



Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud

PERSPECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
Sistemas de Salud

V. NELLY SALGADO DE SNYDER
TONATIUH T. GONZÁLEZ VÁZQUEZ
IETZA BOJÓRQUEZ CHAPELA
CÉSAR INFANTE XIBILLE



Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud



Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud



V. Nelly Salgado de Snyder
Tonatiuh T. González Vázquez
Iletza Bojórquez Chapela
César Infante Xibille

**Migración México-Estados Unidos:
consecuencias para la salud**

Primera edición, 2007

D.R. ©
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655,
Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-36-5

Este documento fue preparado y publicado a través del proyecto GR074006 financiado por el Wellcome Trust (UK).

Agradecemos a la Lic. en Nut. Guadalupe Delgado por el apoyo logístico en la preparación de este documento.

Índice

Prólogo	9
Introducción	15
I Metodología	17
Metodología de la búsqueda	17
II La salud de los migrantes y sus familias en las comunidades de origen	19
Vida familiar y migración en las comunidades de origen	20
Salud mental y uso de sustancias	21
Salud infantil	22
Enfermedades infecciosas	23
III La salud de los migrantes en tránsito	27
IV La salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos	31
Enfermedades infecciosas	32
Enfermedades crónicas	32
Enfermedades asociadas a riesgos laborales	34
Salud mental	34
Salud reproductiva	35
Salud infantil	36
V Servicios y políticas de salud	37
Contexto sociopolítico	37
Sistemas de salud en ambos lados de la frontera	38
Acceso a servicios de salud	40
Propuestas de acciones y políticas	43
VI Conclusiones y recomendaciones	45
Referencias	47
Lista de acrónimos y siglas	53

Prólogo*

José Moya
Organización Panamericana de la Salud, México

En la última década se ha escrito mucho sobre el fenómeno de la globalización, percibido como un hecho nuevo por muchas personas. Como dice Amartya Sen, el encuentro entre los pueblos del mundo ha existido durante cientos de años, dados el comercio internacional y las migraciones, que permitieron el intercambio de conocimiento y sabiduría.¹ El progreso que la humanidad ha alcanzando en el mundo de hoy no puede negar los grandes aportes de las civilizaciones orientales, como China y la India, el mundo árabe o el indo-americano.

Sin embargo, la globalización —como la entendemos ahora— está marcada por un desarrollo impresionante de la ciencia, la tecnología y la información. Mencionemos, como ejemplos, los alcances de la comunicación satelital y el desarrollo de internet, que ponen a disposición de usuarios e usuarias individuales el acceso a múltiples fuentes de información y a bienes por medio de un mercado global. Desde una perspectiva positiva, la globalización puede verse como una oportunidad para reducir las desigualdades e inequidades entre los países y al interior de ellos con la intención de que en las poblaciones del mundo se ejerzan la práctica de los derechos humanos, la solidaridad, la igualdad de oportunidades y la protección de nuestro planeta —formas alternativas de ver la globalización en pos de la justicia social global.²

Sin embargo, estas formas de ver la globalización suelen pasar desapercibidas. La única que se refuerza de manera constante es la internacionalización de la producción y el consumo de valores y costumbres como consecuencia de los movimientos de capital, fuerza laboral y tecnología.³ Se habla, así, de la globalización económica a la que las reformas neoliberales y los tratados de libre comercio contribuyen, haciendo que las economías nacionales se integren y dependan de los mercados internacionales, en manos de poderosas empresas mundiales.

Aunque el riesgo global de las enfermedades infecciosas ha existido siempre en la historia de la humanidad —como lo demuestran las pandemias sucesivas de cólera, la peste bubónica en Europa del siglo XIII o las enfermedades infecciosas que llegaron al Nuevo Mundo, responsables de la muerte de un tercio de la población indígena de las Américas—, la diferencia con nuestro mundo de hoy radica en la velocidad a la cual estas enfermedades pueden llegar a todos los rincones del planeta. Así, el término de “salud global” adquiere una dimensión prioritaria en la seguridad de los pueblos y de las

* Este trabajo fue presentado en el XI Congreso de Investigación en Salud Pública del INSP en 2007, y una versión previa aparece en el número especial de *Salud Pública de México* con los trabajos del Congreso.

naciones. “Salud global” se define como el conjunto de aspectos relacionados con la salud que trascienden fronteras y gobiernos, y que requieren de acciones compartidas entre los países para actuar sobre los determinantes de la salud. Esto requiere de nuevas políticas a nivel nacional e internacional para proteger la salud. Esta respuesta deberá estar basada en el respeto a los derechos humanos, a la salud como elemento central en la seguridad y desarrollo de los pueblos, y a la salud considerada como un bien público global.⁴

La extensión de la pobreza y el hambre y, en consecuencia, la ampliación de las brechas, junto con los efectos del cambio climático, el crecimiento y urbanización de las poblaciones, las guerras, la violencia, el narcotráfico y el terrorismo, los cambios en los sistemas de salud —como la movilización de profesionales y pacientes—, y las migraciones y desplazamientos son todos fenómenos que hay que tener en consideración cuando nos referimos a la salud global. Abordaremos cada uno de estos aspectos para luego centrarnos en el de las migraciones internacionales y, específicamente, el caso de México.

Las reformas de Estado en el marco de la globalización económica no han reducido la pobreza; por el contrario, las brechas entre los grupos humanos se han ampliado. Una quinta parte de la población del mundo vive con menos de un dólar diario, situación que hace peligrar el logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), es decir, la erradicación de la pobreza extrema y del hambre para el año 2015.⁵ El continente americano continúa siendo el más desigual del mundo, donde convergen los más ricos y los más pobres del globo: el país más poderoso junto a aquellos países cuya economía depende de las remesas de sus migrantes. En 1980 el ingreso mediano del 20% más rico era 12.6 veces mayor que el del 20% más pobre, valor que se incrementó a 15.8 en el año 2000.⁶ En el año 2002 se estimaba que en América 36% de la población vivía en situación de pobreza, lo cual equivalía a 224 millones de personas, entre las que se encuentran sobrerrepresentados los pueblos indígenas, que viven en pobreza y exclusión histórica, marginados por su color de piel, su idioma o su vestimenta. A pesar del esfuerzo propuesto por “la década por los pueblos indígenas” entre 1994 y 2004, la evidencia muestra que la situación de pobreza no se ha modificado en diez años. Es cada vez mayor el número de hombres y mujeres provenientes de los más de 400 pueblos indígenas en América que migran a las ciudades.⁷

Los procesos continuos de industrialización, deforestación y pérdida de recursos naturales siguen afectando el planeta. Se estima que, durante el siglo pasado, la temperatura superficial de la tierra aumentó 0.6 grados centígrados y existen pruebas científicas de que esto se debe a la acción directa de las actividades humanas que involucran el amplio uso de los gases de efecto invernadero.⁸

Como consecuencia de lo anterior, disminuyen los glaciares y por consiguiente el agua, que se ha convertido en fuente de conflicto y de intereses del capital mundial. Cerca de 1 100 millones de habitantes en los países pobres carecen de agua y 2 600 millones no disponen de servicios adecuados de saneamiento básico.⁹ Los fenómenos naturales, como los huracanes, han aumentado su frecuencia e intensidad, produciendo desastres que ocasionan muertes, destrucción de infraestructura pública, pérdida del patrimonio y de las fuentes de trabajo de miles de personas, especialmente las más pobres, que se ven forzadas a abandonar sus tierras y desplazarse. Asimismo, el cambio climático trae consecuencias para la salud y la vida, afectándolas de manera directa cuando se alcanzan grados extremos de calor y frío. La falta de agua afectará, además, la disponibilidad de los alimentos, lo cual incrementará los riesgos para la salud y la vida en los países más pobres. El incremento de temperatura modificará los microclimas: los aumentos en la temperatura y la humedad serán propicios para la proliferación de las enfermedades transmitidas por agua y por vectores, tales como las enfermedades diarreicas y el cólera así como el paludismo y el dengue. Estas enfermedades y los problemas asociados a la resistencia a los medicamentos, observados ya como problemas emergentes de salud, afectarán sobre todo

a las poblaciones que viven en situación de pobreza y de exclusión social. En América, el dengue pasó de 60 mil casos en 1980 a la cifra récord de más de un millón en 2002.¹⁰

La situación de pobreza, la falta de oportunidades y la búsqueda de nuevas perspectivas de desarrollo son factores que contribuyen a que se aceleren las migraciones internas e internacionales y esto fomenta que las poblaciones del mundo vivan cada vez más en espacios urbanos. A nivel mundial, se estima que para este año 2007, tantas personas vivirán en los espacios rurales como en los urbanos.¹¹ En el continente americano, este fenómeno ya se había hecho evidente en décadas pasadas: la población urbana en América Latina y el Caribe pasó de ser un 62% en 1980 a un 78% en el año 2006, lo cual implica que más de 441 millones de personas viven en las ciudades.¹² México, San Paulo, Buenos Aires y Río de Janeiro son ejemplos de megaciudades que superan ampliamente los 10 millones de habitantes, con las consecuencias que esto tiene sobre los factores ambientales, la polución, el hacinamiento, la falta de áreas verdes y las dificultades en el abasto de agua y saneamiento. Más de 60% de la población pobre en América Latina vive en zonas urbanas.¹³ Además, la violencia urbana se incrementa, sobre todo entre varones y contra las personas más vulnerables como niños, ancianos y mujeres, y en muchos casos está asociada al consumo de drogas y alcohol; los homicidios son frecuentes entre las pandillas juveniles.

Aparecen nuevas enfermedades y se difunden con rapidez, favorecidas por el comercio internacional, las migraciones y el turismo, lo cual aumenta el riesgo de la salud en el mundo. Son ejemplos de esto el VIH/SIDA y, más recientemente, la pandemia del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) o la posibilidad de que una nueva pandemia de influenza alcance los rincones más alejados del mundo en tan sólo tres meses. Aunque siempre utilizamos estas enfermedades como ejemplo de los riesgos globales en salud, también podemos usarlas para ver aspectos positivos y negativos de la globalización, incluidos los intereses de los laboratorios y la industria farmacéutica. Cuando en 1983 se descubrió el virus causante del SIDA, esto ocurrió en medio de una lucha entre científicos franceses y americanos, y detrás de ellos estaban las compañías de laboratorios. Veinte años después, en el año 2003, trece laboratorios de diez países del mundo unieron sus esfuerzos para que en sólo unos meses se identificara el microorganismo causante del SARS, un coronavirus jamás antes detectado en humanos.¹⁴ En ese mismo sentido, una noticia difundida en febrero de 2007 nos da cierta esperanza en la lucha contra la temible influenza pandémica: dieciséis laboratorios de diez países del mundo unen sus esfuerzos para lo que promete ser una vacuna eficiente contra la cepa H5N1.¹⁵ Éstos son ejemplos en los que ciencia y tecnología se prestan al servicio de la vida. Sin embargo, la capacidad para fabricar la vacuna y distribuirla al mundo entero tiene aún grandes dificultades; para vencerlas deberá considerarse la transferencia tecnológica para su producción directa en los países en desarrollo. De otro modo, la distribución de la vacuna no llegará de manera oportuna a los países más pobres.

El único medicamento que podría prevenir y atenuar las manifestaciones clínicas de la influenza pandémica es el oseltamivir ó tamiflu, marca registrada por los laboratorios Roche, que, ante el pedido de compra de 75 países del mundo, han duplicado su capacidad de producción, hasta llegar a 400 millones anuales de tratamientos a finales de 2006.¹⁶ El principio activo del oseltamivir crece en las montañas altas de China, mientras que los derechos de patente y producción los ostenta Roche en Suiza, que ya ha asegurado su venta y consiguientes ganancias en el mundo entero. El capital mundial ve en el sector salud una oportunidad de acumulación de riqueza a través de la industria farmacéutica y de los derechos de comercialización por medio de las patentes, cuyos productos se orientan a las fuerzas del mercado y no a las necesidades de salud pública.¹⁷

La globalización difunde también una cultura virtual, una forma de vida, con una serie de comportamientos, creencias, símbolos y valores.¹⁸ Los cambios en los patrones de conducta y alimentación han generado una epidemia de obesidad con repercusiones negativas para la salud de niños, adolescentes y adultos. Los porcentajes de obesidad en nuestros niños se han duplicado en una década y la edad media para los casos de diabetes ha descendido de forma significativa. Los casos de anorexia y bulimia son frecuentes entre la población de jóvenes, niñas principalmente, quienes buscan en su cuerpo esa imagen de belleza transmitida por los medios de comunicación mundiales.

La migración es tan antigua como los seres humanos. Muchos artículos sobre el tema dan cuenta de que los movimientos de población siempre han sido una respuesta a la supervivencia y a la búsqueda de nuevos horizontes y señalan, asimismo, cómo la humanidad se ha beneficiado con ellos porque han permitido el desarrollo de los pueblos.

Si bien la migración tiene aspectos positivos, también es causa de diversos problemas tales como la fuga de talentos. Cerca de 70% de los profesionales calificados de Guyana, Haití, Jamaica y Trinidad y Tobago viven y trabajan en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En el sector salud, la migración de profesionales está acentuando la crisis para sostener los sistemas de atención en salud que ya existe en muchos países. Tal es la dimensión de dicho fenómeno, que el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud del mundo está dirigido a este problema. Por ejemplo, en la ciudad de Manchester, Inglaterra, trabajan más médicos de Malawi que en su propio país. En Estados Unidos (EU), 27% de los médicos y 5% de las enfermeras se formaron en el exterior, mientras que 34% de las enfermeras formadas en Zimbabwe trabajan en siete países de la OCDE.¹⁹ Se trata, por tanto de un “subsidio perverso”, promovido incluso por agencias de contratación que operan en los países más ricos: un estudio en Londres con 400 enfermeras mostró que dos de cada tres fueron reclutadas por estas agencias.²⁰

El otro aspecto de las migraciones lo constituyen los migrantes sin documentos legales, poco calificados, quienes realizan esfuerzos enormes en la búsqueda de nuevas condiciones de vida en los países de destino. A nivel mundial, se estima que existen entre 30 y 40 millones de migrantes ilegales, sometidos muchas veces al tráfico y trata. Estas personas, por lo general, deben atravesar varios países, usando distintos medios de transporte a través de diferentes climas y condiciones de viaje imprevistas —situaciones que ponen en riesgo su salud y su vida.

Según el informe mundial de población del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 2006, había 191 millones de migrantes internacionales en el mundo, de los cuales 95 millones eran mujeres.²⁰ Aunque las personas más jóvenes y saludables son las que migran, la salud se puede ver alterada por diferentes condiciones de riesgos, tanto durante el trayecto como en el lugar de destino, en particular en los grupos de mayor vulnerabilidad social como mujeres, niños, adolescentes e indígenas. Cada vez son más las mujeres que migran solas, consecuencia de una mayor autonomía para la búsqueda de trabajo y oportunidades. Podría considerarse como un hecho positivo —consecuencia de la experiencia de migración— que se adopten nuevas ideas, y conocimientos, demandas de derechos y una mejor educación. Sin embargo, durante el tránsito, las mujeres son acosadas sexualmente y muchas veces son víctimas de violaciones por parte de sus compañeros de viaje o de los traficantes.²¹ Son objeto de trata para venta como esposas o para el trabajo sexual, situaciones que afectan su salud mental y física, en particular la sexual y reproductiva. Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS) son frecuentes. En el lugar de destino, los trabajos forzados, menos remunerados, la esclavitud y la servidumbre infantil afectan de manera particular a mujeres y niñas.²²

La importancia de las remesas para la economía de los países es indiscutible. Se estima que, en el mundo, el valor de las remesas llegó a 232 mil millones de dólares, de los cuales 167 mil millones fueron recibidos por países en desarrollo.²³ Sin embargo, este beneficio no es homogéneo ni para los más pobres ni en los países más pobres, ya que sólo 1.5% de las remesas del mundo se destinó a países del África subsahariana. Se estima que el incremento de 10% del Producto Interno Bruto (PIB) proveniente de las remesas puede reducir en 1.2% la pobreza extrema de un país. Esta situación se utiliza, entonces, como excusa para eludir la responsabilidad y compromiso que tienen los países ricos en cuanto a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), relacionada con los objetivos de desarrollo del milenio.²³ En Haití, 25% del PIB proviene de las remesas y, en Nicaragua, 60% de los hogares que salieron de la pobreza entre 1998 y 2001 tenía un familiar en el extranjero.²⁴

América Latina recibe 60 mil millones de dólares del mundo entero por concepto de remesas; de esta cantidad, 45 mil millones provienen de EU. Las remesas de las poblaciones latinas en este país representan 10% del dinero que ganan, lo cual significa que 90% de sus ingresos contribuye a la economía del país de recepción.²⁵ Sus familiares utilizan las remesas para satisfacer necesidades básicas de vida, como la alimentación, la educación y las mejoras en la vivienda, factores que a su vez contribuyen al mejoramiento de la salud. Sin embargo, las remesas favorecen las desigualdades cuando, en una misma comunidad, se comparan las condiciones de vida entre los hogares que reciben remesas y los que no.

