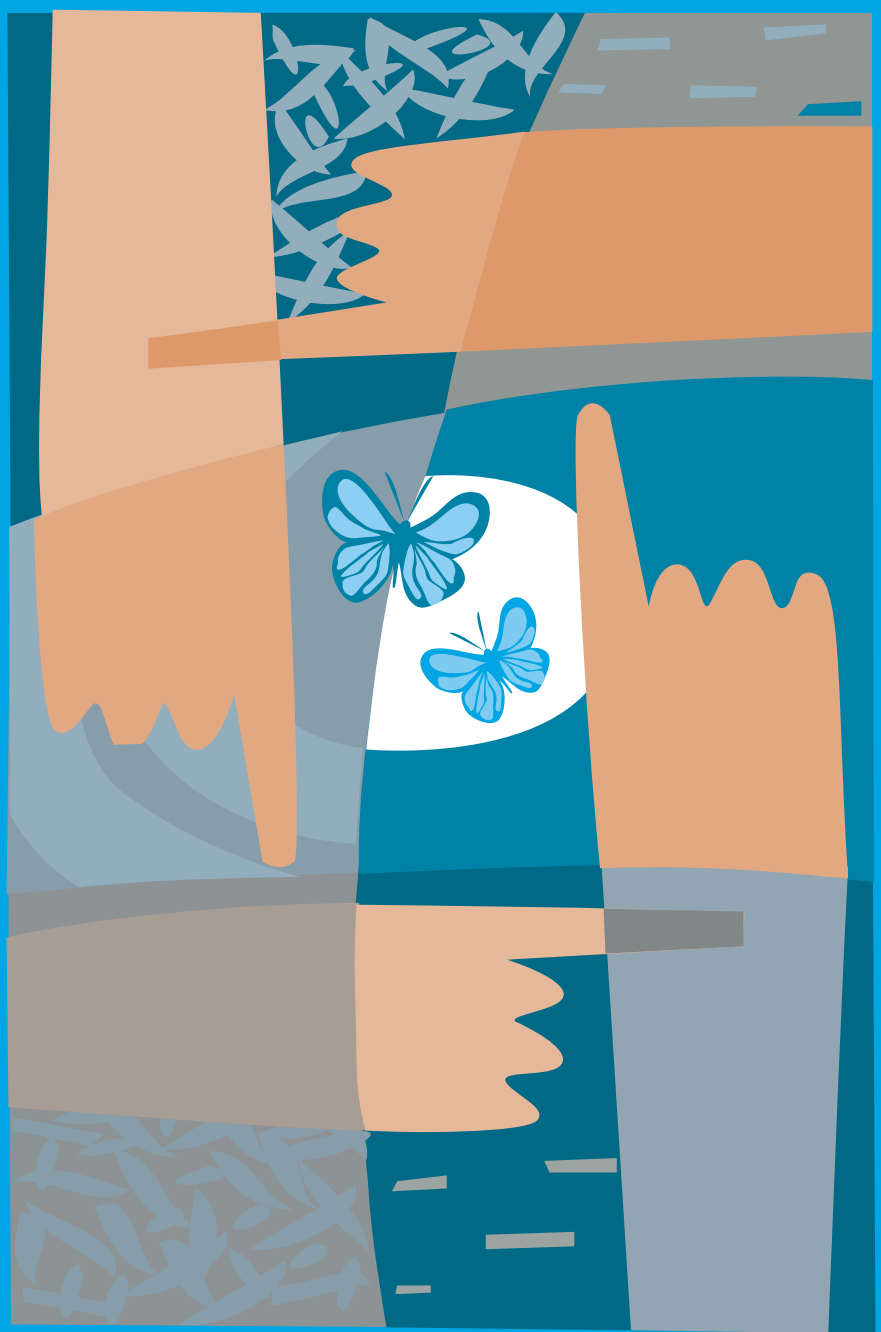
Migración y Salud

Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos



INSTITUTO DE LOS MEXICANOS EN EL EXTERIOR
CONAPO
SEGOB
SALUD
MÉXICO 2010
GOBIERNO FEDERAL

MAHRC MIGRATION AND HEALTH RESEARCH CENTER University of California
Health Initiative of the Americas Iniciativa de Salud de las Américas
School of Public Health UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY
UCLA CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH
Bixby Center for Global Reproductive Health
UNFPA

