | 10.6 |

Figura de elaboración propia basada en los datos del proyecto "Salud y migración en la Mixteca" INSP 2007

Recursos para la salud

En la segunda parte de la Figura 8 se muestran algunos recursos con que cuentan los adultos mayores para enfrentar su problemática de salud. Este grupo de adultos mayores utiliza tanto remedios como medicamentos; siendo mayor el uso de los remedios (59.7%) que el de medicamentos (50.9%).

La mayoría, dos terceras partes, acude al centro de salud de su localidad cuando están enfermos, en primer lugar por la atención; en segundo por los medicamentos y en tercer lugar para realizar acciones preventivas. La calificación que hacen de la atención que reciben en la clínica o centro de salud la catalogan más como regular que buena. El 37.5% destina más de la mitad de su gasto a la salud. Más de la mitad de los adultos mayores encuestados no tienen la cartilla de salud, siendo mayor este porcentaje en los HOGNOMIG.

Del análisis anterior se desprenden importantes diferencias entre los HOGMIG y los HOGNOMIG. Estas últimas presentan condiciones de mayor

vulnerabilidad, como un mayor número de adultos mayores en condición de viudez, mayor grado de analfabetismo, mayor necesidad de trabajar, menos apoyo familiar, más padecimientos de filiación etnocultural, más discapacidad, más violencia familiar, más gasto en salud y mayor uso de medicamentos.

3.2 Componente cualitativo

3.2.1 Perspectiva de las usuarias HOGMIG

Caracterización de la unidad doméstica

Las informantes fueron mujeres que trabajan en el hogar y en ocasiones en el campo. Para mantenerse también venden servilletas bordadas, verdura, pan, tortilla, dulces o fruta; sus hogares son tanto de tipo nuclear como extenso. Lo común es que los miembros migrantes de la familia sean los varones y que trabajen en la construcción, en el campo o en restaurantes de EE.UU.

Problemas de salud y salud mental

Las informantes vincularon el dolor a la enfermedad, sobre todo en los adultos y mencionaron que la temperatura elevada y la tos son dos de los principales indicadores de enfermedad en los menores, así como la falta de actividad, la falta de apetito, la diarrea y el semblante triste.

Reportan que los cambios ambientales o de alimentación pueden provocar enfermedad, la cual se considera grave si impide seguir haciendo las actividades diarias. La diarrea y el vómito son síntomas que se consideran graves, y cuando éstos o cualquier otro síntoma persisten por más de 2 ó 3 días, se decide acudir al médico.

Consideran que la salud es algo muy importante, ya que teniéndola se puede trabajar y eso significa poder comer. Desde su punto de vista, la limpieza y la situación económica son dos elementos determinantes de la salud. Algunos problemas de salud que consideran comunes son la gripa y las calenturas; mencionan también la gastritis, los nervios y la depresión.

En cuanto a la salud mental comentaron que una persona que tiene una enfermedad mental no se acuerda de lo que hace o dónde está, todo se le olvida, anda distraída y como sonámbula. La enfermedad mental está relacionada con la depresión, causada por problemas económicos o presiones de diversa índole.

Impacto de la migración

Las entrevistas perciben que los migrantes incrementan su consumo de alcohol y se hacen viciosos. Pero señalan que la diferencia entre los que se van y los que se quedan depende más de las personas que de la migración en sí misma; muchos migrantes malgastan su dinero y son irresponsables. Perciben que los migrantes se enferman más del estómago cuando regresan.

Carrera del enfermo

Dadas las condiciones laborales de las mujeres, no suelen ser derechohabientes de alguna institución de salud. Lo común es que acudan al centro de salud del lugar, pero también llegan a consultar médicos particulares. Su experiencia con el centro de salud no es buena, comentan que no hay abasto de medicamentos y cuando lo hay, piensan que las medicinas que les proporcionan son poco efectivas, lo que les obliga a ir con el particular y gastar en otras medicinas. En su opinión, al centro de salud le faltan servicios y equipamiento, piensan que no los pueden atender en una emergencia. No es común el uso de medicinas alternativas ni tradicionales, y cuando se usan es para tratar padecimientos como los nervios.

Prácticas y acciones para el cuidado de la salud en la familia

Las prácticas preventivas más comúnmente mencionadas fueron: consumo de verduras, lavarse las manos antes de comer, hervir el agua, evitar que los hijos coman en la calle, disminuir el consumo de carne de puerco para evitar la diarrea y evitar que los menores jueguen en la tierra. También se mencionaron los alimentos cocinados y la limpieza. La buena alimentación a base de frutas y verduras es lo que más relacionan con la salud.

Experiencia con programas gubernamentales

Algunas familias se han afiliado muy recientemente al Seguro Popular, de manera que no han tenido oportunidad de hacer uso de los servicios de salud que les ofrece. Sin embargo tienen malas expectativas al respecto y piensan que no les van a responder cuando lo necesiten. Las familias afiliadas al Seguro Popular por lo general también cuentan con el programa gubernamental Oportunidades.