Históricamente, la migración hacia EU ha sido fuente de atracción para la población mexicana y la de los países centroamericanos. Este fenómeno genera una situación social compleja en los estados de la frontera norte y sur. En su intento por cruzar la frontera norte, sólo en el año 2005, murieron 516 migrantes, cifra mayor a las registradas en los últimos diez años.* Según el Instituto Nacional de Migración (INM), cada año se producen 358 millones de cruces —legales e ilegales, de nacionales y extranjeros— por la frontera norte y dos millones por la frontera sur. La frontera norte es la frontera más transitada del mundo, la mayoría de las veces de forma legal y por razones laborales. En el caso de la frontera sur, la mayoría de los cruces de visitantes locales, trabajadores agrícolas temporales y turistas es legal, pero en 2004 se estimó en 200 mil los cruces de personas indocumentadas, cifra mayor en 50 mil a la registrada el año 2001. Al respecto, 98.6% del ingreso de personas sin documentos legales en la frontera sur corresponde a personas de países centroamericanos.²⁶

En el año 1980 se estimaba que 130 mil mexicanos se iban a trabajar y residir a EU anualmente, cifra que se calculó en 400 mil para 2004²⁷ y que seguramente seguirá incrementando en los años próximos. Este proceso involucra en mayor medida a los municipios situados en la región occidental del país, y recientemente, a municipios de la región sur. En la actualidad la migración involucra cada vez más a mujeres y población indígena. La demanda de mano de obra para puestos menos calificados en los países de destino así como las pocas posibilidades de trabajo y desarrollo en sus lugares de origen son las causas centrales para que hombres y mujeres tomen la decisión de migrar. En octubre de 2006, la población en EU llegó a 300 millones de habitantes, de los cuales más de 11 millones correspondían a migrantes de México.²⁸ En EU, más de 24 millones de personas son de origen mexicano, lo que los convierte en la primera minoría del país, misma cuyo aporte es decisivo para las actividades productivas y de desarrollo del país más poderoso del mundo, el cual, por inverosímil que parezca, ha comenzado a construir un muro a lo largo de toda su frontera sur.

* http://www.radionuevitas.co.cu/nuevas_noticias/Internacionales_150406_03.asp

Sirvan estas reflexiones sobre la globalización de los mercados y la economía del mundo para subrayar el hecho de que tales fenómenos no están generando justicia ni equidad para los pueblos, sino que, en gran medida, son responsables de las intensas migraciones, nunca antes vistas en la historia de la humanidad, ahora de sur a norte. La agenda en salud de los próximos años estará marcada por el movimiento de personas. Los sistemas de salud y en particular los sistemas de información epidemiológica deberán poner atención especial en ella para proteger la salud de hombres, mujeres y niños que cruzarán fronteras y países. Así, el nuevo reglamento sanitario internacional y la consideración de que la información en salud es un bien público global favorecerán la sinergia y abrirán la oportunidad para mejores respuestas en este ámbito en todos los países del mundo.

Introducción

La migración se considera como un tema central de la globalización, ya que cada vez una mayor cantidad de personas atraviesa fronteras internacionales. Hasta abril de 2007, el Banco Mundial reportó que alrededor de 200 millones de personas vivían fuera del país en que nacieron.²⁹ Actualmente, los migrantes y los refugiados son un grupo en expansión que contribuye al crecimiento demográfico, social, económico y político de los países de destino.

Cabe mencionar que la globalización de la democracia ha sido parcialmente responsable del aumento de los flujos migratorios a nivel mundial, sobre todo de países en desarrollo a países desarrollados. Los incentivos en las naciones industrializadas con un alto nivel de desarrollo se convierten en poderosos magnetos que atraen a grupos humanos de países con menores niveles de progreso, principalmente humano, en búsqueda de una mejor calidad de vida. De esta manera, la desigualdad se plantea como el determinante más importante de la emigración.

Por otro lado, en los países de destino se observan marcadas inequidades entre los migrantes y los residentes, sobre todo en relación con la salud. Los efectos de tal inequidad se observan tanto a nivel individual como grupal y tienen un fuerte impacto en la epidemiología de algunas enfermedades tanto a nivel mundial como en las naciones que son receptoras de migrantes. Por otro lado, las dinámicas de la movilidad poblacional están cambiando rápidamente, lo cual genera retos a los sistemas de salud mundiales y demanda el establecimiento de nuevos marcos de referencia para el diseño de políticas y programas de salud distintos a los que tradicionalmente se utilizaban.³⁰

Los resultados netos de la morbilidad poblacional se manifiestan en la globalización de los determinantes de la salud y sus indicadores, así como en los esfuerzos de vigilancia epidemiológica para las enfermedades infecciosas.³¹ De manera similar, algunos países receptores mantienen ya controles de vigilancia de enfermedades no transmisibles.³² Sin embargo, mientras existan inequidades en la salud global, los programas y políticas nacionales de los países receptores continuarán enfrentando retos asociados con los problemas de salud que surjan más allá de sus fronteras.

La respuesta eficiente a los problemas de salud asociados con la migración poblacional requiere de la integración de esfuerzos e iniciativas globales, tanto para las enfermedades infecciosas como para las enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud.^{30,33} Finalmente, cabe mencionar que la mayoría de los programas y políticas a nivel mundial para promover la salud de los migrantes ha sido diseñada para su uso nacional y carece de un componente internacional. Resulta evidente que en el futuro, la salud migrante

deberá ser abordada de manera más eficiente a través de colaboraciones que involucren a los países de origen y destino en el ámbito global.

Este documento se enfoca en la migración de mexicanos a EU, fenómeno sumamente complejo porque involucra factores históricos, geográficos, económicos, sociales y políticos, entre los más importantes. El proceso de migración México-EU es responsable de la formación de circuitos binacionales caracterizados por un constante y permanente intercambio de ideas, cultura, lenguaje, valores y estilos de vida entre los migrantes en el país de destino y las personas que se quedan en el país de origen. El fenómeno de puerta giratoria en el contexto de la migración está íntimamente relacionado con la circularidad migratoria. Sin embargo, cabe mencionar que el patrón de circularidad está cambiando para dar paso a un proceso en el que el asentamiento temporal o permanente en el país de destino es la opción más viable para millones de hombres y mujeres que participan en este fenómeno y deciden no arriesgar su vida en cruces subsecuentes.

Este trabajo se propone identificar los problemas de salud y de acceso a los servicios de salud de los hombres y mujeres mexicanos que, por variadas razones y motivaciones, deciden abandonar su lugar de origen y dirigirse a EU en busca de mejores oportunidades para lograr sus metas a través de su trabajo. Para poder entender los riesgos para la salud en los migrantes mexicanos es necesario que el proceso migratorio se aborde en tres momentos: el origen, el traslado y el destino. Saber qué pasa en cada uno de estos estadios es fundamental, sobre todo en el área de la salud, ya que los riesgos a los que se expone el migrante en cada etapa del proceso son diferentes y conllevan, también, diferentes demandas al sector y estrategias de atención a su salud.

Cabe mencionar que los datos y literatura sobre el tema de la salud de los migrantes mexicanos son de difícil acceso y no se encuentran sistematizados. Por ejemplo, las encuestas nacionales de salud en EU no desagregan a la población por grupo nacional. En el caso de los mexicanos, éstos están incluidos en la categorización más amplia de hispanos o latinos propuesta por la oficina del censo de EU, que además de los mexicanos, incluye a los migrantes provenientes de países de Centro y Sudamérica. Esta falta de detalle hace que sea imposible determinar el perfil epidemiológico (a nivel nacional) de los mexicanos que residen en EU. La literatura científica sobre el tema tiene las mismas limitaciones. Los investigadores que trabajan el tema de salud tienden a no desagregar por grupo nacional y a seguir la misma categorización amplia de hispanos o latinos.

El presente reporte se centra, en un primer momento, en los problemas de salud que enfrentan los migrantes y sus familias en las comunidades de origen. Posteriormente, durante el traslado, los migrantes deben enfrentar otro tipo de problemas que ponen en riesgo su salud física y mental. Estos problemas se agravan indudablemente durante el cruce fronterizo de los migrantes sin documentos legales, quienes llegan a poner en riesgo su propia vida. El arribo al lugar de destino también plantea retos y riesgos a la salud de los migrantes, ya que deben enfrentarse a situaciones nuevas en un país con un idioma y un estilo de vida para ellos desconocidos. Además, una vez insertados en el mercado laboral del aquel país, las condiciones de trabajo y de vida cotidiana que rodean a los migrantes tienden a ser sumamente adversas.

Cabe aquí mencionar que los migrantes mexicanos son un grupo socialmente vulnerable. El concepto de vulnerabilidad social propuesto por Cáceres³⁴ hace referencia a grupos poblacionales desempoderados que tradicionalmente han sido ignorados por el sistema. La vulnerabilidad social es concebida como la desprotección de estos grupos al enfrentarse a riesgos, amenazas y daños potenciales a su salud y a sus derechos humanos por el simple hecho de contar con menores recursos económicos, sociales y legales. Los migrantes mexicanos, especialmente quienes no tienen documentos, enfrentan situaciones de riesgo en el lugar de origen, en los puntos de tránsito y en el país de destino.

La búsqueda de información para la elaboración de este documento se llevó a cabo, primero, a través de una selección de las publicaciones que en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) hizo el propio equipo de trabajo sobre grupos vulnerables. También se realizaron una serie de búsquedas bibliográficas en revistas indexadas a través de motores de búsqueda como EBSCO y OVID, y se obtuvieron referencias directamente de los autores. El análisis del material recopilado revela, por un lado, consistencia en algunos temas y, por otro, grandes lagunas en algunas áreas, así como la necesidad de mayor investigación. Cabe mencionar que, si bien la intención fue llevar a cabo una búsqueda completa y actualizada sobre el tema, ésta no fue exhaustiva. Es posible que algunos documentos hayan quedado fuera de este ejercicio debido a cualquiera de las siguientes razones: 1) no fueron identificados por los motores de búsqueda; 2) no fue posible obtener el resumen o el documento en extenso 3) en el título, texto o resumen no se indicaba claramente que el estudio trataba sobre migrantes mexicanos; 4) algunos documentos correspondían a la literatura gris (reportes técnicos, ponencias, memorias), y 5) la información reportada en los documentos no aportaba nada novedoso ni diferente en relación con los documentos sobre los que se trabajó en esta monografía.

Metodología de la búsqueda

Los trabajos citados en este documento se localizaron mediante las siguientes estrategias:

1. Se obtuvieron títulos y resúmenes de artículos, publicados en los últimos diez años (a partir de 1996), de las bases de datos PubMed, Medline y Psych Info con ayuda del buscador OVID. También se incluyó un número limitado de material anterior a 1996 por considerarlo de importancia para este ejercicio. Se realizó, asimismo, una búsqueda en el portal de difusión de producción científica hispana Dialnet y en el buscador Google Scholar. Las palabras clave utilizadas en primer término fueron: Mexic,* Migr,* Immigr,* Hispanic. Estos términos fueron combinados mediante el operador *AND* con las siguientes palabras clave:

* Indica truncamiento del término.

- Para enfermedades infecciosas: infec,* tuberculosis, HIV, AIDS, STD, STI, sexual,* vector, chagas, malaria
 - Para enfermedades crónicas: diabetes, hypertension, cardiovascular, stroke, infarction, heart, cancer, life style, food, nutri,* obesity, physical activity, exerci,* diet, smok,* tobacco
 - Para salud reproductiva: reproductive, pregnan*
 - Para salud infantil: health, child*
 - Para salud laboral: work, occupational health, labor,* pesticide*
 - Para salud mental: mental, psycholog,* stress, psychopatholog*
 - Para salud en el origen: rural, family, health, origin
 - Para salud en el cruce: illegal, undocumented, risk, dangers, death, border, cross
 - Para programas y políticas: policy, programs, determinant, interventions, health care. En este tema se utilizaron igualmente algunas referencias obtenidas de una búsqueda bibliográfica³⁵ que incluyó, además de los ya mencionados arriba, la utilización de los siguientes motores de búsqueda: Collexis, OMS, y Equidad/OPS.
2. Se envió una invitación a los miembros del *Migrant Health Research Group*, solicitándoles referencias de sus trabajos publicados acerca de la relación entre el fenómeno de migración México-EU y la salud. Del material recibido se seleccionaron trabajos con las siguientes características:
- trabajos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales
 - trabajos en los que se distinguiera a los grupos de origen mexicano de otros grupos de latinos en EU
 - capítulos de libros o reportes técnicos disponibles en línea (internet) o publicados y distribuidos por casas editoriales comerciales
 - trabajos publicados en los últimos diez años (de 1996 a la fecha)

* Indica truncamiento del término.

La salud de los migrantes y sus familias en las comunidades de origen

La migración de mexicanos a Estados Unidos se origina en contextos caracterizados por múltiples carencias: de recursos económicos, personales y sociales, así como de oportunidades. Aunque el perfil de los migrantes mexicanos está cambiando, la mayoría es de origen rural y suburbano. Datos recientes del Consejo Nacional de Población (CONAPO) revelan que existen aproximadamente 11 millones de migrantes mexicanos en EU, de los cuales 46% son mujeres.³⁶ En cuanto a su distribución por edad, la mayoría de los migrantes (70%) tiene entre 15 y 45 años; 13% es menor de 15 años, y 17%, mayor de 45.³⁷

De los 2 443 municipios que existen en la República Mexicana, sólo 93 no tienen migrantes.³⁸ De acuerdo con datos del censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI),³⁹ aproximadamente 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 de la gran dispersión poblacional en las regiones rurales del país y, en consecuencia, de los problemas de costo e infraestructura para llevar servicios a este grupo poblacional. Ésta es una de las razones que explica por qué la pobreza en México tiende a concentrarse en el medio rural.

Las zonas rurales se caracterizan por altas tasas de subempleo y desempleo tanto para hombres como para mujeres; ingresos insuficientes; bajos niveles de escolaridad y una gran prevalencia de analfabetismo; altas tasas de fecundidad; ausencia de servicios de infraestructura básica como electricidad, agua entubada, drenaje, etc. y de servicios para la comunidad como escuelas, clínicas o centros de salud, canchas deportivas y lugares recreativos. Las zonas rurales tienen la mayor prevalencia de enfermedades, sobre todo en ancianos, niños y mujeres en edad reproductiva.

La transición epidemiológica también ha traído consecuencias a la salud de los pobladores rurales. En las regiones pobres de México se observa lo que Frenk y colaboradores⁴⁰ denominan “la doble carga epidemiológica”, que se refiere a un perfil de enfermedades infectocontagiosas y de la nutrición, mientras que simultáneamente aumentan los padecimientos crónico-degenerativos. La situación se agrava porque en zonas rurales no se cuenta con los recursos necesarios para combatirlos.⁴⁰ La pobreza es un marcador social adverso en el estado de salud de los pobladores rurales de México. De manera que, aun antes de migrar, las personas enfrentan ya un estado de salud disminuido como resultado de las múltiples carencias de su entorno. En las regiones de alta expulsión, la pérdida de la salud en el proceso migratorio se inicia en la comunidad de origen, continúa durante el traslado, y se agrava en la comunidad de destino. Aunque no se ha comprobado

empíricamente —dada la dificultad para identificar a los migrantes potenciales en las comunidades de origen—, parece ser que, debido al proceso de autoselección inherente a la migración, los mexicanos que salen a EU tienden a ser relativamente más sanos que los que no lo hacen. La salud, sin embargo, se pierde en el proceso migratorio, ya que el movimiento poblacional conlleva una serie de riesgos importantes, tanto en el traslado y el cruce como en el destino.

En esta sección se organiza el material recopilado en las siguientes categorías: 1) vida familiar y migración en las comunidades de origen, 2) salud mental y uso de sustancias, 3) mortalidad infantil y 4) enfermedades infecciosas.

Vida familiar y migración en las comunidades de origen

En trabajos anteriores, se ha sugerido que la situación de vida de los migrantes mexicanos en EU no se puede entender completamente sin hacer un análisis del papel que juega la familia del migrante en la toma de la decisión de migrar o de permanecer en este país.⁴¹ Las familias que se quedan en las comunidades de origen en México ponen sus expectativas y planes de vida futura en las manos de los migrantes. Los que se van, por otro lado, sienten un gran compromiso de responder a su responsabilidad como proveedores principales de la unidad doméstica. Ellos se esfuerzan e incluso arriesgan su propia vida con tal de lograr su objetivo.⁴²⁻⁴⁴

En los últimos diez años, hemos visto cambios en los patrones migratorios de los mexicanos, los cuales han tenido un impacto importante y complejo en la salud del migrante. La migración afecta la salud en las comunidades de origen a través de diversas vías: remesas; cambios sociales, culturales y en la estructura familiar; relaciones interpersonales, y acceso a tecnología y medios de comunicación como el internet, entre otras.

En cuanto al primer aspecto, se ha estimado que los migrantes envían aproximadamente 30% de sus ingresos en EU a sus familias en las localidades de origen.⁴⁵ Esta cantidad, de acuerdo con la mayoría de las esposas de los migrantes, no es suficiente para solventar todos los gastos de la familia, pero sí ayuda de manera importante. Las mujeres también reportan que las remesas no se reciben con una periodicidad determinada y señalan que, frecuentemente, reciben este ingreso de manera esporádica e insuficiente. Por otro lado, se ha reportado que aproximadamente 9% de las remesas enviadas a hogares mexicanos se emplea en gastos de salud.⁴⁶ La recepción de remesas en las unidades domésticas en el origen ha generado cambios en los estilos de vida de las familias, mismos que se manifiestan en un mejor acceso a bienes y servicios.

Las familias de los migrantes, sobre todo la esposa y los hijos, se ven directamente afectados por la ausencia prolongada del jefe de familia. Varias investigaciones llevadas a cabo en diversas zonas de alta migración hacia EU refieren que, en un principio, las mujeres se ven afectadas de forma negativa por la ausencia del cónyuge. En un estudio con esposas de migrantes, Salgado de Snyder⁴⁷ desarrolló un instrumento para evaluar el nivel de estrés asociado con la ausencia de la figura masculina en el hogar. Las situaciones más estresantes que reportan las mujeres están asociadas a la preocupación constante resultado de la incertidumbre y la falta de información sobre el esposo migrante: desconocen las características de la vivienda, la dieta y los cuidados a los que sus compañeros tienen acceso. También les preocupa que sus esposos no cuenten con suficiente dinero para alimentarse adecuadamente o para acudir a un médico si lo llegaran a necesitar. Otra área de conflicto reportada por las mujeres es la percepción de su incapacidad para enfrentar la vida cotidiana sin la figura del hombre, que en sociedades tradicionales (como la rural mexicana) es esencial para la familia. Las mujeres reportan no saber cómo

manejar los bienes y recursos de la familia porque nunca han tenido la oportunidad de hacerlo y sienten que no cuentan con los recursos personales y necesarios para hacer un buen papel reemplazando al marido en el manejo de la economía del hogar y en la toma de decisiones. Finalmente, también señalan como un factor más de estrés las dificultades en el manejo de la educación de sus hijos. Refieren que un hombre “siempre es necesario en la familia”, sobre todo para la disciplina de los hijos.