Migración y Salud

Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos

Agradecimientos

Este reporte es producto de la colaboración binacional entre el Consejo Nacional de Población de México y la Universidad de California, bajo la coordinación de Paula Leite y Xóchitl Castañeda. Su publicación contó con el apoyo de la Secretaría de Salud de México, Instituto de Mexicanos en el Exterior y Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El reporte ha sido posible gracias al trabajo y la dedicación de las siguientes personas:

Consejo Nacional de Población del Gobierno de México (CONAPO)
Paula Leite, Directora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional
Ma. Adela Angoa, Subdirectora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional
Alma Rosa Nava, Jefe de Departamento de Estudios Socioeconómicos
Luis Acevedo, Asesor
Carlos Galindo, Asesor
Rodrigo Villaseñor, Asesor
Universidad de California, Berkeley, Escuela de Salud Pública
Xóchitl Castañeda, Directora, Iniciativa de Salud de las Américas (ISA)
Sylvia Guendelman, Profesora de salud comunitaria y desarrollo humano
Emily Felt, Analista de políticas públicas (ISA)
Magdalena Ruíz Ruelas, Analista (ISA)
Universidad de California, Los Ángeles, Escuela de Salud Pública
Centro de Investigación en Políticas de Salud
Steven P. Wallace, Director Asociado
Universidad de California, Davis y Berkeley campuses
Centro de Investigación en Migración y Salud (MAHRC)
Marc Schenker, Director
Universidad de California, San Francisco
Centro Bixby para la Salud Reproductiva Global
Claire Brindis, Profesora

Diseño y formación
Maritza Moreno, CONAPO
Myrna Muñoz, CONAPO
Edición
Armando Correa, CONAPO
Susana Zamora, CONAPO
Guillermo Paredes, Asesor
Rosalba Jasso, Asesora
Traducción al Inglés
Suzanne Stephens

© Consejo Nacional de Población
Hamburgo 135, Colonia Juárez,
C.P. 06600 México, D.F.

Migración y Salud. Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos
Primera edición: Octubre de 2010

ISBN: 970-628-959-3

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales, citando la fuente.

Impreso en México

Índice

Presentación / 5

Capítulo I

Características de las mujeres mexicanas adultas en Estados Unidos / 7

Capítulo II

Cobertura y tipo de seguridad médica / 17

Capítulo III

Disparidades en el acceso a seguridad médica a nivel estatal / 25

Capítulo IV

Utilización de servicios de cuidado de salud / 33

Capítulo V

Condiciones de salud / 39

Conclusiones / 49

Presentación

Es mi esperanza que la salud pueda verse finalmente,
no como una bendición que deba agradecerse,
sino como un derecho que debe defenderse.

Kofi Annan

Tradicionalmente, la migración mexicana a Estados Unidos era un fenómeno de carácter laboral, predominantemente masculino, y las mujeres migraban como consecuencia de la decisión de emigrar del esposo/compañero o para reunirse con él. En la actualidad, las mujeres mexicanas ya no se limitan al papel de acompañantes, sin autonomía ni determinación específica, sino que de manera creciente se incorporan a la dinámica migratoria con fines eminentemente laborales.

Mucho de lo que se sabe sobre la condición de desventaja de la población inmigrante mexicana en términos del acceso a la salud en Estados Unidos combina la información de fuentes nacionales para ambos sexos. No obstante, las mujeres tienen experiencias diversas, así como diferentes necesidades y vulnerabilidades, en lo que respecta a la salud. Es imperativo que se entiendan las diferencias biológicas, de género, ambientales, sociales, culturales y económicas entre hombres y mujeres, mismas que influyen en su estado de salud y en la búsqueda de atención de los servicios médicos.

Es con este ánimo, que el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Universidad de California (UC) a través de varios centros y campos, han elaborado el presente reporte, el cual contó con el apoyo de la Secretaría de Salud de México, el Instituto de Mexicanos en el Exterior y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Como en todos los asuntos de inmigración, la colaboración binacional no sólo es clave para alcanzar el cambio deseado, sino también debe verse como una responsabilidad de ambos países.

El estudio tiene como objetivo profundizar el conocimiento de los determinantes de la salud, el acceso y utilización de los servicios de médicos y el estatus de la salud de las inmigrantes mexicanas adultas, desde una perspectiva comparativa con las nativas blancas no hispanas, afroamericanas e inmigrantes de otras naciones.