3.2.2 Perspectiva de las usuarias HOGNOMIG

Caracterización de la unidad doméstica

Se trata de estructuras familiares nucleares, en etapa más temprana del ciclo doméstico respecto a las familias de migrantes, con un número de hijos entre tres y ocho. El esposo es el que se reconoce como jefe de familia cuyo perfil laboral es de obrero, albañil y campesino. No es común que las mujeres tengan un empleo formal.

Problemas de salud y salud mental

De acuerdo con la percepción de las entrevistadas, la salud se manifiesta en tener energía, ganas de hacer cosas, no sentir flojera. El dolor en general es un síntoma de estar enfermo. La temperatura y el llanto son síntomas de enfermedad en los niños. La enfermedad mental se relaciona con olvidos, y sus causas se ubican en las presiones y preocupaciones que tiene la gente.

Impacto de la migración

Perciben que los migrantes tienen un peor estado de salud que los que se quedan, lo anterior lo adjudican a que en EE.UU. consumen muchos alimentos enlatados y casi no comen verduras. No perciben diferencias importantes entre las familias de migrantes y las de no migrantes, no identifican beneficios claros, ni en cuanto a salud ni a calidad de vida, lo cual puede reforzar la idea de no migrar. Piensan que la migración representa más riesgos que beneficios. Los únicos contrastes que mencionan están relacionados con los roles tradicionales de género; mencionan que en EE.UU. las mujeres son más liberales y hacen valer sus derechos y que los hombres que se quedan son más machistas.

Consideran que cuando el padre migra abandona a los hijos que se quedan y que entonces ellos caen fácilmente en las drogas por falta de vigilancia. El SIDA es una enfermedad vinculada a la migración. Creen que la migración malea a los jóvenes que se van.

Carrera del enfermo

Cuando las mujeres observan que sus hijos tienen temperatura alta, acompañada de infección, deciden ir al servicio de salud, ya que consideran que la fiebre la pueden controlar en casa pero la infección no. Otro motivo para acudir al centro de salud es cuando tienen dolores intensos o síntomas que no desaparecen rápido (más de 4 días).

Identificamos más familias derechohabientes del ISSSTE y del IMSS, lo que puede explicarse por el hecho de que los esposos no han migrado y tienen un empleo formal que les da derecho a esta prestación. Sin embargo, esos servicios generalmente están ubicados en las cabeceras municipales. Dado que esto implica un mayor gasto de dinero y tiempo, lo común es que acudan al centro de salud local o a particulares y sólo en caso de algo más grave utilicen aquellos servicios. Algunas familias hacen una distinción entre los miembros de la familia y el tipo de servicios a los que acuden.

Expresan que el centro de salud tiene desabasto de medicamentos y, al igual que las familias de migrantes, tienen poca confianza en las medicinas que les dan. No perciben calidad en el servicio, consideran que los prestadores no son pacientes y no ofrecen toda la información que necesitan. Consideran también que el centro de salud no está bien equipado, que hace falta personal para atender emergencias y que no pueden atender partos, razón por la cual deben trasladarse hasta las cabeceras municipales.

Prácticas y acciones para el cuidado de la salud en la familia

Mencionan la alimentación como un factor relevante para la salud, en particular evitar la carne y comer fruta y verdura. Otras medidas mencionadas fueron: hervir el agua para tomar, lavarse las manos y la limpieza en general.

Experiencia con programas gubernamentales

Estas familias son beneficiarias del programa Oportunidades y del programa Niños de México (sólo en Oaxaca), por el que reciben despensas y apoyo para pasajes y medicamentos. Muchas no conocen el Seguro Popular y las pocas que cuentan con él se han afiliado recientemente y no lo han utilizado, no pudiendo valorar el servicio.

3.2.3 Perspectiva de los prestadores de servicios de salud

Características sociodemográficas

Los informantes son originarios de las distintas comunidades que integran la Mixteca baja y la residencia varía desde dos meses, como los pasantes en servicio social, hasta más de 60 años en el caso de un sanador tradicional. El grado de escolaridad va desde quienes no cuentan con estudios formales hasta especialistas médicos y dentales. En general, los informantes realizan actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a problemas de salud.

Necesidades de salud de la población local

Entre los problemas de salud más importantes reportados destacan las enfermedades diarreicas y respiratorias en los niños. Los jóvenes (entre 18 y 24 años de edad), son en general sanos, por lo que es difícil que acudan a los servicios de atención disponibles. Sin embargo los jóvenes tienen mayor apertura a utilizar el condón como medida preventiva. La población adulta presenta diabetes, hipertensión arterial, enfermedades de la piel, alcoholismo y depresión. Otro tipo de enfermedades son resultado de malos hábitos higiénicos y escasos servicios de drenaje, por ejemplo parasitosis intestinal.

La automedicación es referida por los médicos y encargados de farmacia como un problema que se da porque la población local prefiere auto-recetarse y no acude a la clínica sino hasta que los síntomas les impiden realizar sus actividades diarias.

La desnutrición es un problema persistente e íntimamente relacionado con las condiciones de marginalidad y pobreza de las comunidades, que si bien presentan mejoras por el ingreso proveniente de las remesas, no han podido modificar los contextos económicos y sociales.