El funcionamiento psicosocial de las compañeras de los migrantes también se modifica a partir de la migración del cónyuge. Por ejemplo, en las comunidades expulsoras se observa cómo el hombre delega su poder en la compañera que se queda, con el fin de mantener la estabilidad de la unidad doméstica durante su ausencia.⁴⁸ El empoderamiento femenino se traduce en la participación de la mujer en las actividades económicas, sociales y familiares, así como en el control del hogar y sus recursos. Las mujeres que se quedan son las depositarias de la autoridad masculina del hogar. Estudios de Salgado de Snyder y colaboradores^{47,49,50} describen cómo al principio la ausencia del esposo es una carga difícil de sobrellevar, sobre todo porque las mujeres se ven obligadas a responder a responsabilidades y obligaciones que nunca antes habían tenido. Sin embargo, con el paso del tiempo, las mujeres aprenden a manejar sus recursos y a sentirse satisfechas con su condición de cónyuge de un hombre migrante.

En otro estudio de Salgado de Snyder y colaboradores⁵¹ se reporta que las esposas de migrantes reconocen los beneficios que la migración de sus cónyuges les ha traído en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida. Entre los cambios reportados con mayor frecuencia figuran los siguientes: gracias a las remesas que reciben pueden ofrecer más y mejores alimentos a sus hijos, los hijos pueden ir a la escuela, pueden comprar ropa y calzado y, en general, tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, se observa también una feminización de la pobreza, ya que con frecuencia los hombres dejan de enviar dinero durante temporadas largas, lo cual obliga a las mujeres a trabajar para generar ingresos y atender las necesidades de sus hijos y su hogar. Los trabajos en los que se emplean las mujeres incluyen el comercio informal, la maquila en casa, la venta de alimentos y artesanías, y las labores del hogar para otras familias. Estas mujeres refieren que se han quedado sin esposo, con más hijos y más pobres que antes.

Salud mental y uso de sustancias

La salud mental de las mujeres compañeras de migrantes también se ha visto afectada por la ausencia del cónyuge. En un estudio sobre el tema, Salgado de Snyder^{52,53} reporta puntajes altos en una escala que mide sintomatología depresiva. En las comunidades de origen también se encuentran otras consecuencias del proceso migratorio: aumento en el consumo de drogas y alcohol entre los habitantes de las comunidades expulsoras y dolarización de la economía.

En cuanto al efecto de la migración sobre la estructura familiar en las localidades de origen, se ha observado que los hijos de padres ausentes por migración experimentan esa ausencia como una situación estresante.⁵⁴ El uso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas ilícitas (marihuana y cocaína) es uno de los problemas que impacta con fuerza a la población de las comunidades expulsoras, sobre todo a los jóvenes. La circularidad de la migración y el intercambio constante y permanente de estilos de vida son parcialmente responsables de que en muchas localidades de origen se observe un aumento importante del uso y el abuso de sustancias. En un estudio epidemiológico llevado a cabo con una muestra representativa de habitantes de ambos sexos de una zona de alta migración del estado de Jalisco, se encontró que los habitantes varones que reportaron tener un contacto

directo con la migración tenían una mayor probabilidad de consumir drogas y alcohol. Así, los que reportaron mayor consumo fueron aquellos individuos que habían migrado a EU. El segundo lugar de consumo correspondió a aquellos que tenían algún familiar inmediato viviendo en EU, seguido por aquellos que tenían amigos y conocidos en aquel país. El consumo más bajo se reportó entre los que no tenían ningún contacto directo con la migración, es decir, ni familiares ni amigos o conocidos viviendo en EU.⁵⁵

En ese mismo estudio se reporta una prevalencia importante de problemas afectivos entre los familiares de los mismos migrantes.⁵⁶ Por ejemplo, en comunidades rurales con alto nivel de migración, se ha observado que los migrantes tienen mayor prevalencia de uso de drogas: 10.5% de los migrantes reportó haber hecho uso de marihuana 11 o más veces en su vida, mientras que sólo un 3.5% de los no migrantes reportó lo mismo.⁵⁷ Un estudio en usuarios de los Centros de Integración Juvenil que comparó a integrantes que tenían experiencia migratoria con aquellos que no, mostró que 80% de los migrantes ya había usado drogas antes de ir a EU; sin embargo, durante la migración el consumo aumentó y se diversificó. El consumo disminuía cuando los migrantes volvían a las localidades de origen. El consumo de marihuana y sedantes era similar en los dos grupos, pero 32.4% de los migrantes había consumido crack, mientras que sólo 15.2% de los no migrantes lo había hecho. Por otro lado, 21.6% de los migrantes había consumido anfetaminas, mientras que sólo 8.7% de los no migrantes reportó tal consumo.⁵⁸

Salud infantil

Si bien se esperaría que la llegada de remesas a las comunidades de origen tuviera un efecto benéfico sobre la salud infantil, la relación parece ser compleja. Los efectos dependen del tiempo transcurrido desde el inicio de la migración tanto individual como colectiva.

En un estudio en comunidades del estado de San Luis Potosí, se observó un aumento en la mortalidad infantil a corto plazo tras el comienzo de la migración. El fenómeno disminuyó al aumentar las remesas y establecerse cambios en la organización de la comunidad, mismos que maximizaban los beneficios de la migración.⁵⁹ En una réplica a ese estudio, Hildebrandt⁶⁰, utilizando un modelo de variables instrumentales que consideraba la posibilidad de confusión del efecto de la migración sobre la salud infantil por otros factores (sequías, inundaciones, crisis económicas), encontró que, en promedio, los niños de hogares con migrantes tenían mejor peso al nacer y el grado de mortalidad infantil era menor que en los de hogares sin migrantes. En este trabajo, se estimó que el cambiar de un hogar sin miembros migrantes a uno en el que la mitad de los miembros fueran migrantes reduciría en 9% la probabilidad de muerte infantil y aumentaría en 0.9 libras en promedio el peso al nacer.

En cuanto a la salud infantil en general, en 1998 se llevó a cabo una encuesta con muestreo probabilístico en ocho localidades de San Luis Potosí y en hogares de dos barrios en Houston y San Diego donde se concentraban los migrantes provenientes de aquellas localidades. Se comparó la salud infantil (reportada por las madres) entre los hogares de migrantes mexicanos en EU, los hogares con migrantes de retorno en San Luis Potosí, y los hogares sin migrantes en localidades de ese mismo estado. Los niños de familias en EU tuvieron un mejor estado de salud que los niños de familias sin experiencia migratoria en México. Los niños de familias con experiencia migratoria que vivían en esa entidad mostraron el nivel más bajo en su estado de salud.⁶¹ Parecería ser que los efectos de la migración sobre la salud infantil en las localidades de origen son complejos y se requiere más investigación en esta área.

Enfermedades infecciosas

La transmisión de las enfermedades infecciosas es un problema estrechamente asociado con los movimientos poblacionales en el mundo entero. El contacto humano tanto en las comunidades de origen como en las de destino favorece la aparición de infecciones. Las enfermedades infecciosas con mayor prevalencia en las comunidades rurales de origen de los migrantes incluyen principalmente la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA.

Los migrantes sin documentos legales no cuentan con una atención a la salud adecuada debido a su situación ilegal y al consiguiente temor a ser deportados, a la falta de recursos financieros, y a las barreras lingüísticas y culturales. La tuberculosis es un problema de gran calibre, ya que no se ha logrado erradicar debido, en parte, a la migración y a la falta de acceso de los migrantes a la atención de la salud. De acuerdo con datos recientes, México mantiene una incidencia media de tuberculosis pulmonar entre los países de la región: 15 de cada 100 000 personas están infectadas. Esta enfermedad se presenta sobre todo entre los jornaleros agrícolas migrantes, con una prevalencia de 37.5 por ciento. En este grupo se conjugan los factores asociados a la tuberculosis, que incluyen la desnutrición y malnutrición, el hacinamiento, las condiciones pobres de higiene, y la falta de accesos a los servicios de salud.⁶²

Entre 1993 y 1998, 35.1% de los casos de tuberculosis pulmonar en EU se presentó entre personas nacidas fuera de ese país. En el mismo periodo, la tasa de tuberculosis entre los nacidos en México que vivían en EU fue de 35.5 por 100 000 personas por año. Esta tasa fue menor que la experimentada por otros grupos de extranjeros, como los filipinos (95.9 por 100 000 personas por año) o los haitianos (118.5 por 100 000 personas por año). De los casos detectados en mexicanos, 55.2% se presentó en personas que llevaban más de cinco años de vivir en EU; 26.8%, en los que llevaban de uno a cinco años, y 18.0%, en quienes llevaban menos de un año. Un 16.7% de los mexicanos tenía tuberculosis resistente a medicamentos (el mayor porcentaje de resistencias se observó entre los vietnamitas, 27.1 por ciento).⁶³ Si bien, de acuerdo con la información anterior, los migrantes mexicanos podrían considerarse transmisores potenciales de la infección tuberculosa, es importante considerar cuáles son las situaciones de vulnerabilidad en los tres estadios del proceso migratorio, origen, tránsito y destino. Sin embargo, esto no debería resultar en la estigmatización de los migrantes, sino en la comprensión de la situación de vulnerabilidad en que éstos se encuentran, misma que promueve la transmisión de infecciones.⁶⁴

Desde su inicio, la epidemia del VIH/SIDA se caracterizó por afectar principalmente a hombres en edad económicamente activa, específicamente entre los 24 y 36 años de edad, y rápidamente fue asociada a hombres que tienen sexo con hombres (HSH).⁶⁵ Actualmente, la infección por VIH/SIDA se asocia también con la migración de México hacia EU,⁶⁶ debido a que en los últimos años la incidencia de esta infección se ha incrementado en las zonas rurales del país:⁶⁷ en 2000 una tercera parte de las personas infectadas vivía en entidades caracterizadas por una alta intensidad migratoria.^{68,69}

Uno de los factores de vulnerabilidad en la migración mexicana a EU es la migración de hombres jóvenes sin pareja —que incrementa el riesgo de contraer ITS—, la prevalencia de enfermedades infecciosas en las comunidades de origen, la desnutrición, la fatiga física y el estrés —que pueden resultar en un debilitamiento del sistema inmunológico—, y la falta de cobertura médica en EU.⁷⁰ Por otra parte, la migración podría incrementar el riesgo de contagio de ITS y del VIH en las localidades de origen. En una comparación hecha entre migrantes y no migrantes en diversas bases de datos, se encontró que quienes habían migrado en el año previo al estudio tenían más parejas sexuales, habían usado

más el condón, pero únicamente en su última relación, y habían hecho un mayor uso de medicamentos y drogas inyectados, todos estos factores potencialmente relacionados con la exposición al VIH.⁷¹ Los migrantes conocen la importancia del uso del condón, como se mostró en un estudio realizado en dos localidades de Jalisco y Colima, donde se encontró que quienes habían migrado en dos o más ocasiones a EU tenían una posibilidad 3.09 veces mayor de usar condón en todas sus relaciones, en comparación con los que habían ido a EU sólo una vez.⁷² Sin embargo, el riesgo de transmisión a las parejas no migrantes por parte de quienes han migrado se incrementa por el hecho de que, si bien éstos tienen percepciones positivas acerca del uso de condón, su conocimiento de cómo usarlo es, en ocasiones, inadecuado, además de que tienden a utilizarlo sólo en las relaciones con parejas ocasionales y no con las regulares.

En un estudio con una muestra no probabilística de 501 migrantes originarios de cinco comunidades en Jalisco, 44% de los hombres reportó haber tenido sexo con trabajadoras sexuales en EU; entre ellos, los casados tuvieron menos probabilidad que los solteros de usar un condón en esos encuentros, lo cual pondría en riesgo a sus parejas regulares.⁷³ La construcción social de la pareja monogámica incrementa este riesgo, ya que las mujeres en las comunidades de origen mantienen un ideal que valora la fidelidad marital y, en consecuencia, se resisten al uso del condón en las relaciones maritales.⁷⁴

La circularidad migratoria y el contacto estrecho que mantienen los hombres migrantes con sus comunidades de origen son parcialmente responsables de la aparente relación que existe entre la migración a EU y la diseminación del VIH/SIDA en las comunidades rurales de la República Mexicana.⁷⁵ En un estudio sobre el tema, Bronfman y Minello⁷⁵ presentan datos que apoyan la hipótesis que sostiene que existe una relación entre la migración y el riesgo de infectarse por VIH entre los migrantes mexicanos que van a EU. Los comportamientos sexuales de este grupo son de alto riesgo para la infección por VIH. En su estudio cualitativo, estos investigadores señalan que los migrantes mexicanos en EU, sobre todo aquéllos de procedencia rural, cambian sus prácticas sexuales y tienden a involucrarse en actividades que aumentan el riesgo de infección por VIH. Por ejemplo, los hombres migrantes mantienen contacto sexual frecuente con trabajadoras sexuales. Asimismo, es común que se involucren en prácticas de mayor riesgo, como el sexo anal, y tengan relaciones sexuales con otros hombres, bajo la influencia del alcohol y sin usar condón durante estos encuentros. La inserción del migrante en una sociedad más abierta a la sexualidad, aunada a la ausencia de control social, la soledad y el aislamiento, contribuye a que los migrantes expresen de forma más libre su práctica sexual. Por otro lado, también es consecuencia de sus estancias en EU el hecho de que los migrantes aumentan su nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y sobre las prácticas preventivas, como el uso del condón. Sin embargo, este conocimiento no siempre se traduce en la implementación de tales prácticas en su vida cotidiana.

Salgado de Snyder y colaboradores⁵³ en un estudio que tuvo como objetivo identificar y describir las conductas sexuales de riesgo para la transmisión de VIH entre las esposas de migrantes en una zona rural de México, reportó que las mujeres, en general, no tenían información adecuada ni suficiente sobre la enfermedad. Una tercera parte de las mujeres que participaron en el estudio reportó sentirse en riesgo de infectarse por sus esposos. Sin embargo, no utilizaban medios para prevenir (condón o negociación sobre las prácticas) la posible infección por vía sexual. En este estudio, también se reporta que otra posible fuente de infección es la utilización que las mujeres encuestadas hacen de los servicios de enfermeras empíricas que aplican inyecciones con jeringas de vidrio hervidas, en lugar de desechables, sobre todo para el consumo de vitaminas.

En un trabajo sobre conductas sexuales de esposas de migrantes, Salgado de Snyder y colaboradores^{53,76} reportaron que las mujeres migrantes, comparadas con las no migrantes casadas con hombres que viven en EU, tenían más y mejor información sobre las formas de transmisión del VIH. Asimismo, una mayor proporción de mujeres migrantes percibía el uso del condón como un medio de prevención, seguido de la fidelidad marital y la abstinencia sexual. Las esposas no migrantes de hombres que vivían en EU constituyeron el grupo con mayor riesgo, ya que no contaban con información adecuada ni suficiente sobre el VIH y un 36% se percibía en riesgo de infectarse por el VIH. Sin embargo, únicamente 37% de las mujeres en este grupo le había sugerido a su pareja utilizar un condón durante el contacto sexual y sólo 12% declaró haber utilizado condón en su última relación sexual. En contraste, 73% de las mujeres migrantes reportó haber sugerido a su pareja sexual utilizar un condón y 26% lo había usado en su última relación sexual.

Finalmente, resulta claro que los problemas de salud en las comunidades de origen son, por un lado, los mismos que podría presentar la población en general, pero, por otro, están intensamente matizados por el fenómeno migratorio. El impacto de la migración en los estilos de vida —que a su vez impactan la salud— de los habitantes de las comunidades “expulsoras” y, particularmente, de los familiares de los migrantes es un tema que requiere aún de mucha investigación. Si bien el número de trabajos sobre esto ha ido en aumento, no ha sido en proporción a la magnitud de los problemas asociados.

La salud de los migrantes en tránsito

El desconocimiento del estado de salud de los migrantes y de los factores que intervienen en la pérdida gradual de la misma durante el tránsito desde su localidad de origen hasta la de destino representa un reto para los sistemas de salud, particularmente en lo referente a la prestación de servicios. Debido a la dinámica de la movilidad y a la diversidad de rutas migratorias, es difícil diseñar y establecer programas de intervención y promoción de la salud que estén encaminados a prevenir los riesgos que enfrentan los migrantes, sobre todo quienes no cuentan con documentación legal.

Los riesgos a la salud que enfrentan los migrantes sin documentos legales en su intento de ingresar a EU a través de la frontera mexicana pueden llegar incluso a situaciones catastróficas como la muerte. Los decesos en el cruce fronterizo han aumentado considerablemente en los últimos años debido al endurecimiento de las políticas migratorias estadounidenses, que se agudizó a principios de la década de los noventa y que tuvo su clímax después de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en aquel país. A partir de esa fecha, también se observa un resurgimiento de sentimientos antimigrantes, alimentados por las crisis económicas en varios estados de la unión americana, en el tejido social estadounidense.⁷⁷

A la fecha, existe un escaso número de reportes que aborde los problemas de salud que enfrentan los migrantes durante el traslado y los pocos disponibles son de diseño transversal y no permiten identificar los riesgos y los cambios en la salud de los migrantes a lo largo del proceso. Para ilustrar los datos de este capítulo se incluyen algunos testimonios de una entrevista realizada por nuestro equipo de investigación a un “pollero” o “coyote” quien, entre los años 1988 y 2004, realizó más de 35 cruces de personas sin documentos legales a través de los distintos desiertos de la frontera México-EU.