El informe está estructurado en cinco capítulos. El primero capítulo ofrece una descripción de las características de las inmigrantes mexicanas adultas en Estados Unidos y un breve análisis de algunos de los determinantes sociales de la salud. El segundo capítulo analiza el nivel y tipo de cobertura de seguridad médica de las inmigrantes mexicanas desde una perspectiva comparativa con otros grupos poblacionales. Asimismo, ofrece una caracterización del perfil de las inmigrantes mexicanas que enfrentan los mayores riesgos por no estar aseguradas. El tercer capítulo agrega la dimensión estatal al análisis de las disparidades étnico/raciales en el acceso a la cobertura de seguridad médica. En un primer término, se examina la orientación de la actividad legislativa a nivel estatal que afecta el acceso de las poblaciones inmigrantes a beneficios o programas públicos de salud. Seguidamente, se analizan las variaciones estatales del índice de desprotección (de seguridad médica) de las inmigrantes mexicanas y la magnitud de las disparidades respecto de las nativas blancas no hispanas. El cuarto capítulo se dedica a analizar las diferentes experiencias en la utilización de los servicios de salud. Para ello se examina una serie de indicadores relativos al uso re-

gular de servicios de atención médica, tipo de servicios al que acuden y la oportunidad con que reciben la atención médica. El quinto capítulo contiene una aproximación a las condiciones de salud de las inmigrantes mexicanas a través del examen de aspectos seleccionados sobre la autopercepción del estado de salud, la prevalencia de enfermedades y de hábitos riesgosos para la salud, y la salud materno-infantil.

El análisis descansa en las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en la *Current Population Survey*, la *American Community Survey*, la *National Health Interview Survey*, la *Hispanic Healthcare Survey*, y en las estadísticas vitales que proporciona el *National Center for Health Stadistic*. A partir de los datos de estas fuentes, se presentan estadísticas descriptivas sobre temas de salud, comparando diferencias significativas entre grupos poblacionales seleccionados. Las características específicas de cada encuesta se encuentran plenamente disponibles en sus respectivas páginas de Internet, indicadas en las referencias. Estamos concientes que el rango de edad utilizado en el estudio —18 a 64 años— es amplio y que congrega a grupos etáreos con distintas necesidades de atención de la salud. No obstante, el análisis más desagregado por edad de ciertas variables se ve restringido por los tamaños de muestra en algunas fuentes utilizadas. Esperamos que en estudios futuros ese análisis más desagregado sea factible. El examen de la actividad legislativa a nivel estatal se realiza con base en la información contenida en los informes de la *Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales de Estados Unidos*.

Esperamos que la información aquí presentada contribuya a desarrollar políticas públicas que permitan mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres mexicanas residentes en Estados Unidos.

José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Félix Vélez Fernández Varela,
Secretario General
del Consejo Nacional de Población

Xóchitl Castañeda
Directora de la Iniciativa de Salud de las Américas,
Escuela de Salud Pública, Universidad de California

Capítulo I. Características de las mujeres mexicanas adultas en Estados Unidos

Este capítulo ofrece evidencia de la creciente importancia que han cobrado en Estados Unidos las mexicanas entre 18 y 64 años, tanto en términos absolutos como relativos. Asimismo, aborda algunos aspectos de su estructura familiar y socioeconómica con el propósito de conocer el contexto en que se llevan a cabo sus prácticas de salud.

Tomando en cuenta que las inequidades sociales en Estados Unidos tienen una base étnica y racial, el análisis de las mujeres inmigrantes mexicanas en Estados Unidos sigue el esquema de los estudios clásicos de integración, y utiliza como principal referencia a la población nativa anglosajona, dada su mayor ventaja socioeconómica. Asimismo, a fin de disponer de más parámetros de comparación de los diferenciales entre las distintas poblaciones, se consideran otros dos grupos: uno inmigrante, conformado por el conjunto de las inmigrantes de otras nacionalidades, cuyos indicadores de integración son francamente más favorables que los de las mexicanas, y otro nativo, que incluye a las afroamericanas, las cuales se caracterizan por elevados índices de marginación.