En general las necesidades de salud de los migrantes y sus familias son las mismas que las de la población local. Sin embargo, las familias de migrantes se preocupan más por su salud y demandan atención antes de que las enfermedades se compliquen. Los informantes explican que esto se da por la sensibilización que los migrantes han tenido en los EE.UU., en donde se interesan más por su salud. En general este grupo utiliza los servicios de salud públicos y privados con mayor frecuencia y tiene mayor acceso a servicios de especialización, compra de medicamentos y auxiliares de diagnóstico.

Los problemas de salud por los que los migrantes acuden en busca de atención son los dolores musculares y de columna. Así mismo, los informantes refieren que los migrantes presentan más problemas digestivos, gastritis y úlceras gástricas probablemente provocadas por la dieta que llevan en los EE.UU. También identifican mayor prevalencia de ITS en mujeres esposas de migrantes, quienes acuden a los servicios con mayor frecuencia en comparación con los hombres. Este aumento lo explican por los cambios en comportamientos sexuales de los hombres en los EE.UU. Sin embargo, al menos en las comunidades mixtecas, no se identifica la infección por el VIH como un problema de salud.

Problemas en la comunidad y en salud atribuidos a la migración

La ausencia del padre migrante repercute en el comportamiento de los niños que son más desobedientes, agresivos en la escuela. Se reporta que con sus madres “son niños rebeldes, son niños sin miedo”. Otro cambio destacable se da en la alimentación ya que en las familias con padres migrantes tienen más acceso a comida chatarra y refrescos, de modo que el sobrepeso y la obesidad se están haciendo presentes en las comunidades.

En el caso de las mujeres, la depresión y el aumento de estrés fueron referidos como problemas de salud mental. Se explica que éstos se dan por el cambio en las dinámicas familiares y el rol que juega la mujer. Debido a la falta del hombre en el hogar, la mujer se vuelve responsable de la familia tanto en lo afectivo como en lo económico. Estos problemas muchas veces se reflejan en casos de violencia física y emocional hacia los niños. Así mismo, las parteras mencionan que las mujeres que cursan con un embarazo mientras la pareja está en los EE.UU. tienen más problemas en el embarazo, en el parto y con la salud del recién nacido debido a que tienen múltiples actividades que les impiden cuidar de sí mismas.

En general, los informantes hicieron referencia a problemas de reintegración de los migrantes a la comunidad. Si bien los migrantes envían remesas y esto ha tenido un impacto positivo en la economía local, a su retorno rompen con la cotidianidad además de que son fuente de problemas debido a cierta pérdida de identidad dentro de la comunidad.

Si bien el alcoholismo es un problema presente desde siempre en la comunidad, los informantes refieren que éste se intensifica en los meses en que los migrantes regresan. Esto también se debe a que los jóvenes copian los comportamientos de los migrantes, a quienes ven como ejemplo de éxito y modelo a seguir, generando un problema adicional de deserción escolar en secundaria y preparatoria.

Programas de atención dirigidos a la población migrante

En general, los entrevistados no identificaron los programas de salud dirigidos a los migrantes y tampoco profundizaron en las acciones de estos programas. Los prestadores de servicios no tienen protocolos diferenciados de atención, para migrantes y no migrantes ni estrategias para acercar los servicios a quienes no los utilizan. Los prestadores de servicios conocen programas como el Seguro Popular y el programa Oportunidades y en general rescatan el impacto positivo de los mismos. Sin embargo, señalan que los más necesitados no tienen acceso a ellos, sino las familias con mejores condiciones económicas, como es el caso de las familias de migrantes.

**Salud y migración a Estados Unidos
en la región de la Mixteca baja**

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó en mayo de 2007.
La edición consta de 500 ejemplares

La emigración de mexicanos a los Estados Unidos es un fenómeno sumamente complejo que involucra factores históricos, geográficos, económicos, sociales y políticos. Si bien la emigración a los Estados Unidos ha sido una estrategia de sobrevivencia para numerosas familias pobres de México, es evidente que provoca múltiples cambios tanto en las comunidades de origen como en las de destino. Aunque el migrante contribuye a mejorar los estándares de vida de su familia en México, el costo social, emocional, familiar y en salud de la migración sigue siendo muy alto. A pesar de que el perfil de los migrantes está cambiando, la mayoría de ellos siguen siendo hombres adultos jóvenes de origen rural provenientes de los estados con mayores índices de marginación. Este documento describe los diferentes estilos de vida de las familias de migrantes y de no migrantes que conviven en tres localidades rurales de la Mixteca baja, en donde colindan los estados de Guerrero, Oaxaca y Puebla y analiza tanto su estado de salud como su utilización de servicios de salud. Muestra las particularidades de los problemas de salud creados por la emigración, la percepción de las familias de los migrantes respecto a su salud y los servicios de atención de que disponen, la utilización de los mismos y la manera en la que los diversos programas de salud inciden sobre su situación general. Los hallazgos de este estudio sirven de base para proponer acciones para mejorar el estado de salud y el bienestar general de los habitantes de comunidades expulsoras de migrantes y con altos índices de marginación.