Hay rancheros a veces que se toman la ley por sí mismo. Tienes que rodear más, si te fueras a hacer así cinco horas caminando; hay veces que tienes que hacer hasta 15 o 20 horas por no tener problemas con ellos, porque ellos mismos también te detienen y lo reportan al mismo gobierno.

En California se aprobaron proyectos de ley que impedían el acceso de los migrantes sin documentación legal a servicios públicos básicos, como salud y educación. Además, como consecuencia de la reforma a la Ley Migratoria de 1993, se aumentó el número de agentes de la patrulla fronteriza, se aprobó la construcción de una triple barda en una franja entre San Diego y Tijuana —la cual después se trataría de extender a otras zonas de

la frontera—, se aprobó la contratación y compra de tecnología de punta para el control fronterizo, y se estableció la deportación expedita. Todas estas medidas puestas en práctica por el estado de California, tradicionalmente el punto de cruce más importante para los migrantes que no cuentan con documentos legales, los obligó a buscar nuevas rutas de entrada con menor vigilancia, como el desierto de Arizona.⁷⁷

Uno de los desiertos más largos es de San Luis Río Colorado a Yuma. Es el tramo más peligroso porque está más reseco todo, no hay ni donde te cubras del sol; los matorrales están bien pequeñitos y por otros caminos cruzas el desierto pero tienes la opción de esconderte en un matorral más grande y tienes un poquito de sombra; pero ahí no, casi es pura tierra y polvo.

Tratar de ingresar a EU por zonas más peligrosas como el desierto incrementó los riesgos: accidentes; condiciones climáticas adversas; peligros en terrenos más inhóspitos, remotos y desconocidos, todo lo cual trajo como consecuencia un aumento en el número de muertes.⁷⁸ Según datos del *United States Government Accountability Office*,⁷⁹ de 1998 a 2004 hubo un total de 2 179 defunciones durante el cruce de la frontera de 3 200 kilómetros con México, con un promedio de 311 muertes por año y un aumento de 29.1% en las muertes ocurridas en 1998 (254), si las comparamos con las 328 defunciones de 2004. Las muertes fueron ocasionadas principalmente por causas medioambientales (deshidratación, insolación, hipotermia), ahogamientos, homicidios, atropellamientos y accidentes vehiculares.

Luego por ahí las víboras de cascabel y las coralillos por el mismo calor se ponen nerviosas. Muchos de los que yo conocí se han muerto por eso, los han mordido víboras. En una ocasión me encontré otro grupo donde iban unas chavas y a un señor le picó una víbora y les valió madres; ahí lo dejaron. No me tocó ver si murió, pero lo más probable es que murió en el desierto y sin ayuda. Entonces las chavas le decían a su coyote que cómo lo iban a dejar ahí y él les dijo: “Si quieren, pues quédense ahí a morirse con él”. Nadie se quiso quedar; cada quien piensa en sí mismo.

Las muertes ocurridas durante el cruce de la frontera México-EU parecen estar ligadas a dos factores, a una estrategia impuesta por EU que apuesta por las acciones policíacas, en línea con la filosofía de la tolerancia cero. También vinculada a la anterior, se encuentra la deficiente percepción sociocultural de los migrantes sobre los peligros que entraña el cruce por zonas climatológicas extremas. La combinación de ambas produce una situación fatal que acrecienta la vulnerabilidad del migrante frente a los peligros medioambientales en el cruce —la mayoría de ellos mortales— o frente a actores violentos:⁸⁰

Por Nogales a Tucson [es la mejor zona de Sonora para cruzar], ahí hay varios cruces; te puedes cruzar por los túneles, nada más que se inundan y muchos se han ahogado ahí. Bueno, a mí me ha tocado ver, algunos ahogados, algunos apuñalados por los mismos cholos que hay ahí, que les dicen, o drogadictos ahí que andan. A mí me quitaron una chamarra una vez que hacia frío y se las tuve que dar porque me pusieron la navaja en el estómago.

La gran cantidad de muertes en la frontera parece desalentar el cruce de algunos migrantes potenciales. Sin embargo, los que lo logran a pesar de los grandes peligros cumplen con los requisitos de ser los más capaces (jóvenes, fuertes y con decisión), con posibilidad de tener éxito en los mercados laborales de EU.⁷⁸

Actualmente, los principales riesgos que sufren los migrantes sin documentos legales durante su cruce pueden clasificarse en las siguientes categorías: condiciones climáticas y geográficas (intenso calor o frío, falta de alimento y agua, ahogamiento), fauna (ataque por animales salvajes o venenosos), abuso de autoridad de la patrulla fronteriza (abuso sexual, maltrato, muerte, privación ilegal de la libertad y robo), abuso de las autoridades mexicanas (principalmente extorsión policíaca), mayor dependencia y abuso del pollero (costo más elevados, crueldad, migrantes esclavizados o secuestrados), abuso de grupos delictivos organizados (tráfico de personas, asaltos, utilización de migrantes para transportar droga en pequeña escala), abuso de prestadores de servicios, ser asesinados o sufrir algún accidente relacionado con vehículos (atropellamiento, choque o volcadura).^{77,80,81}

De este lado las autoridades migratorias dicen que están para ayudar a los mexicanos; están para joder nada más, no ayudan. Ellos te ubican [que no eres de ahí], y te quieren interrogar; quieren que les digas quién es el coyote, que delates con quién vas, quién te trae. Entonces ellos mismos te piden dinero, te encierran para quitarte el poco dinero que traes, aunque no seas coyote.

Por otro lado, la migración sin documentos legales se da en un contexto epidémico de ITS/VIH/SIDA. La transmisión de estas enfermedades se puede ligar a factores de violencia estructural, vulnerabilidad, relaciones de poder asimétricas, violación de derechos humanos y violencia sexual por parte de las autoridades regionales, los traficantes de personas y los grupos de asaltantes.⁸²

Durante el cruce, también se ha reportado la presencia de abuso sexual y violencia, sobre todo hacia las mujeres que viajan solas. Esto tiene como consecuencia la manifestación de problemas psicológicos y físicos como ansiedad, depresión, estrés postraumático, e infecciones de transmisión sexual. Alonso⁸⁰ señala que las nuevas situaciones de riesgo que tienen que enfrentar los migrantes sin documentos legales sitúan a las mujeres en contextos de mayor vulnerabilidad, dado el entorno grupal masculino y machista que no garantiza el respeto a sus derechos humanos: ellas enfrentan los mismos peligros que los hombres pero, además, otros específicos de su género como el abuso sexual y el sexo a cambio de protección, de dinero o como pago al pollero. La travesía puede resultar aún más peligrosa en el caso de que las mujeres lo hagan embarazadas o con hijos pequeños.

Yo sentía feo que una mujer me pidiera que la llevara. Yo les decía: “Saben qué, la frontera no es para ustedes, ustedes intenten sacar la visa o de otra forma, pero pasar así, eso no es para ustedes la mujeres”. Yo siempre he comparado la frontera... créanme, es como si estuvieras en Irak, así de peligroso, yo siempre he comparado la frontera como un lugar que está en guerra.

Esta vulnerabilidad que expone a las mujeres migrantes puede continuar incluso después de su muerte. Podemos observar tanto un mecanismo de defensa comunitario o el escarnio propio de la inercia cultural sexista y machista, los cuales se manifiestan en el comportamiento de algunas personas de las comunidades de origen que consideran que la muerte de las mujeres migrantes es un escarmiento por haber transgredido las reglas sociales al migrar solas. También se interpreta como una señal para disuadir a otras mujeres de hacer lo mismo. Asimismo, se inventan historias que afectan póstumamente su reputación. Por ejemplo, se dice que la muerte en realidad no sucedió, sino que la mujer se dedicó a la prostitución o se escapó con el coyote.⁸³

Al igual que en el caso de las mujeres, la migración sin documentos legales ubica a los menores de edad en contextos de mayor vulnerabilidad. Por ejemplo, los niños nacidos en EU en ocasiones se quedan separados de sus padres cuando éstos son expulsados o deportados. También se han documentado casos de menores mexicanos deportados de EU de forma separada de sus padres. Ambas situaciones ocasionan problemas de salud mental como ansiedad en los integrantes de la familia, mientras logran volver a reunirse. Por último, aparentemente existen asimismo redes de explotación sexual infantil, mediante las cuales se explota a los menores no acompañados que se encuentran en la frontera.⁸⁴

El proceso de persecución, detención y devolución de los migrantes sin documentación legal no está exento de peligros. Éstos deben enfrentar maltrato, pérdida de pertenencias, agotamiento y desamparo al no tener dónde pasar la noche. Estos factores contribuyen a que el cruce se convierta en una experiencia traumática y con consecuencias para la salud mental, como el síndrome de estrés postraumático, cuyos síntomas se siguen presentando aun después de varios años de haber cruzado.⁸⁵

La regularización de la migración internacional de personas de los países subdesarrollados y en vías de desarrollo hacia los países desarrollados es uno de los principales temas pendientes en la agenda internacional contemporánea. El caso particular de la migración México-EU es uno de los más importantes a nivel mundial debido, entre otras cosas, a la cantidad y constancia del flujo de personas. Mientras, en EU el debate a nivel federal entre los que pretenden detener la migración frente a los que buscan regularizarla se encuentra estancado. Algunos gobiernos estatales y grupos de ciudadanos de aquel país endurecen sus posturas frente a la migración, lo cual empeora la situación que enfrentan los migrantes, principalmente quienes no tienen documentación legal durante el cruce fronterizo. Así, anualmente, cientos de miles de migrantes mexicanos enfrentan situaciones cada vez más riesgosas que ponen en peligro su integridad física y mental, que los puede llevar incluso la muerte. En tanto continúan los esfuerzos para buscar soluciones bilaterales de fondo a los problemas producto de la migración México-EU, es indispensable que en nuestro país se realicen acciones, primero, para profundizar y actualizar los conocimientos sobre los contextos de vulnerabilidad que enfrentan los migrantes en tránsito hacia EU y, segundo, se ideen y lleven a cabo programas dirigidos a reducir la vulnerabilidad que enfrentan estos migrantes.

La salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos

De acuerdo con cifras recientes de la Encuesta de Comunidades de EU, se calcula que la emigración de mexicanos a aquel país aumentó en cuatro millones en los últimos cinco años. Los mexicanos representan 30.7% de los migrantes en EU.⁸⁶ En numerosas investigaciones publicadas en revistas científicas, reportes internos y documentos elaborados por investigadores de instituciones académicas y de agencias gubernamentales nacionales y estatales se ha reportado el estado de salud de los migrantes mexicanos una vez en el destino. Sin embargo, en aquel país es común agrupar a los migrantes mexicanos junto con otros grupos de origen latinoamericano bajo la categoría general de “hispanos” o “latinos”. Esta categorización tan amplia no permite identificar de manera puntual los problemas de salud que presentan los migrantes mexicanos, lo cual limita el conocimiento sobre su estado de salud y sus necesidades de atención.

Un hallazgo común en las investigaciones es el hecho de que el estado de salud de los migrantes mexicanos en EU es superior al de otros grupos de población que podrían considerarse más protegidos en virtud de su mejor condición social o económica. Este fenómeno, conocido como “paradoja hispánica”, ha recibido diversas explicaciones. Entre ellas se cuentan las siguientes: el posible valor protector de ciertas prácticas culturalmente normadas, como el apoyo familiar o la dieta, o la presencia de factores genéticos. Otra explicación podría ser la migración selectiva, es decir, que quienes se arriesgan a enfrentar las dificultades del cruce de la frontera son aquellos con mejores condiciones de salud.⁸⁷ También se ha sugerido la posibilidad de que los migrantes vuelven a su país en caso de enfermedad, lo cual produciría un sesgo de selección donde los resultados en salud registrados corresponderían sólo a quienes no se han enfermado.⁸⁸

Sin embargo, también existen estudios que niegan la existencia de tal paradoja. En un seguimiento a ocho años de 3 735 residentes de San Antonio, Texas, se encontró que, después de ajustar por nivel socioeconómico- los mexicanos nacidos en EU tenían mayor probabilidad de morir, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa entre ambos grupos. En cambio, el riesgo de morir de los mexicanos era similar al de los estadounidenses de raza blanca.⁸⁹

Por otra parte, una serie de análisis realizados por la Universidad de California en Los Ángeles, con datos de la Encuesta Nacional de Salud de EU (NHIS) del año 2000, mostró que el tiempo de estancia en ese país se asociaba con el estado de salud autorreportado. Los migrantes con más de diez años de estancia en ese país así como los mexicoamericanos reportaban un estado de salud regular o malo con más frecuencia que los que tenían menos de diez años de estancia (15.0, 14.8 y 6.8%, respectivamente).⁹⁰ Esto muestra que

la ventaja en salud de los migrantes se pierde con el tiempo de permanencia en EU y en las generaciones subsecuentes.

En esta sección se presentan los hallazgos más importantes sobre el estado de salud de los migrantes mexicanos en los últimos diez años, divididos en seis categorías: 1) enfermedades infecciosas, 2) enfermedades crónicas, 3) enfermedades asociadas a riesgos laborales, 4) salud mental, 5) salud reproductiva o materno infantil, y 6) uso de servicios de salud. Dentro de esta amplia categorización y en la medida de lo posible —dadas las limitaciones de los estudios reportados—, se presentan resultados por sexo y siguiendo una orientación de línea de vida. Cabe mencionar que la categoría “enfermedades asociadas a riesgos laborales” es de particular importancia debido a que la gran mayoría de los mexicanos en ese país son migrantes laborales y su estilo de vida está determinado, en gran medida, por las actividades laborales que desempeñan cotidianamente.

Enfermedades infecciosas

La construcción discursiva de la migración como un peligro para el país receptor incluye la noción de que los migrantes son vectores en la transmisión de enfermedades infecciosas y, por lo tanto, constituyen un riesgo que debe ser controlado. En los años veinte y treinta del siglo XX, este discurso fundamentó la repatriación de los migrantes mexicanos, a quienes se acusaba de haber traído la tuberculosis a California.⁹¹ La investigación acerca de la prevalencia de tuberculosis ha mostrado que, entre 1993 y 1998, sólo 35.1% de los casos de tuberculosis pulmonar en EU se presentaron entre personas nacidas fuera de ese país. La tasa de tuberculosis entre los nacidos en México residentes en EU fue de 35.5 por 100,000 personas por año en ese periodo. De los casos detectados entre mexicanos, 55.2% se presentó en personas que llevaban más de cinco años de vivir en EU; 26.8%, entre los que llevaban de uno a cinco años, y 18.0%, entre quienes llevaban menos de un año. De los mexicanos infectados, 16.7% tenía tuberculosis resistente a medicamentos.⁶³ Para los niños de familias mexicanas en EU, el hecho de haber nacido en México o de haber viajado a este país es un factor de riesgo para la presencia de infección tuberculosa.⁹² Asimismo, entre los trabajadores agrícolas nacidos en México, se ha documentado una mayor frecuencia de infección tuberculosa que entre aquellos nacidos en EU.⁹³ Si bien, de acuerdo con la información anterior, los migrantes mexicanos podrían considerarse transmisores potenciales de la infección tuberculosa, es importante considerar cuáles son las situaciones de vulnerabilidad que condicionan esta situación en los tres estadios del proceso migratorio.