Magnitudes y perfil sociodemográfico

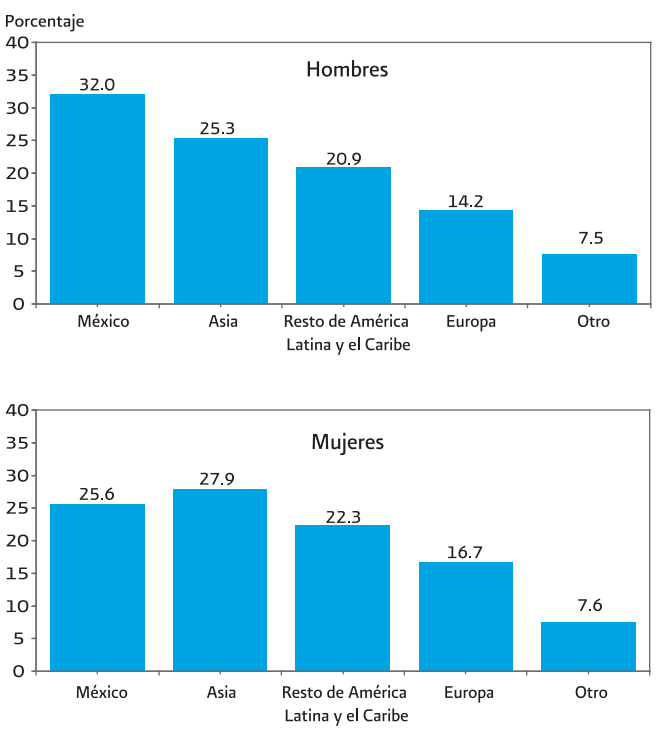
Las mexicanas: el principal contingente femenino inmigrante en Estados Unidos

Como ha sido ampliamente documentado, las corrientes migratorias contemporáneas hacia Estados Unidos tienen su principal fuente en los países latinoamericanos y caribeños más cercanos. En este contexto, México ha mantenido, por mucho, su primacía como principal país emisor de migrantes a Estados Unidos. En la actualidad, cerca de 12 millones de nativos mexicanos y alrededor de 21 millones de mexicanos de segunda generación o más radican en Estados Unidos.

En un escenario de progresivo envejecimiento demográfico, la inmigración mexicana ha contribuido de manera significativa a dinamizar la demografía de Estados Unidos, a través de su contribución al crecimiento de la población inmigrante. Pero esta inmigración también ha implicado un crecimiento de la población nativa, mediante los hijos de los mexicanos nacidos en territorio estadounidense. De hecho, uno de cada cuatro niños menores de 18 años en Estados Unidos tiene al menos un padre inmigrante, y los hijos de los mexicanos son el grupo más numeroso.

La población mexicana, femenina y masculina, representa, con creces, la principal minoría inmigrante en el país, e, incluso, en el caso masculino, supera a poblaciones inmigrantes originarias de grandes regiones del mundo (véase figura 1).

Figura 1. Distribución de la población inmigrante residente en Estados Unidos por sexo, según región o nación de origen, 2008

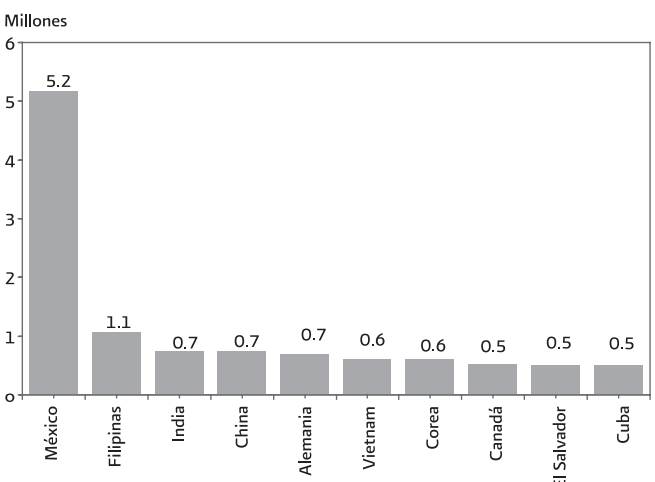


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *American Community Survey* (ACS), 2008.

Actualmente, la población mexicana femenina corresponde a 46% de los cerca de 12 millones de migrantes mexicanos que radican en la Unión Americana. Cabe subrayar que el número relativo de mexicanas en el vecino país no ha experimentado variaciones significativas en el tiempo, dado que ha subsistido la continuidad de un patrón de la migración mexicana mayoritariamente masculino. Los cambios más sustantivos parecen haberse dado en el patrón de la migración femenina, con la creciente participación de las mujeres mexicanas como agentes más activos y autónomos de los procesos migratorios, y la menor participación como acompañantes o migrantes asociadas.