En el terreno de las enfermedades transmisibles, un tema ampliamente estudiado ha sido la migración como factor de riesgo para la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. El hecho de que muchos de los migrantes sean hombres jóvenes que viajan solos los pone en riesgo para la adquisición de este tipo de infecciones.⁹⁴ Si bien se sabe que los cambios en las prácticas sexuales que acompañan a la migración podrían también asociarse con un mayor riesgo, hace falta documentar más ampliamente la incidencia de la infección por VIH entre los migrantes mexicanos sin documentos legales.⁹⁵ De entre los mexicanos que viven en EU, los grupos más afectados por VIH/SIDA son los HSH (44% de los casos reportados en el año 2000), seguidos de los hombres heterosexuales (14%) y de los usuarios de drogas intravenosas (9 por ciento).⁹⁶

Enfermedades crónicas

Los cambios en el estilo de vida y el acceso a otro tipo de alimentos podrían estar relacionados con un aumento en las enfermedades crónicas entre los migrantes. En este sentido,

se ha observado que la prevalencia de diabetes tipo 2 es más frecuente entre los mexicanos en EU, tanto entre los nacidos en aquel país como entre los migrantes, en comparación con los blancos no hispanos es mayor que la que se da entre éstos.^{97,98} Además, 8.3% de los mexicanos nacidos en EU tiene la enfermedad, mientras que sólo 2.6% de los migrantes nacidos en México la presenta.⁹⁰

En contraste con lo anterior, los mexicanos (nacidos en México o en EU) residentes en California tienen una prevalencia de enfermedad cardíaca menor que la de los blancos no hispanos,⁹⁷ mientras que la prevalencia de hipertensión arterial es semejante entre mexicanoamericanos y blancos no hispanos.⁹⁸ Además, la mortalidad después de un evento vascular cerebral es menor entre los mexicanoamericanos que entre los blancos no hispanos.⁹⁹

La obesidad es un factor de riesgo conocido para las enfermedades crónicas. Tanto el sobrepeso como la obesidad son problemas que afectan a los mexicanos en EU.¹⁰⁰ Si bien en todos los grupos de población se han observado aumentos en la proporción de niños con sobrepeso, este incremento ha sido más pronunciado entre los de origen mexicano.¹⁰¹ Sin embargo, hay que realizar mayores investigaciones sobre la relación entre migración, cambio cultural y obesidad o sobrepeso, ya que los resultados son contradictorios. Por ejemplo, un estudio en niños de familias mexicanoamericanas en Chicago no mostró relación entre el nivel de aculturación de las madres y la presencia de sobrepeso en los hijos.¹⁰² En cambio, en una encuesta hecha a 300 mujeres obesas mexicanoamericanas en Starr County, Texas, se observó que las que tenían mayor puntuación en un instrumento que evaluaba su “historia migratoria” tenían peores hábitos de ejercicio —lo cual a su vez se asociaba con mayor presión arterial—¹⁰³ que las que tenían menor puntuación en ese instrumento. Asimismo, se ha documentado la asociación entre mayor tiempo de residencia en EU y un mayor índice de masa corporal en una muestra comunitaria de mexicanoamericanos en California, mientras que, por el contrario, entre los mexicanos que trabajaban en los campos agrícolas en esa misma zona, el mayor tiempo de residencia en EU se asociaba con un peso corporal más adecuado.¹⁰¹

Otro elemento que se asocia con las enfermedades crónicas es la alimentación. Se ha reportado que las mujeres migrantes mexicanas tienen dietas más sanas que otros grupos de mujeres nacidas en EU. En comparación con las estadounidenses, las mujeres mexicanas consumen significativamente menos grasas y más fibra, así como vitaminas A, C, E y B6, folatos, calcio, potasio y magnesio.^{104,105} Por otro lado, los ancianos mexicanos que residen en EU tienden a consumir dietas menos sanas y más parecidas a la de los adultos mayores estadounidenses conforme aumenta su tiempo de residencia en aquel país.¹⁰⁶ Sin embargo, la inseguridad alimentaria que muchos migrantes experimentan en la infancia o durante sus primeros años en EU puede dar lugar a un consumo excesivo de alimentos en etapas posteriores, así como a la tendencia a dar a los hijos lo que no tuvieron de pequeños. El resultado de estas actitudes podría ser una sobrealimentación de los niños hijos de migrantes mexicanos.¹⁰¹

Por último, el tabaquismo es más frecuente entre los mexicanos nacidos en EU que entre los nacidos en México e incluso se ha observado una tendencia ascendente en el riesgo de fumar de los migrantes mexicanos de acuerdo al número de años de estancia en EU: menos del 10% de los migrantes recién llegados ha fumado tabaco, mientras que más del 20% de los que llevan de 16 a 20 años en EU⁹³ lo ha hecho. Por otro lado, los mexicanos en EU reportan menos exposición al tabaco que los estadounidenses de origen europeo.¹⁰⁷

Como vemos, las investigaciones acerca de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo muestran resultados divergentes. Esto subraya la importancia de continuar indagando sobre el papel de los diversos componentes sociales, culturales y genéticos en la determinación de tales padecimientos.

Enfermedades asociadas a riesgos laborales

Gran parte de los mexicanos que migran a EU encuentran empleo en labores agrícolas, donde se exponen a riesgos a la salud relacionados con sus actividades cotidianas. De entre los riesgos laborales de los trabajadores agrícolas migrantes, el principal es la aparición de enfermedades dermatológicas, oftalmológicas, sistémicas, y asociadas al uso de pesticidas.¹⁰⁸ En la actualidad, quienes emplean a trabajadores agrícolas en EU están obligados a proporcionarles educación acerca del manejo seguro de los pesticidas. En un reporte del año 2005, en una encuesta representativa de los trabajadores agrícolas en California (de los cuales un 91% correspondía a personas nacidas en México) se encontró que el 86% de los trabajadores había recibido este entrenamiento.¹⁰⁹ Sin embargo, en un grupo de trabajadores agrícolas en Carolina del Norte, la prevalencia de molestias dermatológicas, atribuibles posiblemente al uso de pesticidas, alcanzó 37%;¹¹⁰ de aquí, se podría suponer que las medidas educativas habían sido insuficientes. Además, la exposición a pesticidas afecta no solamente a los trabajadores mismos, sino también a sus familias. El riesgo se incrementa por la falta de conocimiento acerca de las vías de exposición a los pesticidas, de las consecuencias de esa exposición, y de la manera de reconocer la presencia de pesticidas en el ambiente.¹¹¹

En cuanto a otros daños a la salud asociados al empleo en el campo, la encuesta anteriormente citada¹⁰⁹ encontró que 24% de los entrevistados padecía al menos un problema musculoesquelético. A diferencia del resultado encontrado en Carolina del Norte, entre los trabajadores entrevistados en California, sólo 12% había tenido algún problema dermatológico en los últimos 12 meses. Estas diferencias podrían deberse a los métodos de identificación de casos utilizados por cada estudio. Por otra parte, 16% de los trabajadores en California reportó tener algún tipo de irritación ocular y 14%, alguna molestia nasal. Otros problemas reportados asociados tanto al uso de plaguicidas como al de equipo en malas condiciones incluyen heridas, enfermedades respiratorias y padecimientos neurológicos.⁹³

Salud mental

La salud mental de los migrantes se pone en riesgo desde que abandonan su lugar de origen, ya que deben enfrentar un proceso de duelo por haber dejado a la familia. El impacto de la migración sobre la salud mental de los mexicanos se ha documentado en forma extensiva. Asimismo, el proceso de aculturación podría condicionar cambios en las relaciones familiares, que a su vez estuvieran asociadas con la salud mental de los miembros de la familia. Sin embargo, los resultados de investigación proporcionan nuevamente resultados contradictorios. Por ejemplo, en un estudio con muestra no probabilística hecho a madres que acudían a cursos de paternidad en México y EU, se aplicó un instrumento para evaluar las actitudes hacia los hijos (“inventario de paternidad para adultos y adolescentes”). No se observaron diferencias entre las mujeres mexicanas en México y las mexicanas en EU en ninguno de los aspectos evaluados, que incluían expectativas inapropiadas acerca de la relación, falta de empatía hacia los hijos, uso del castigo corporal o inversión de los roles padre-hijo.¹¹² En cambio, tal como comentamos que se ha observado en otros aspectos de la salud, una revisión de la investigación acerca de la relación entre migración y psicopatología concluyó que los migrantes mexicanos en EU tienen mejor salud mental que los mexicanoamericanos, es decir, que la aculturación parecería ser un factor de riesgo para problemas de salud mental.¹¹³

Un estudio extenso que tuvo como propósito medir el impacto del proceso de aculturación sobre la salud de los grupos de hispanos en EU, reportó efectos negativos de la aculturación sobre patrones de uso de sustancias (marihuana, cocaína y otras drogas).¹¹⁴ Por su parte, Vega y colaboradores¹¹⁵ reportaron el uso de drogas ilícitas, inhalantes, cocaína y heroína entre los hombres migrantes mexicanos, sobre todo en aquellos hombres que son menos tradicionales y en mujeres. El uso de alcohol también aumenta en frecuencia y cantidad conforme se incrementa el nivel de aculturación.^{87,116} En un análisis más reciente,¹¹⁷ se utilizaron datos de muestras representativas nacionales de mexicanos en México y en EU para evaluar la asociación entre migración y trastornos relacionados al uso de alcohol. Se observó que la condición de migración no se asociaba de manera constante con esos trastornos. En cambio, una mayor aculturación se asoció con mayor prevalencia de trastornos de uso de alcohol en las mujeres, mientras que entre los hombres se observó la relación contraria.

Se ha sugerido que la migración podría estar asociada a la presencia de depresión.¹¹⁸ En este sentido, en un estudio con mexicanas migrantes en EU, se encontró que la aculturación no se asociaba con la presencia de síntomas depresivos.¹¹⁹ Uno de los problemas que enfrentan los mexicanos en EU es el acceso escaso a los servicios de salud. Esto es así también en el caso de la salud mental. En general, los migrantes hacen un uso limitado de los servicios especializados para la atención de este tipo de problemas.^{120,121}

Salud reproductiva

Como parte de la “paradoja hispana”, se ha mencionado que las migrantes mexicanas en EU tienen mejores resultados reproductivos que las mujeres blancas no hispanicas nacidas en ese país. Callister y Birkhead¹²² —en un análisis de la literatura— encontraron que las mujeres migrantes mexicanas (a pesar de las vicisitudes, problemas y situaciones de riesgo que enfrentan cotidianamente en EU) tenían las mismas tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y muerte infantil que las mujeres blancas no hispanicas y la mitad de las correspondientes a mujeres de origen africano en EU. Los autores concluyen que esta paradoja parece estar relacionada no con factores genéticos, sino con conductas de género prescritas asociadas a factores socioculturales. Otros investigadores¹²³ han encontrado que las mujeres migrantes mexicanas, comparadas con mujeres de origen mexicano también pero nacidas en EU, daban a luz con mayor frecuencia productos a término y sus hijos tenían mayor peso al nacer. Otros investigadores han encontrado resultados similares.^{124,125} Por otro lado, en un estudio en California, las complicaciones obstétricas en mujeres nacidas en México fueron menos frecuentes que en mujeres blancas no latinas.¹²⁶

Por otra parte, en una comparación hecha entre mujeres mexicanas que dieron a luz en San Diego y en Tijuana, se encontró que, aun ajustando por antecedentes reproductivos y de salud, las mujeres en México tenían efectivamente mejores resultados.¹²⁷ Cervantes y colaboradores¹²⁸ analizaron los datos de 57 324 nacimientos en Chicago y encontraron que los productos de mujeres migrantes tenían menos complicaciones. Las mujeres migrantes mexicanas tuvieron riesgo significativamente más bajo de tener nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer que las mujeres puertorriqueñas, afroamericanas y blancas no hispanicas. En otro estudio, se reportó que las mujeres migrantes con menor aculturación no presentaban complicaciones prenatales, nacimientos por cesárea ni ganancia de peso excesivo.¹²⁹

Los buenos resultados en salud reproductiva de las migrantes mexicanas podrían explicarse por varios motivos: el hecho de que las mexicanas con problemas de salud

preferieran regresar a México; el que haya un mayor número de muertes fatales entre las mexicanas (de tal modo que sólo nacerían los productos en mejor estado); un proceso de selección cuyo resultado es que migren las mujeres más sanas,¹²⁷ o la existencia de factores socioeconómicos, personales o culturales. Entre los factores culturales, se ha mencionado que las mujeres mexicanas, al ser más tradicionales, suelen tener menos conductas de riesgo, como fumar y beber durante el embarazo.¹²³ Efectivamente, un estudio dirigido a indagar las interacciones entre aculturación y factores de riesgo para la salud ha encontrado que las mujeres nacidas en México tienen menos probabilidad de beber, fumar o hacer uso de drogas durante el embarazo que las de origen mexicano nacidas en EU.⁹³

Salud infantil

En cuanto a la salud de los menores de edad, en un análisis de los datos de 1998 a 2001 de la NHIS, encuesta realizada anualmente en EU, se encontró que sólo 3.6% de los niños mexicanos tenía limitaciones físicas, mentales o emocionales que dificultaran sus actividades, porcentaje menor que entre los otros niños hispanos y entre los blancos no hispanos. Debe notarse que la categoría “mexicanos” incluía tanto a los nacidos en México (13.4% de los encuestados) como a los nacidos en EU de padres mexicanos (86.6% de los encuestados).¹³⁰

Un hallazgo interesante en salud respiratoria es que los niños mexicoamericanos tienen más riesgo que los nacidos en México de tener asma.¹³¹ Según datos de la Encuesta de Salud de California (CHIS) del 2001, menos del 5% de los niños nacidos en México residentes en EU tienen asma, mientras que alrededor de un 21% de los hijos de mexicanos en EU presenta esta enfermedad.⁹⁷ Estos datos conducen a preguntarnos si las diferencias observadas son el resultado de factores genéticos o ambientales.

En cuanto al estado nutricional de los niños mexicoamericanos, este grupo tiene la mayor prevalencia de obesidad infantil entre los grupos étnicos en EU. Un factor de riesgo asociado con este fenómeno es el consumo de bebidas gaseosas endulzadas comerciales.¹³²

A manera de cierre de esta sección, cabe mencionar que los problemas de salud que manifiestan los migrantes mexicanos en EU no son totalmente diferentes a los que presenta la población general de aquel país. Sin embargo, el contexto de vulnerabilidad social en que se desenvuelve su vida cotidiana no les permite emprender una búsqueda proactiva en pos de su salud ni les permite tomar las medidas necesarias para prevenir problemas en este rubro. La reducción de la prevalencia de algunas de las enfermedades más comunes (crónicas e infecciosas) en este grupo está fuertemente asociada con acciones de prevención, de detección temprana, de adherencia terapéutica y, en general, de promoción de la salud. Desafortunadamente, en EU la carencia de un sistema de salud inclusivo, que responda a las necesidades de los grupos más vulnerables, es un factor agravante de los problemas de salud que aquí se describen. Por esta razón, la articulación de esfuerzos binacionales que involucren la participación de los sistemas de salud de ambos países es un tema de vital importancia para preservar la salud de los migrantes mexicanos en EU.

Servicios y políticas de salud

Contexto sociopolítico

Las políticas migratorias de EU han buscado castigar con dureza la migración en ausencia de documentos legales y se han implantado estrategias como el control policial y del ejército en las fronteras, en nombre de la seguridad nacional de EU y de la guerra al terrorismo. Ejemplos de estas políticas son el Proyecto *Sensenbrenner*, el envío de la guardia nacional y la construcción del muro entre la frontera de aquel país con el nuestro. Estas acciones han llegado incluso a nivel de los municipios: en Escondido, California, por ejemplo, se han puesto en vigor regulaciones antimigrantes, como la aprobación de leyes que obligan a los propietarios de inmuebles a verificar la estancia legal de quienes soliciten rentar viviendas en EU.¹³³ A estas políticas persecutorias se ha sumado la movilización de la sociedad civil que ha creado grupos antimigrantes como los *Minuteman*, la *American Border Patrol*, el *Ranch Rescue*, y el *Save our State*, entre los más radicales.¹³⁴

Sin embargo, a pesar de la existencia de estos movimientos y políticas antiinmigrantes, los habitantes de las comunidades fronterizas de México y EU tienen mucho en común, aun más que con habitantes de otras ciudades en los mismos estados. Se trata de comunidades que comparten economías, cultura e incluso lazos familiares históricos y, como resultado de esto, muchos de los problemas de salud también son compartidos. Se han conformando así, poblaciones que son muy particulares en temas de salud pública y epidemiología.^{133,135}

La alta movilidad poblacional y el elevado flujo migratorio permiten que diariamente crucen con y sin documentos legales millones de mexicanos a EU. Los cruces tienen como finalidad ir a trabajar, a realizar actividades comerciales, a estudiar y a visitar a familiares. Esto permite que se manifiesten dinámicas muy particulares en salud. Sin embargo, existen diferencias entre ambos países en relación con las políticas migratorias, de salud, y de desarrollo social y económico. Nos enfrentamos a lo que podría considerarse una paradoja, ya que a pesar de tener problemas comunes en salud, las políticas de salud pública no corresponden ni dan respuesta a la problemática regional y binacional en este tema.

Un ejemplo para ilustrar esta situación puede ser el de una persona de origen mexicano que padezca tuberculosis. Esta persona recibe tratamiento en México pero en algún momento migra a EU. Algunas de las consecuencias de la migración en relación con su padecimiento podrían incluir: la suspensión del tratamiento por no tener acceso a los servicios de atención, la continuación del tratamiento y su cura en alguna clínica comu-

nitaria, o la reinfección dadas las condiciones de hacinamiento en las que vive en EU. Este trabajador regresa a México y puede llegar con una tuberculosis muy avanzada o puede reinfectarse por algún otro miembro de la comunidad de origen que no fue atendido. El trabajador regresará nuevamente a EU, diseminando la infección entre sus compañeros migrantes y otros trabajadores. El ejemplo anterior resume, a grandes rasgos, uno de los retos más grandes que impone la migración a la salud pública de ambos países y, por ello, a sus sistemas de atención. Este reto ha sido contestado, al menos en parte, mediante el Programa Binacional de México-EU, a través del cual se brinda apoyo a los migrantes: se utiliza una tarjeta binacional en salud en tuberculosis para garantizar la continuidad del tratamiento en ambos lados de la frontera, independientemente de que se trate de migrantes con o sin documentación legal. Este programa es producto de una cooperación entre México, a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades y EU por medio del Center for Disease Control.^{136,137} Sin embargo, ésta es la única acción aparente en salud que se realiza de manera sistemática, mientras que múltiples condiciones de salud y enfermedad aún necesitan atención. Algunas otras respuestas a la salud del migrante incluyen el programa “Vete sano, regresa sano” y la Comisión de Salud Fronteriza México-EU de la Secretaría de Salud de México.

En las últimas décadas, la frontera México-EU se ha convertido en la más transitada del mundo, con más de 400 millones de cruces diarios. Asimismo, se han instalado más de 2 500 maquiladoras en los estados fronterizos de México, donde trabajan más de 600 mil personas con bajos salarios y sin acceso a la seguridad social. Se calcula que el crecimiento poblacional, asociado con la instalación de maquilas y otras industrias manufactureras en las comunidades fronterizas, ha superado el 25% en los últimos cinco años y se espera que para el 2020 la población en esta zona alcance los 22 millones.¹³³ El incremento en el volumen de población flotante del lado mexicano ocasiona que los servicios disponibles, incluidos los de salud, sean insuficientes.

La pobreza y la marginación social continúan siendo una constante en las comunidades fronterizas de ambos lados. Del lado mexicano, encontramos a los migrantes mexicanos y centroamericanos que se instalan en las zonas más pobres y no cuentan con vivienda (o ésta es muy precaria) ni con los servicios más básicos de saneamiento. De lado de EU, esta problemática se reproduce, ya que las comunidades de migrantes se establecen en las zonas más marginadas y la carencia de servicios los hace vulnerables a sufrir daños en su salud. En EU, una de cada tres familias mexicanas vive debajo del nivel económico considerado como “pobreza” y en algunas comunidades fronterizas, esta proporción alcanza 50% de la población migrante. Dentro de este grupo, 75% de los trabajadores no tiene acceso a seguridad social ni a atención médica.¹³⁸

Dadas estas condiciones, no es de extrañar que las comunidades fronterizas y su población, en ambos lados de la frontera, presenten enfermedades y epidemias asociadas a países en vías de desarrollo. Como hemos visto a lo largo de este documento, estos padecimientos incluyen enfermedades gastrointestinales, hepatitis, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, además del hecho de que los niños tengan bajas tasas de inmunización.

Sistemas de salud en ambos lados de la frontera

México y EU tienen posiciones diferentes en cuanto a la organización de los sistemas de salud y de las políticas de atención en este rubro. Mientras que en México la salud es considerada como un bien social dentro de la Constitución —donde se establece que el Estado es responsable de mantenerla a través de políticas en salud pública—, en EU la salud pública no ocupa un lugar dentro de la Constitución, sino que la salud se garantiza

mediante el acceso a diversos sistemas de aseguramiento privado y público. En EU, las aseguradoras privadas cubren 36% del financiamiento en salud, mientras que en México cubren sólo un 3 por ciento.¹³⁹

México recibe 14% de las remesas de todo el mundo. Sin embargo, la comunidad mexicana migrante en EU carece de seguro de salud, ya que aproximadamente dos de cada tres migrantes que ingresaron en los últimos diez años no cuentan con acceso a servicios de salud. Según Castañeda,¹⁴⁰ esto significa que 3.5 millones de personas están desprotegidas, y si tomamos en cuenta el total de mexicanos residentes en EU, la cifra asciende a 5.9 millones de mexicanos sin seguridad médica.

El gobierno federal de EU cuenta con programas de seguros médicos como *Medicare*, *Medicaid* y el *Children's Health Insurance Program* (CHIP) y financia, además, a otro tipo de centros de atención, como lo son los centros de atención a salud primaria aprobados federalmente, destinados a atender la salud de los grupos más vulnerables. También existen servicios de salud exclusivos para los veteranos de guerra y para los miembros de las fuerzas armadas.¹⁴¹

Medicare es un programa que garantiza el acceso a servicios hospitalarios y a casas de retiro. El trabajador y la empresa contribuyen a este programa con el 1.25% del salario del trabajador. Los proveedores y hospitales deciden si aceptan o no al usuario.^{142,143}

Medicaid es un seguro que se ofrece a las personas con ingresos menores a los definidos como “pobreza”, de acuerdo al criterio de cada estado de EU y es el gobierno federal el que cubre los costos de este seguro. Al igual que *Medicare*, los proveedores y los hospitales deciden si aceptan o no al paciente. Los migrantes sin documentos no tienen acceso a los servicios de atención que provee *Medicaid*, a excepción de los de urgencias.^{93,144}

Tampoco son candidatos a recibir asistencia del *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children* (WIC). Solamente las familias con hijos estadounidenses, aun cuando los jefes de familia no tengan documentos, pueden recibir ayuda a través del *Aid to Families with Dependent Children* (AFDC) y *Medicaid*.^{142,144}

Sin embargo, pocos son los que en realidad tienen acceso a estos servicios, ya que 74% de los migrantes sin documentos se encuentra sin sus familias, 12% migró con sus hijos y familia y sólo 9.5% de los migrantes sin documentación tiene a sus hijos en EU.¹⁴⁴ En relación al CHIP, el gobierno federal asigna recursos a los gobiernos estatales para asegurar a los hijos de aquellas personas que tienen ingresos superiores a los considerados como “pobreza” pero insuficientes para adquirir seguros privados. Cada estado define la forma de implementación de este programa.^{142,143}

Los gobiernos estatales apoyan a los hospitales y clínicas de los condados y ciudades. Los apoyos están dirigidos a ciertos padecimientos como en el caso de los hospitales para tuberculosis y enfermedades mentales así como a grupos específicos como el caso de los hospitales pediátricos y para mujeres. Asimismo, existen clínicas comunitarias de atención primaria financiadas por los estados y los condados.^{141,142} Existe también un sistema de medicina privada que está basado en seguros médicos privados. Este sistema privado, mediante sistemas de cobertura máxima, deducibles y sistemas de co-pago, la contratación directa de prestadores de servicios de salud y de compañías prestadoras de servicios, atienden a sus asegurados.^{142,146} También, aunque pocos, hay seguros binacionales en el estado de California, mismos que han establecido programas con médicos tanto en EU como en México.¹⁴¹ Sin embargo, los migrantes sin documentos de estancia legal en este país no tienen acceso a ninguno de estos esquemas.

El gobierno mexicano, por su parte, cuenta con los sistemas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios que presta la Secretaría de Salud y los servicios

estatales de salud. Tanto el IMSS como el ISSSTE funcionan como aseguradoras federales, a las cuales aportan recursos tanto el obrero como el patrón y el gobierno. Los beneficios incluyen pensiones, apoyos para vivienda, guarderías y servicios de salud. La población que no está protegida bajo estos esquemas recibe atención por parte de la SSA y de los servicios estatales de salud o bien, puede optar por los servicios de médicos o aseguradoras particulares. Estos esquemas son válidos únicamente para mexicanos que viven en México.

Para aquellos mexicanos residentes en EU, el gobierno mexicano, a través de Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), organiza las jornadas informativas para prestadores de servicios de salud. También se han implementado semanas binacionales de salud, en las que se ofrecen servicios de salud a los migrantes. Asimismo, se da información a los migrantes sobre salud a través de las ventanillas de salud en los consulados de México en EU. En algunos se ofrecen también servicios de diagnóstico y pruebas de VIH, colesterol, azúcar en sangre, así como mamografías y pruebas de vista y audición.^{141,142}

Acceso a servicios de salud

La “ilegalidad” de la migración es uno de los determinantes más estudiados en relación con el acceso que los migrantes puedan o no tener a los servicios de salud en EU.^{142,148,149} Los migrantes pueden o no estar familiarizados con los sistemas de atención dependiendo de su origen, educación, experiencia y de la presencia de redes migratorias. La ausencia de documentos es indudablemente una barrera para la búsqueda de servicios curativos o preventivos y, en muchas ocasiones, el propio empleador es quien les impide esta búsqueda de atención dada la condición indocumentada de sus empleados.

Asimismo, la precaria situación económica y la falta de documentos afectan directamente la capacidad de los migrantes para poder pagar por recibir atención. Esto ocasiona que aumente su vulnerabilidad y, en muchas ocasiones, buscan solución a sus problemas de salud adquiriendo medicinas (en su mayoría de dudosa calidad y provenientes del contrabando de medicamentos) y remedios sin recetas ni aprobación de un médico. Aun cuando los servicios de atención y otros servicios sociales estén disponibles para los migrantes indocumentados, en su mayoría los migrantes desconfían de estos y temen ser detenidos al momento de solicitarlos.¹⁴⁵

De acuerdo a la NHIS de 1998 a 2001, 33.7% de los niños mexicanos no tenía seguro de salud, porcentaje más alto que el de los otros grupos de hispanos y que el de los blancos no hispanos. De acuerdo con Castañeda,¹⁴⁰ 50% de los migrantes mexicanos en EU no tiene seguro de salud y esta proporción podría ser incluso de 70% entre la población indocumentada.

Entre los adolescentes mexicanos de 12 a 17 años de edad, 34.7% no tiene acceso a seguro de salud. El 67.1% de los niños nacidos en México no tenía seguro de salud en comparación con 24.5% de los nacidos en EU en igualdad de condiciones. De los niños mexicanos con cobertura de seguro de salud, 63.9% recibía atención en consultorios médicos o *Health Maintenance Organizations* (HMOs); 32.5% en clínicas o centros de salud, y sólo 1.2% en servicios de urgencias. De los niños mexicanos sin cobertura de seguro de salud, 41.5% recibía atención en consultorios médicos o HMOs; 50.4%, en clínicas o centros de salud, y 3.2%, en servicios de urgencias, mientras que 55.4% de los niños mexicanos no recibía cuidados preventivos en salud.¹⁴⁶

En California, donde vive una gran proporción de los migrantes mexicanos en EU, se ha calculado que más del 40% de los nacidos en México no tiene seguro médico. Esta proporción es de 41% entre los menores de 18 años, mientras que es sólo de 4% entre

los blancos no hispánicos.⁹⁷ La situación es similar en los adultos. En el grupo de 18 a 64 años de edad, 43% de los migrantes mexicanos carece de seguro de salud, en comparación con sólo 10% de los blancos no hispanos.⁹⁷

De acuerdo con Marcelli,¹⁴² los determinantes en el acceso a los servicios de atención en salud en el estado de California están relacionados con las características individuales del migrante: su capital social, el contexto en el que se desenvuelve, su dificultad para identificar y localizar clínicas de atención y su participación en actividades de la sociedad civil. Aparentemente, ni el estatus de indocumentado ni el aseguramiento determinan la posibilidad de acceder a los servicios de atención. Sin embargo, esto habrá que tomarlo en cuenta sólo para el estado de California, en donde existe una amplia tradición migratoria, y las redes sociales y el contexto favorable pueden facilitar el acceso de los migrantes a los servicios de atención.

De acuerdo con información del *Continuos Population Survey* (CPS) 2001 de la US Census Bureau analizada por el CONAPO,¹⁴⁷ 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 de 40% entre los migrantes mexicanos. De acuerdo a su ocupación, 72.7% de los migrantes mexicanos que trabajaba en el sector primario no tenía 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.

Con información de la CPS 2004, el CONAPO estimó que 55% de los migrantes mexicanos carecía de seguridad médica, proporción que aumentaba al 67.6% entre los migrantes con menos de diez años de estancia en EU. Entre los mexicanos de segunda generación, 22.5% no tenían seguridad médica.¹⁴⁸ Esta falta de cobertura resulta en un mal control de las enfermedades crónicas. Así, de los adultos con diabetes, 50% de los migrantes mexicanos no se había hecho una prueba de hemoglobina glucosilada en el último año, en comparación con 25% de los diabéticos mexicanos nacidos en EU y 21% de los blancos no hispánicos diabéticos⁹⁷ que tampoco lo habían hecho.

Los cuidados preventivos también se ven afectados. Se ha calculado que 63% de los adultos migrantes mexicanos no había acudido a un examen dental en el último año, en comparación con 31% de blancos¹⁵¹ que tampoco lo había hecho. En otro análisis, se estimó que sólo 29.7% de los migrantes mexicanos con menos de diez años de estancia en EU había acudido al dentista en el último año, mientras 45.6% de los migrantes con más de diez años de estancia sí lo había hecho, así como 50% de los mexicanos de segunda generación. De las mujeres adultas migrantes mexicanas, 27% no se había hecho una prueba papanicolau en los últimos dos años, en comparación con 13% de blancas no hispánicas que tampoco lo había hecho.¹⁴⁹ Más recientemente, según el análisis hecho por la University of California, Los Ángeles UCLA de los *National Institutes of Health* (NIH) de EU del año 2000, 33.5% de las mujeres migrantes mexicanas con menos de diez años de estancia en ese país no se había realizado un papanicolau en los últimos tres años, mientras que sólo 20% de las migrantes con más de diez años de estancia no se lo había realizado. De las mujeres mayores de 40 años, 50.6% de las migrantes no se había practicado mamografía en los últimos dos años, en comparación con 33.8% de las mexicoamericanas¹⁵³ en las mismas condiciones. En California, sólo 55% de los mayores de 65 años nacidos en México se había aplicado la vacuna contra influenza en el año anterior, en comparación con 60% de los nacidos en EU que lo había hecho.⁹⁷

Entre las causas que explican la falta de acceso a los servicios de salud, se encuentran las barreras culturales, es decir, los procesos de asimilación y aculturación. Para ser “asi-

milados” dentro de la sociedad de destino, los migrantes tienen que adaptarse y transformarse haciendo propias la historia, los sentimientos, las experiencias y las actitudes de la cultura local (sajona, protestante, con una amplia clase socioeconómica media), que muchas veces se contraponen a la cultura de origen. Estos procesos han sido ampliamente discutidos y definidos por Rubin¹⁵⁰ como procesos de “domesticación”, a través de los cuales el migrante deja de lado su identidad étnica, sus creencias, sus comportamientos, sus actitudes y sus sentimientos.

La aculturación, por otro lado, se refiere a la adquisición de elementos culturales de la sociedad dominante como lo son el lenguaje, la comida, el vestido, la música y los deportes. Al lograr esta aculturación, se considera que el proceso de asimilación está concluido.¹⁵¹ Las definiciones que hemos empleado consideran este proceso como un hecho unidimensional. Sin embargo, en el ámbito de la salud pública, un modelo útil para la comprensión de estos procesos es el bidimensional que considera los siguientes fenómenos: asimilación, separación-mantenimiento, integración y marginación-exclusión.¹⁵⁶ Este modelo incluye la posibilidad de que el migrante conserve su propia cultura, incorporando o no la cultura local. Es a lo largo de este continuo donde transitan los migrantes mientras se incorporan al país de destino y tal proceso necesariamente tiene efectos sobre su salud. Estos efectos son complejos y existen evidencias sobre los efectos negativos en temas sobre nutrición, salud sexual y reproductiva, salud mental y adicciones.¹⁵⁶

Hu y Covell¹⁵² reportaron que hablar el idioma inglés aumenta la probabilidad de buscar ayuda con médicos, así como de acudir a chequeos dentales y de la visión. Los migrantes que hablaban inglés manifestaban mayor satisfacción con el sistema y tenían más probabilidades de contar con un seguro de salud. Asimismo, según Canto,¹⁵³ en California solamente uno de cada 20 médicos es latino y hay solamente 1 175 dentistas de habla hispana para más de tres millones de personas que desearían servicios en su idioma.¹⁵⁴

En un poblado de Texas, se llevó a cabo un estudio con 152 familias. En él se encontró que¹⁵⁵ los mexicanos que mantenían estilos de vida más cercanos a su propia cultura enfrentaban un mayor número de barreras para obtener servicios de salud, independientemente de su nivel socioeconómico. De forma similar, en otro estudio hecho con mujeres, aquéllas con un menor índice de aculturación, describieron más barreras en la búsqueda de atención a la salud de sus hijos que las mujeres con estilos de vida más americanizados.¹⁵⁶ Otros reportes confirman este hallazgo con mujeres mexicanas migrantes y mujeres de origen mexicano nacidas en EU: se reportó que las nacidas en México enfrentaban mayores barreras para la utilización de servicios preventivos de salud reproductiva, como pruebas de cáncer de mama y de cáncer cervicouterino. Esto se debía, por un lado, a la falta de seguro médico y, por el otro, al hecho de que atribuían esos padecimientos a factores externos y a la casualidad.¹⁵⁷ Otros autores han reportado que la falta de fluidez en el idioma inglés y el miedo a la deportación son factores importantes que dificultan el acceso a los servicios de salud.¹⁵⁸ En una investigación sobre las razones de la falta de acceso a la prueba de papanicolau en mujeres latinas,¹⁵⁹ las participantes (en su mayoría mexicanas), reportaron barreras similares (idioma, falta de dinero para pagar el servicio, falta de transporte para llegar a las clínicas), así como el desconocimiento de los lugares donde podían acudir a realizarse el examen.

Los migrantes mexicanos han enfrentado la carencia de acceso a seguros de salud con diversas estrategias. Una de ellas consiste en volver a México a buscar atención, sobre todo cuando se trata de problemas costosos, como cirugías. También se ha registrado la compra de medicamentos sin receta en México para su uso en EU.^{160,163} En un estudio con grupos focales de migrantes latinas (en su mayoría mexicanas),¹⁶³ se encontró que

las participantes recurrían habitualmente a los remedios caseros como primer paso en el caso de malestares “menores”, como problemas de salud mental (ansiedad o depresión), tos, cólicos abdominales o problemas menstruales.

Resulta evidente que la salud de los migrantes en EU está en riesgo desde su salida de México hasta su llegada y estancia en el país. Las condiciones de enfermedad que manifiestan los migrantes mexicanos no son diferentes de las que presenta la población general de EU, pero su acceso diferencial a los servicios de salud los sitúa en un riesgo mucho mayor. Los estudios revisados identifican una gran cantidad de determinantes sociales involucrados tanto en su estado general de salud como en el acceso a servicios, lo cual desemboca en un aumento de la vulnerabilidad de este grupo. Uno de los mayores retos para proporcionar salud a los migrantes mexicanos en EU es precisamente la eliminación de las barreras sociales, políticas y estructurales que durante tantos años han limitado la utilización de los servicios de salud por parte de este grupo poblacional.

Propuestas de acciones y políticas

Las propuestas para las políticas relacionadas con la salud de los migrantes no pueden limitarse a sus problemas de salud, que si bien son relevantes, son uno de los síntomas de procesos estructurales más complejos intrínsecamente ligados a cuestiones de equidad y derechos humanos. Enfocarse exclusivamente a los problemas de salud sería insuficiente para abordar las patologías sociales.¹⁶¹

A lo largo de este trabajo se han expuesto las características de vulnerabilidad social de los migrantes así como las condiciones en que viven un gran número de mexicanos, a los que las políticas sociales y de salud pública han dejado de lado. Las políticas en salud no deben buscar solamente mantener a los individuos sin enfermedad, sino también ser proactivas en el mantenimiento de la equidad y la justicia social, apegándose a los derechos humanos y teniendo la salud y el bienestar como sus principales objetivos. La salud de las poblaciones móviles es importante no sólo por las necesidades particulares que en este rubro presentan, sino también por las barreras en el acceso a los servicios de atención. Desde esta perspectiva, la salud de las poblaciones móviles es producto de una combinación compleja de factores estructurales, íntimamente relacionados con el respeto a los derechos humanos.