México es el principal país de origen de la población femenina inmigrante en Estados Unidos, con una cifra cinco veces superior a la que presenta Filipinas, país ubicado en el segundo lugar (véase figura 2).

Figura 2. Principales países de origen de la población femenina inmigrante en Estados Unidos, 2008

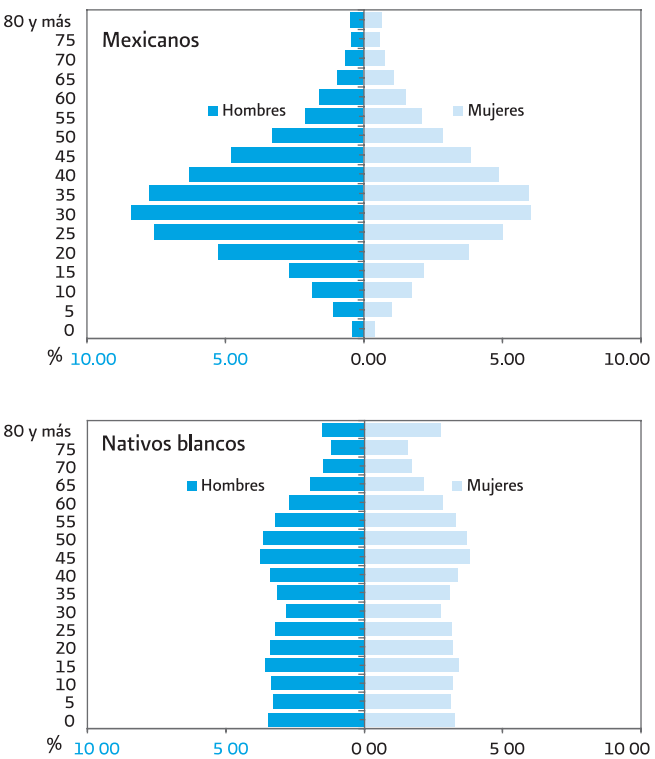


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *American Community Survey* (ACS), 2008.

Las mexicanas se concentran en mayor medida en las edades adultas

Resultan muy notorias las diferencias entre las estructuras etarias de las poblaciones inmigrantes y las poblaciones nativas estadounidenses. La composición por edad de los inmigrantes se caracteriza por una amplia concentración en las edades intermedias del ciclo de vida. Ello es particularmente patente en la población mexicana, donde el grupo de 18 a 64 años, el grupo etario seleccionado para la realización del presente estudio, corresponde a 84% de la población (la mayoría, concentrada en entre 18 y 44 años) (véase figura 3). Lo anterior responde al hecho de que en la migración participan fundamentalmente los adultos jóvenes, con una escasa participación de la población en edades extremas.

Figura 3. Pirámide de población de mexicanos y nativos blancos residentes en Estados Unidos, 2008



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *American Community Survey* (ACS), 2008.

Dada la historia centenaria de migración laboral entre Estados Unidos y México, sería razonable esperar una mayor presencia de adultos mayores en la población migrante mexicana. Sin embargo, únicamente 7% de esta población se conforma por adultos mayores. Esta situación obedece a que el patrón de migración permanente es un fenómeno reciente; en décadas anteriores los migrantes laborales seguían un patrón circular, permaneciendo pocos años en territorio estadounidense para después regresar a sus comunidades de origen.

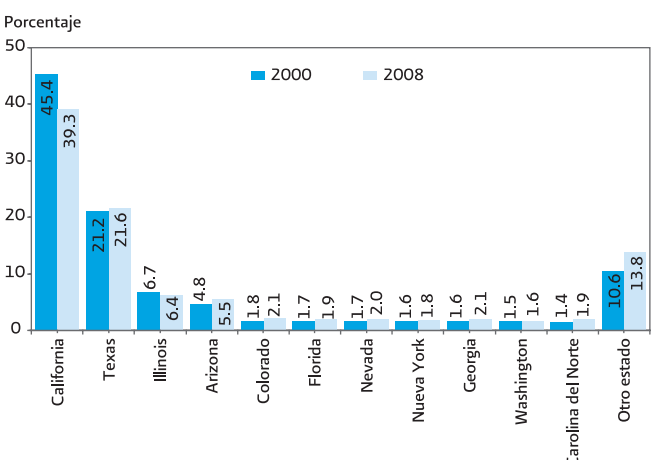
En cambio, casi dos de cada tres (60%) nativos blancos se concentran en las edades adultas, y la población en edades extremas, tanto de menos de 18 años (23%) como de 65 y más años de edad (16%), comprende la tercera parte restante (véase figura 3).