Salgado de Snyder¹⁶² señala que las políticas en salud pública enfrentan retos complejos para garantizar los derechos de los grupos de poblaciones móviles y propone algunas políticas y acciones específicas para implementarse en los tres momentos fundamentales del proceso de migración: el origen, el tránsito y el destino, en donde los riesgos y la vulnerabilidad son diferentes. Tales políticas incorporan desde la participación comunitaria y la difusión de acciones de promoción de la salud hasta el diseño de programas encaminados a garantizar el acceso a la salud a este grupo vulnerable.

Conclusiones y recomendaciones

En las localidades de origen, la principal necesidad es la obtención de conocimiento acerca de cuáles son las necesidades específicas de salud generadas por la migración. Mientras que los retos en salud para los mexicanos en EU han sido bien documentados, se ha estudiado poco el efecto del fenómeno migratorio sobre la salud en las localidades de origen. Por esta razón, es imperativo fortalecer la investigación en salud en las comunidades de origen y su relación con el proceso migratorio. Se deben llevar a cabo acciones concretas que incluyan a los países de origen y destino, como la integración de esfuerzos para desarrollar programas de prevención y control de enfermedades infecciosas y crónicodegenerativas. Es necesario también involucrar a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con migrantes y a las propias familias de los migrantes en el diseño de programas sobre promoción de la salud. Se ha descuidado la atención a la familia del migrante, por lo que es recomendable la creación de programas enfocados a disminuir la vulnerabilidad de las mujeres esposas de los migrantes y de sus hijos, que permanecen en las comunidades de origen. El establecimiento de programas de atención y prevención en VIH/SIDA, adicciones, salud mental y alcoholismo es una necesidad imperante en estas comunidades. Finalmente, la incorporación de mecanismos de evaluación de los programas de atención a la salud de las familias de migrantes, sobre todo en contextos rurales, es un ejercicio esencial para determinar la utilidad de los programas y acciones emprendidas.

Durante el cruce hacia EU, la principal acción para reducir la muerte de migrantes mexicanos indocumentados es la implementación de un acuerdo migratorio que regularice y legalice la migración laboral por parte de ambos gobiernos. Conscientes del impase en el que se encuentra esta cuestión, pensamos que el gobierno mexicano puede implementar acciones inmediatas que ayuden a disminuir la vulnerabilidad que enfrentan los migrantes durante su cruce. Por ejemplo, consideramos que en la frontera se deben realizar campañas permanentes de verificación y denuncia sobre violación de derechos humanos, principalmente en los cruces más utilizados. Es importante trabajar en el diseño e implementación de un modelo sistematizado de prestación de servicios binacionales de salud que considere una adecuada atención a la salud durante el cruce fronterizo, principalmente para atender casos de emergencias que ponen en riesgo la vida de los migrantes. Estas acciones se deben complementar con campañas preventivas permanentes en todo el país, a través de los medios de comunicación masiva, con el objetivo de disuadir a la gente de migrar de forma indocumentada y, si esto no se logra, que ofrezcan información sobre los principales riesgos durante el cruce y los lugares donde se puede obtener

ayuda. Los programas de protección al migrante se deben fortalecer con capacitación, recursos económicos y humanos, además de la realización constante de evaluaciones con la finalidad de mejorar su calidad e impacto. Debido al cambio constante de los lugares de cruce, todos estos programas deben tener una estructura flexible que considere la movilidad geográfica propia del proceso de migración. Asimismo, es importante involucrar a otros actores sociales en esfuerzos de promoción de la salud en la frontera, tales como los gobiernos estatales y fronterizos, las organizaciones de la sociedad civil y los clubes de oriundos que protegen a los migrantes indocumentados en ambos lados de la frontera. La colaboración debe ser en varios niveles y con una adecuada coordinación, comunicación y apoyo.

Los datos presentados sobre la salud de los migrantes mexicanos en EU muestran la gran necesidad que existe de acciones que faciliten el acceso de los migrantes a servicios de salud y que promuevan la utilización de los servicios que están disponibles. Estas acciones pueden consistir en la prestación directa de servicios, el establecimiento de convenios con agencias encargadas de proporcionarlos o el ofrecimiento de asesorías que permitan a los mexicanos en EU hacer un mejor uso de aquellos servicios de los que podrían beneficiarse. Adicionalmente, de acuerdo con el material revisado, los migrantes requieren servicios de consejería y apoyo en salud mental, así como información para la salud que les permita, por ejemplo, evitar las situaciones de riesgo laboral y les ayude a adquirir estilos de vida saludables. Aunado a lo anterior, se requiere mejorar la información existente, desagregando los datos de acuerdo a los grupos nacionales considerados: la agrupación de los mismos en la categoría “hispanos” dificulta la comprensión de los determinantes de salud específicos de acuerdo al origen y tipo de migración. Asimismo, la existencia de comunidades que trascienden las fronteras nacionales requiere del diseño e implementación de modelos de prestación de servicios de salud y políticas de salud pública binacionales.

La discusión sobre servicios y políticas en salud dirigidas a los distintos grupos de poblaciones móviles se debe llevar al plano social, político y económico desde la perspectiva de los derechos humanos. Dentro de esta discusión, la salud pública no puede estar ausente ya que son las poblaciones más vulnerables las que generalmente no tienen acceso a programas sociales, incluyendo programas de salud por razones sociales, políticas, económicas e incluso culturales. Si las políticas en salud y los sistemas de salud permanecen sin cambio, será extremadamente difícil satisfacer las necesidades de los migrantes en ambos lados de la frontera México-EU, particularmente de aquéllos no reconocidos dentro de las mismas. Para que las políticas de salud pública sean exitosas y los sistemas de atención incorporen a las poblaciones móviles, deben trascender fronteras y guiarse por la justicia social y no por los intereses particulares.

Finalmente, algunas de las recomendaciones específicas más innovadoras han sido ya planteadas, en ellas se recupera la necesidad de realizar acciones en tres de los momentos más relevantes del proceso migratorio: el origen, el tránsito y el destino. Estos tres momentos representan riesgos y contextos diferenciados de vulnerabilidad para los migrantes y requieren, por lo tanto, de acciones específicas en prevención, promoción y atención de la salud.

Referencias

1. Sen A. Juicios sobre la globalización. *Fractal* 2001;6(22):37-50.
2. Franco A. El área de libre comercio – ALCA y el sector salud en América Latina. *Rev Salud Publica* 2003;5(1):1-17.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevas perspectivas para la acción de la OPS/OMS: globalización y salud [132 sesión del comité ejecutivo]. 2003. (CE132/15).
4. Kickbusch I, Lister G. European perspectives on global health: a policy glossary. Brussels, Belgium: European Foundation Centre, 2006.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. New York: United Nations Publications, 2005.
6. Cámara de Diputados, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Estadísticas Históricas de los ingresos públicos en México, 1980-2002. México, DF: Cámara de Diputados, 2002. (CEPF/028/2002)
7. Hall G, Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina 1994-2004. Washington, DC: Banco Mundial, 2005.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Meteorológica Mundial (OMM), Programa de las Naciones Unidas para el medio Ambiente (PNUMA). Cambio climático y salud humana: riesgos y respuestas. Ginebra: OMS, 2003.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua. Nueva York: PNUD, 2006. (06.III.B.1).
10. Clark GG. Situación epidemiológica del dengue en América. Desafíos para su vigilancia y control. *Salud Publica Mex* 1995;37 supl: 5-11.
11. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (HABITAT) Cities, Slums and the Millennium Development Goals. HABITAT. State of the World's Cities Report 2006/2007. The millennium development goals and urban sustainability - 30 years of shaping the Habitat Agenda 06.III.Q.3. Kenya: HABITAT/ Naciones Unidas, 2006:2-55.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2006. Washington, DC: OPS, 2006.
13. Torres C, Mújica O. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Rev Panam Salud Pública* 2004;15(6):430-439.
14. Organización Mundial de la Salud. Es necesaria una acción inmediata y continua para aumentar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica (Nota de prensa) [Sitio en internet]. Consultado el 4 de mayo de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr58/es/index.html>.
15. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de una vacuna eficaz frente a la infección humana por el virus de la gripe aviar H5N1 (Nota de prensa) [Sitio en internet]. Consultado el 16 de enero de 2007. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2004_01_20/es/.
16. Laboratorios Roche. Factsheet Tamiflu [Sitio en internet]. Consultado el 6 de febrero de 2007. Disponible en: http://www.roche.com/med_mbtamiflu05e.pdf.
17. Bermudes J. Salud y Comercio: derechos de propiedad intelectual y acceso a medicamentos. *Foreign Affairs en español* [Sitio en internet] 2006;6(4). Consultado el 6 de febrero de 2007. Disponible en: <http://www.foreignaffairs-esp.org/20061001faenespessay060413/jorge-bermudez/salud-y-comercio-derechos-de-propiedad-intelectual-y-acceso-a-medicamentos.html>.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevas perspectivas para la acción de la OPS/OMS: globalización y salud [132 sesión del comité ejecutivo]. 2003. (CE132/15).
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Colaboremos por la salud [Informe sobre la salud en el mundo]. Ginebra: OMS, 2006.
20. Rodríguez CB. Movilidad internacional de profesionales: un reto para el equilibrio de los RR.HH. *Gaceta Médica* 2006; 4(168)12-13 Nacional. Consultado el 20 de febrero de 2007. Disponible en: <http://www.gaceta-medica.com/gacetamedica/documentacionpdf/gacetapdf/2006/168.pdf>.
21. Bronfman M, Leyva R, Negroni M (eds.). Movilidad poblacional y VIH-sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
22. Icalá MJ. Estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2006.
23. Banco Mundial. Migración y remesas (Sitio en internet). Consultado el 16 de enero de 2007. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANNISH/0,,contentMDK:20654706~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>.
24. Banco Mundial. (Sitio en internet). Consultado el 16 de enero de 2007. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANNISH/0,,contentMDK:20724252~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>.
25. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo Multilateral de Inversiones (MIF). Dinero a casa: cómo apalancar el impacto de desarrollo de las remesas. EU: BID, MIF, 2006.
26. Rodríguez E, Íñiguez M, Guijón J, Venegas R. Flujos de entradas de extranjeros por la frontera sur terrestre de México registradas por el Instituto Nacional de Migración. México: Centro de Estudios Migratorios, 2005.
27. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Estudio Binacional México- Estados Unidos. sobre Migración; de 1995 a 2005: Estimaciones de CONAPO, Proyecciones de población 2000-2050. México: CONAPO, 2002.

28. Programas de información internacional. La población de Estados Unidos llegará este mes a 300 millones de habitantes: Inmigrantes estimulan diversidad y constante crecimiento (sitio en internet). Consultado el 16 de enero de 2007. Disponible en: <http://usinfo.state.gov/xarchives/display.html?p=washfile-spanish&y=2006&m=October&x=20061006114907Jmnamdeirf0.9790003>.
29. Banco Mundial (BM). Migración y remesas [sitio en internet]. Consultado el 20 de junio de 2007. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSPANISH0,,contentMDK:20654706~menuPK:3327628~pagePK:34370~piPK:42770~theSitePK:1074568,00.html>.
30. González MA. La respuesta social organizada: obstáculos al avance del sistema de salud. En: Frenk J, Lozano R, González M, eds. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México (Informe final). México, DF: Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), 1994:155-198.
31. Ridley RG. Communicable diseases: a reasearch perspectiva. En: Martlin S. Global forum update on research for health 2005: health research to achieve the millennium development goals. London: Pro-Book Publishing, 2004:80-83.
32. Beaglehole R. Chronic diseases: research and policy priorities. En: Martlin S. Global forum update on research for health 2005: health research to achieve the millennium development goals. London: Pro-Book Publishing, 2004:80-83.
33. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Migración internacional y desarrollo humano. En: PNUD. Informe sobre desarrollo humano, México 2006-2007. México, DF: Mundi-Prensa, 2007:65-83.
34. Cáceres FC. Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/sida en América Latina y el Caribe. En: Izáosla JA, coord. El sida en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), 1999.
35. González MA, Duarte MB, Salgado VN, Robles L, Scout J. Atención a la salud de grupos vulnerables: hacia una síntesis de la literatura (resumen ejecutivo). México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
36. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Migrantes mexicanos en Estados Unidos. Boletín de Migración Internacional 2001;15:1-12.
37. Tuirán R, ed. Migración México-Estados Unidos.: Opciones de política. México, DF: Conapo, 2000.
38. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Los 8.3 millones de mexicanos de los EU representan cerca del 3 por ciento de la población de ese país. (Sitio en internet). Consultado el 20 de enero de 2007. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/dic1.htm>.
39. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo de Población y Vivienda, 2000. México, DF: INEGI, 2000.
40. Frenk J, Bobadilla, JL, Sepúlveda J, López M. Health transition in middle income countries: new challenges for health care. Health Policy Plan 1998; 4: 29-39.
41. Salgado VN, Díaz MJ, Acevedo A, Natera L. Dios y El Norte: The perceptions of wives of documented and undocumented Mexican immigrants to the United States. *Hisp J Behav Sci* 1996c;18:283-296.
42. Bustamante, Jorge A. Mexico-United States Labor Migration Flows, *International Migration Review* 1997;4(31):1112.
43. Salgado VN. Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos. En M.M. de Alba Medrano, eds. Temas selectos de salud y derecho. Mexico: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002:89-108.
44. Salgado VN. Research and clinical perspectives on Mexican migration: those who go, those who stay. *Journal of Multicultural Nursing* 2002; 8:23-31.
45. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Los 8.3 millones de mexicanos de los Estados Unidos. representan cerca del 3 por ciento de la población de ese país. Consultado el 23 de marzo de 2007. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/dic1.htm>.
46. García R. Migración internacional y remesas colectivas en Zacatecas. *Foreign Aff* 2005;5(3).
47. Salgado VN. Family life across the border: Mexican wives left behind. *Hisp J Behav Sci* 1993;15:391-401.
48. Salgado VN, Maldonado M. Funcionamiento psicosocial en esposas de migrantes mexicanos a los Estados Unidos. *Rev Latinoam Psicol* 1993;25:167-180.
49. Salgado VN, Maldonado M. Respuestas de enfrentamiento e indicadores de salud mental en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. *Salud Mental* 1992;15:28-35.
50. Salgado VN, Díaz MJ. El impacto de la migración internacional en los roles de género. *Psicología y Salud* 1995;5:93-104.
51. Salgado VN. Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental* 1996b;19:53-59.
52. Salgado VN, Díaz MJ. Factores psicosociales y conducta sexual riesgosa para el sida en mujeres rurales involucradas en la migración México-Estados Unidos. *Salud Reproductiva* 1994; 1:9-12.
53. Salgado VN, Díaz MJ, Maldonado M. AIDS: Risk behaviors among rural Mexican women married to migrant workers in the U.S. *AIDS Educ Prev* 1996;8(2)134-142.
54. Aguilera RM, Salgado VN, Romero M. Paternal absence and international migration: stressors and compensators associated with the mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence* 2004.
55. Díaz MJ. El consumo de alcohol en localidades rurales del estado de Jalisco en el contexto de la migración México-Estados Unidos. (tesis de maestría). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
56. Salgado VN, Díaz MJ. Trastornos afectivos en población rural. *Salud Mental* 1999;22:68-74.
57. Salgado VN, Díaz MJ, Maldonado M, Bautista E. Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village with high migratory tradition to the United States. *Health Soc Work* 1998;23(4):249-261.
58. Sánchez R, Arellanes JL, Pérez V, Rodríguez SE. Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental* 2006;29(1): 35-43.