Características migratorias de las mujeres mexicanas de 18 a 64 años

Las inmigrantes mexicanas se encuentran en todo el territorio estadounidense

El predominio de las inmigrantes mexicanas de 18 a 64 años se reproduce en la mayor parte del territorio de la Unión Americana. Se observa una clara variación en el tiempo en los estados receptores de la migración mexicana. Si bien California y Texas siguen concentrando a la mayor parte de las nativas mexicanas, otros estados han ganado importancia (véase figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual de la población femenina mexicana de 18 a 64 años, según estado de residencia en Estados Unidos, 2000 y 2008

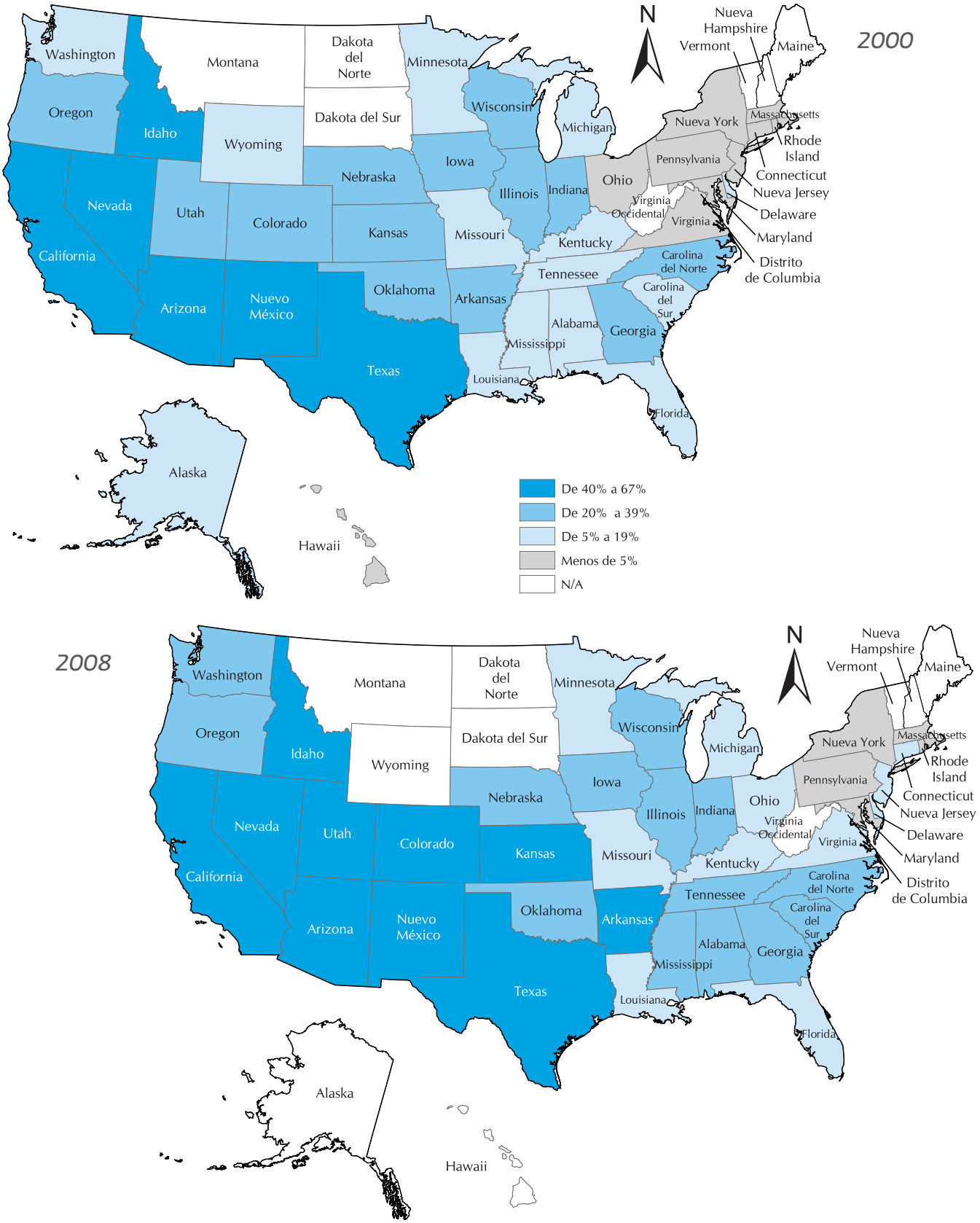


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *U.S. Census Bureau, muestra del 5% de 2000; y American Community Survey* (ACS), 2008.