59. Kanaiaupuni SM, Donato KM. Migradollars and mortality: the effects of migration on infant survival in Mexico. *Demography* 1999;36(3):339-353.
60. Hildebrandt N, McKenzie DJ. The effects of migration on child health in Mexico. Stanford, California: Department of Economics, Stanford University, 2005.
61. Donato M, Kanaiaupuni S, Stainback M. Sex differences in child health: effects of Mexico-U.S. Migration. *J Comp Fam Stud* 2003;34:455-477.
62. Tapia R. La salud de los migrantes, visión a futuro. Trabajo presentado en el Diplomado sobre Migración y Salud; 2006 agosto 21; Puebla, Puebla. Universidad Benemérita de Puebla y la Iniciativa de Salud Mexico-California, 1996.
63. Talbot EA, Moore MM, McCray E, Binkin NJ. Tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1993-1998. *JAMA* 2006;284: 2894-2900.
64. Hernández D, Sánchez G, Pelcastre B, Juárez C. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental* 2005;28(5):20-26.
65. Minichiello SN, Magis C, Uribe P, Anaya L, Bertozzi S. The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. *AIDS* 2002;16(Suppl 3):S13-S17.
66. Valdespino JL, García ML, Magis C, del Río A, Salcedo A, Gonzalez G *et al.* Increase among rural cases in Mexico. *Int Conf AIDS* 1994;10:279.
67. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA). *AIDS in Mexico in the year 2000*. México: Secretaría de Salud, 2001.
68. Magis C, Del Río A, Valdespino JL, García ML. Casos de sida en el área rural de México. *Salud Publica Mex* 1995;37(6):615-623.
69. Magis C, Bravo E, Anaya L, Uribe P. La situación del sida en México a finales de 1998. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;18(6):236-244.
70. Foladori G, Márquez H, Moctezuma M. La vulnerabilidad epidemiológica en la migración México-Estados Unidos. *Migración y Desarrollo* 2004;3:19-44.
71. Magis C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo E, Uribe P, *et al.* Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37(Suppl 4):S215-S226.
72. Fosados R, Caballero R, Torres T, Valente T. Uso de condón y migración en una muestra de migrantes mexicanos: potencial para la transmisión de VIH/ITS. *Salud Publica Mex* 2006;48(1):57-61.
73. Organista KC, Balls P, García JE, Castillo MA, Ureta LE. Survey of condom-related beliefs, behaviors, and perceived social norms in Mexican migrant laborers. *J Community Health* 1997;22(3):185-198.
74. Hirsch JS, Higgins J, Bentley ME, Nathanson CA. The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease – HIV risk in a Mexican migrant community. *Am J Public Health* 2002;92:1227-1237.
75. Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Bronfman M, ed. *Sida en México: migración, adolescencia y género*. México: Información Profesional Especializada, 1995: 3-89.
76. Salgado VN, Acevedo A, Díaz MJ, Saldivar A. Understanding the sexuality of Mexican-born women and their risk for HIV-AIDS. *Psychol Women Q* 2000;24:100-109.
77. Pérez N. Cruces en la frontera: migración indocumentada y muertes en la frontera México-Estados Unidos. En: Secretaría de Relaciones Exteriores-Programa de cooperación sobre Derechos Humanos México-Comisión Europea, eds. *Memorias del Seminario Internacional Los Derechos Humanos de los Migrantes*. México: SRE, 2005:145-168.
78. Cortés M. Política inmigratoria de México y Estados Unidos y algunas de sus consecuencias. *Región y Sociedad* 2003;15(027):3-33.
79. United States Government Accountability Office (GAO). *Illegal immigration: Border-crossing deaths have doubled since 1995; Border patrol's efforts to prevent deaths have not been fully evaluated*. Washington, DC: GAO, 2006. (GAO-06-770).
80. Alonso G. La dimensión femenina del cruce clandestino de la frontera México-Estados Unidos. Trabajo presentado en el coloquio *Mobilités au féminin: Journées de rencontres internationales*. Laboratoire Méditerranéen de Sociologie d'Aix-en-Provence. Noviembre 15-19, Tánger, Marruecos, 2005.
81. Spener D. El contrabando de migrantes en la frontera de Texas con el nordeste de México: mecanismo para la integración del mercado laboral de América del Norte. *Espiral* 2001; 21:201-247.
82. Hernández D, Sánchez G, Pelcastre B, Juárez B. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental* 2005;28(5):20-26.
83. Marroni MG, Alonso G. El fin del sueño americano: mujeres migrantes muertas en la frontera México- Estados Unidos. *Migraciones Internacionales* 2006;3(2):5-30.
84. ONU-Comisión de Derechos Humanos. Informe de grupos e individuos específicos: trabajadores migrantes. Misión a la frontera entre México y los Estados Unidos. ONU, 2002. (E/CN.4/2003/85/Add.3).
85. Salgado VN, Cervantes RC, Padilla AM. Migración y estrés post-traumático: el caso de los inmigrantes Mexicanos y Centroamericanos. *Acta Psiq Psicol Am Lat* 1990;36:137-145.
86. Grupo Coppan SC. Nuevas tendencias migratorias en Estados Unidos (Sitio en internet). Consultado el 30 de marzo de 2007. Disponible en: http://biblioteca.cide.edu/Datos/2006/septiembre/130906_NuevastendenciasmigratoriasenEstadosUnidos.pdf.
87. Markides KS, Coreil J. The health of Hispanics in the Southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public Health Rep* 1986;101(3):253-265.

88. Palloni A, Arias E. Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage. *Demography* 2004;41(3):385-415.
89. Wei M, Valdez RA, Mitchell BD, Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP. Migration status, socioeconomic status and mortality rates in Mexican Americans and non-Hispanic whites: The San Antonio Family Heart Study. *Ann Epidemiol* 1996;6:307-313.
90. Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Migración México-Estados Unidos: temas de salud*. México: CONAPO, 2005.
91. Abel EK. From exclusión to expulsión: Mexicans and tuberculosis in Los Angeles, 1914-1940. *Bull Hist Med* 2003;77(4):23-849.
92. Young J, O'Connor ME. Risk factors associated with latent tuberculosis infection in Mexican American children. *Pediatrics* 2005;115(6):647-653.
93. Schenker M. *Agriculture, migration and health*. Trabajo presentado en el Curso Binacional sobre Migración y Salud. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad de California. Agosto 21-25, Puebla, México, 2006.
94. Apostolopoulos Y, Sonmez S, Kronenfeld J, Castillo E, McLendon L, Smith D. STI/HIV risks for Mexican migrant laborers: exploratory ethnographies. *J Immigr Minor Health* 2006;8(3):291-302.
95. Sánchez MA, Lemp GF, Magis C, Bravo E, Carter S, Ruiz JD. The epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37:S204-S214.
96. Carrillo H, de Carlo P. What are the HIV prevention needs of Mexican immigrants in the US? California, San Francisco: Center for AIDS Prevention Studies, 2003. (Fact Sheet 48E).
97. Wallace SP, Gutiérrez V, Brown ER. Mexican immigrants are generally healthier, but have less access to needed health care. Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 2003. (Health Policy Fact Sheet)
98. Hertz RP, Unger AN, Ferrario CM. Diabetes, hypertension and dyslipidemia in Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Am J Prev Med* 2006;30(2): 103-110.
99. Lisabeth LD, Risser JM, Brown DL, Al F, Uchino K, Smith MA, et al. Stroke burden in Mexican-Americans: the impact of mortality following stroke. *Ann Epidemiol* 2006;16(1):33-40.
100. Bowie JV, Juon HS, Cho J, Rodriguez EM. Factors associated with overweight and obesity among Mexican Americans and Central Americans: results from the 2001 California Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis* 2007;4(1).
101. Kaiser L. *Nutrition and health of immigrant populations*. Trabajo presentado en el Curso Binacional sobre Migración y Salud. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad de California. Agosto 21-25, Puebla, México, 2006.
102. Ariza AJ, Chen EH, Binns HJ, Christoffel KK. Risk factors for overweight in five- to six-year-old Hispanic American children: a pilot study. *J Urban Health* 2004;81(1):150-161.
103. Chakraborty BM, Mueller WH, Reeves R, Poston WS, Holscher DM, Quill B, et al. Migration history, health behaviors, and cardiovascular disease risk factors in overweight Mexican-American women. *Ethnic Diseases* 2003;13(1):94-108.
104. Dixon LB, Sundquist J, Winkleby M. Differences in energy, nutrient, and food intakes in a US sample of Mexican-American women and men: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Epidemiol* 2000;152(6):548-557.
105. Guendelman S, Abrams B. Dietary intake among Mexican-American women: generational differences and a comparison with white non-Hispanic women. *Am J Public Health* 1995;85(1):20-25.
106. Bermudez OI, Falcon LM, Tucker KL. Intake and food sources of macronutrients among older Hispanic adults: association with ethnicity, acculturation, and length of residence in the United States. *J Am Diet Assoc* 2000;100(6):665-673.
107. Adams SG, Anzueto A, Pugh JA, Lee S, Hazuda HP. Mexican American elders have similar severities of COPD despite less tobacco exposure than European American elders. *Respir Med* 2006;100(11):1966-1972.
108. Das R, Steege A, Baron S, Beckman J, Harrison R. Pesticide-related illness among migrant farm workers in the United States. *Int Journal Occup Environ Health* 2001;7(4):303-312.
109. Aguirre I. *The California farm labor force: overview and trends from the National Agricultural Workers Survey*. Burlingame, California: Aguirre International, 2005.
110. Arcury TA, Quandt SA, Mellen BG. An exploratory analysis of occupational skin disease among Latino migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health* 2003;9(3):221-232.
111. Rao P, Quandt SA, Doran AM, Snively BM, Arcury TA. Pesticides in the homes of farmworkers: Latino mother's perceptions of risk to their children's health. *Health Educ Behav* 2007;34(2):335-353.
112. Solís P, Díaz M. Comparaciones transculturales de las actitudes hacia la paternidad de madres latinoamericanas. *Revista de Psicología Contemporánea* 2000;7(2):28-31.
113. Escobar JI, Hoyos C, Gara MA. Immigration and mental health: Mexican Americans in the United States. *Harvard Rev Psychiatry* 2000;8(2):64-72.
114. Gfroerer JC, Tan LL. Substance use among foreign-born youths in the United States: Does the length of residence matter? *Am J Public Health* 2003;93(11):1892-1895.
115. Vega WA, Gil AG. *Ethnicity and drug use in early adolescence*. New York, NY: Plenum, 1998.
116. Marín G, Posner SF. The role of gender and acculturation on determining the consumption of alcoholic beverages among Mexican-Americans and Central Americans in the United States. *Int J Addict* 1995;30(7):779-794.
117. Borges G, Medina ME, Lown A, Ye Y, Robertson MJ, Cherpitel C, et al. Alcohol use disorders in national samples of Mexicans and Mexican-Americans. *Hisp J Behav Sci* 2006;28(3):425-449.

118. Sullivan MM, Rehm R. Mental health of undocumented Mexican immigrants: a review of the literature. *Adv Nurs Sci* 2005;28(3):240-251.
119. McNaughton D, Cowell, Gross, Fogg, Ailey. The relationship between maternal and child mental health in Mexican immigrant families: Research and theory for nursing practice. *An International Journal* 2004;18(2/3):229-242.
120. Vega WA, Kolody B, Aguilar S, Catalano R. Gaps in services utilization by Mexican Americans with mental health problems. *Am J Psychiatry* 1999;156(6):928-934.
121. Vega WA, Kolody B, Aguilar S. Help seeking for mental health problems among Mexican immigrants and Mexican Americans. *J Immigr Health* 2001;3:133-140.
122. Callister LC, Birkhead A. Acculturation and perinatal outcomes in Mexican immigrant childbearing women: an integrative review. *J Perinat. Neonatal Nurs* 2002;16(3):22-38.
123. Crump C, Lipsky S, Mueller BA. Adverse birth outcomes among Mexican-Americans: Are US-born women at greater risk than Mexico-born women? *Ethn Health* 1999;4(1-2):29-34.
124. English PB, Kharrazi M, Guendelman S. Pregnancy outcomes and risk factors in Mexican Americans: the effect of language use and mother's birthplace. *Ethn Dis* 1997;7(3):229-240.
125. Fuentes E, Lurie P. Low birth weight and Latino ethnicity, examining the epidemiologic paradox. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(7):665-674.
126. Guendelman S, Thornton D, Gould J, Hosang N. Social disparities in maternal morbidity during labor and delivery between Mexican-born and US-born White Californians. *Am J Public Health* 2006;96(2):207.
127. Weeks JR, Rumbaut RG, Ojeda N. Reproductive outcomes among Mexico-born women in San Diego and Tijuana: testing the migration selectivity hypothesis. *J Immigr Health* 1999;1(2):77-90.
128. Cervantes A, Keith L, Wyshak G. Adverse birth outcomes among native born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at the local level. *Matern Child Health J* 1999;3(2):99-109.
129. Heilemann MV, Lee KA, Stinson J, Koshar JH, Gross G. Acculturation and perinatal health outcomes among rural women of Mexican descent. *Res Nurs Health* 2000;23(2):118-125.
130. Scott G, Ni H. Access to health care among Hispanic/Latino children: United States, 1998-2001. *Adv Data* 2004;24(344):1-20.
131. Eldeirawi K, Connell R, Freels S, Persky VW. Associations of place of birth with asthma and wheezing in Mexican American children. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116(1):42-48.
132. Warner ML, Harley K, Bradman A, Vargas G, Eskenazi B. Soda consumption and overweight status of 2-year-old Mexican-american children in California. *Obesity* 2006;14(11):1966-1974.
133. McCarthy M. Fighting for public health along the USA-Mexico border. *Lancet* 2000;356:1020-1022.
134. Bustamante J. La migración indocumentada de México a Estados Unidos; la dialéctica de la vulnerabilidad y los Derechos Humanos. Trabajo presentado en el Simposio Internacional sobre la Vulnerabilidad de los Migrantes Internacionales; 2006 noviembre 3 y 4; Monterrey, Nuevo León; 2006.
135. Ross SJ, Pagan JA, Polsky D. Access to health care for migrants returning to Mexico. *J Health Care Poor Underserved* 2006;17(2):374-385.
136. Poss JE. The meanings of tuberculosis for Mexican migrant farmworkers in the United States. *Soc Sci Med* 1998;47(2):195-202.
137. Poss JE. Factors associated with participation by Mexican migrant farmworkers in a tuberculosis screening program. *Nurs Res* 2000;49(1):20-28.
138. Carrol D, Samardick RM, Bernard S, Gabbard S, Hernandez T. Findings from the National Agricultural Workers Survey (NAWS) 2001-2002: A demographic and employment profile of United States Farm Workers. Washington, DC: Department of Labor, Office of the Assistant Secretary for Policy, Office of Programmatic Policy, 2005. (Reporte de investigación No. 9).
139. Passel J. Mexican immigration to the US: the latest estimates [Sitio en internet]. Migration Policy Institute. Consultado el 15 de mayo 2007. Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=208>.
140. Castañeda X. Oportunidades para la vinculación transfronteriza de políticas de salud México-Estados Unidos. *Salud Publica Mex [Edición especial XII Congreso de Investigación en Salud Pública]* 2007;49:E14-E16.
141. Kupersztuch, J. Prioridades en salud para la acción social de mexicanos en el extranjero. *Salud Publica Mex [Edición especial XII Congreso de Investigación en Salud Pública]* 2007;49: E11-E13.
142. Marcelli E. The unauthorized residency status myth: health insurance coverage and medical care use among Mexican immigrants in California. *Migraciones Internacionales* 2004;2(4):5-35.
143. US Department of health and human services. Centers for Medicare and Medicaid Services. State Children's Health Insurance (SCHIP) [Sitio en internet]. Consultado el 23 de julio de 2007. Disponible en: http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/05_SCHIP%20Information.asp#TopOfPage.
144. Reyes BI. Dynamics of immigration: Return to Western Mexico. San Francisco: Public Policy Institute of California, 1997.
145. Aroina K. Mental health risk and problems encountered by illegal immigrants. *Issues Ment Health Nurs* 1993;14(4):379-397.
146. Scott G, Hanyu N. Access to health care among Hispanic/Latino children: United States, 1998-2001. Washington, DC: Centers of Disease Control, 2004. (Advance data from vital and health statistics 344).
147. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Cobertura de salud de la población mexicana en Estados Unidos. México: CONAPO, 2002. (Boletín, año 6, no. 17)
148. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Migración México-Estados Unidos. Temas de Salud. México: CONAPO, 2005.

149. Wallace SP, Gutiérrez V. Políticas de salud: datos relevantes. Los Ángeles: UCLA Center for Health Policy Research, 2004. (Health Policy Fact Sheet).
150. Rubin G. The traffic in women: notes on the political economy of sex, in: Reiter RR. (ed). *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review, 1975.
151. Lara M, Gamboa C, Kahramanian M, Morales L, Bautista D. Acculturation and Latino Health in the United States: A Review of the literature and its Sociopolitical Context. *Annu Rev Public Health*. 2005;26: 367-397.
152. Hu DJ, Covell RM. Health care usage by Hispanic outpatients as function of primary language. *West J Med* 1986;144(4):490-493.
153. Canto M. An injection of Hispanic Doctors Sought: Immigrants often prefer physicians from their culture but supply is lean. En: *The Orange County Register*, 18 de Noviembre, 2001. Citado en: Castañeda X. Oportunidades para la vinculación transfronteriza de políticas de salud México-Estados Unidos. *Salud Publica Mex* 2007;49 :E14-E16.
154. California-Mexico Health Initiative, California Policy Research Center, University of California Office of the President, Technical Meeting on Health Insurance, 2001. Citado en: Castañeda X. Oportunidades para la vinculación transfronteriza de políticas de salud México-Estados Unidos. *Salud Publica Mex* 2007;49: E14-E16.
155. Chesney AP, Chavira JA, Hall RP, Gary HE Jr. Barriers to medical care of Mexican-Americans: the role of social class, acculturation, and social isolation. *Med Care* 1982;20(9): 883-891.
156. Clark L. Mexican-origin mothers' experiences using children's health care services. *West J Nurs Res* 2002;24(2): 159-179.
157. Borrayo EA, Guarnaccia CA. Differences in Mexican-born and US-born women of Mexican descent regarding actors related to breast cancer screening behaviors. *Health Care Women Int* 2000;21(7):599-613.
158. Garcés IC, Scarinci IC, Harrison L. An examination of sociocultural factors associated with health and health care seeking among Latina immigrants. *J Immigrant Health* 2006;8(4):377-385.
159. Scarinci IC, Beech BM, Kovach KV, Bailey T. An examination of sociocultural factors associated with cervical cancer screening among low-income Latina immigrants of reproductive age. *J Immigr Health* 2003;5(3):119-128.
160. Ku L, Freilich A. *Caring for immigrants: Health care safety nets in Los Angeles, New York, Miami and Houston*. Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2001.
161. Morin SF, Carrillo H, Steward WT, Maiorana A, Trautwein M, Gomez CA. Policy perspectives on public health for Mexican migrants in California. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;1;37 Suppl 4:S252-S259.
162. Salgado N. *La salud de los migrantes mexicanos a Estados Unidos*. Documento de apoyo del Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006.

Lista de acrónimos y siglas

Acrónimo o sigla	Significado
FDC	Asistencia Oficial para el Desarrollo
AOD	Aids to Families with Dependant Children
CHIP	Children's Health Insurance Program
CHIS	Encuesta de Salud de California
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CPS	Continuous Population Survey. US Census Bureau
EU	Estados Unidos
HMOs	Health Maintenance Organizations
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
IME	Instituto de los Mexicanos en el Exterior
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
INM	Instituto Nacional de Migración
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
NHIS	Encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos
NIH	National Institutes of Health
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UCLA	University of California
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia
WIC	Human Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children

**Migración México-Estado Unidos:
consecuencias para la salud**

Se terminó de imprimir en octubre de 2007.
La edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la Subdirección
de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