La creciente intensidad de la emigración mexicana hacia Estados Unidos ha contribuido a hacer más visible su presencia en todo el país. Dado el carácter eminentemente laboral de la migración mexicana, es posible afirmar que su presencia en prácticamente todos los estados responde a una demanda de escala nacional del mercado laboral estadounidense por trabajadores extranjeros con las características de los mexicanos. La figura 5 muestra el aumento de la participación relativa de las nativas mexicanas de 18 a 64 años en el total de población femenina inmigrante de ese grupo etario en un creciente número de estados de la Unión Americana.

En el año 2008 destacan diez estados, donde las mujeres adultas mexicanas corresponden a más del 40% del total de inmigrantes adultas. Esta cifra resulta elevada si se considera que se trata de una comparación entre un solo grupo inmigrante frente al conjunto de todas las poblaciones extranjeras (véase figura 5).

Figura 5. Proporción de la población femenina mexicana de 18 a 64 años respecto al total de inmigrantes femeninas en ese grupo de edad, según estado de residencia en la Unión Americana, 2000 y 2008



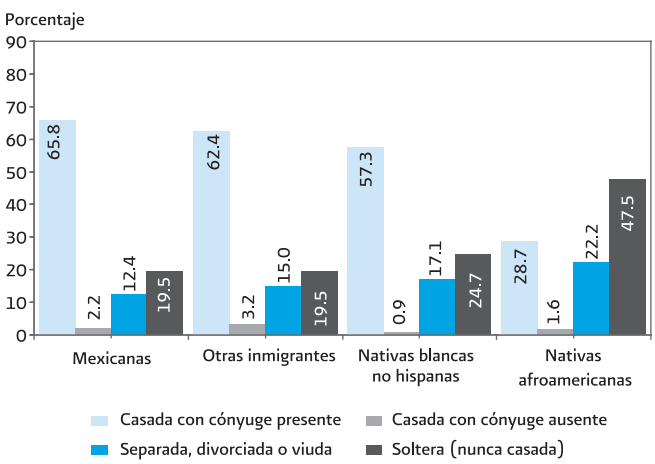
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *U.S. Census Bureau*, muestra del 5% de 2000; y *American Community Survey* (ACS), 2008.

Características sociodemográficas

Situación conyugal

La unión o matrimonio es más frecuente entre las mujeres mexicanas en edad adulta que en cualquier otro grupo: dos de cada tres están casadas, en contraste con menos de una de cada tres nativas afroamericanas (véase figura 6). En comparación con otras poblaciones, las mexicanas son menos proclives a ser jefes de hogar (sólo 38%).

Figura 6. Población femenina de 25 a 64 años residente en Estados Unidos, según etnia o raza y estado conyugal, 2009



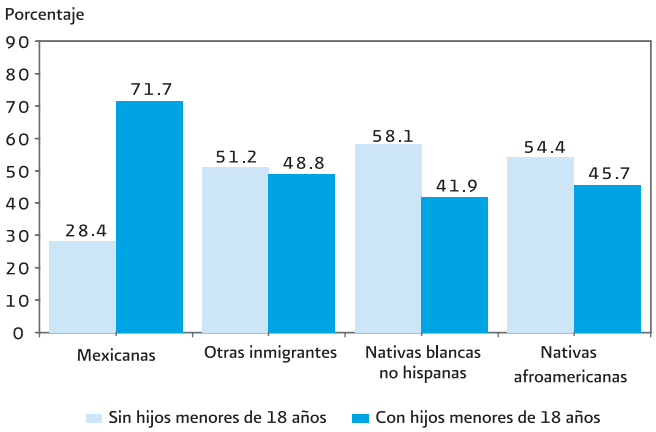
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Mujeres con hijos

En conjunto, 72% de las mujeres mexicanas adultas tienen hijos menores de 18 años, proporción muy superior a la de otros grupos inmigrantes y nativos (véase figura 7).

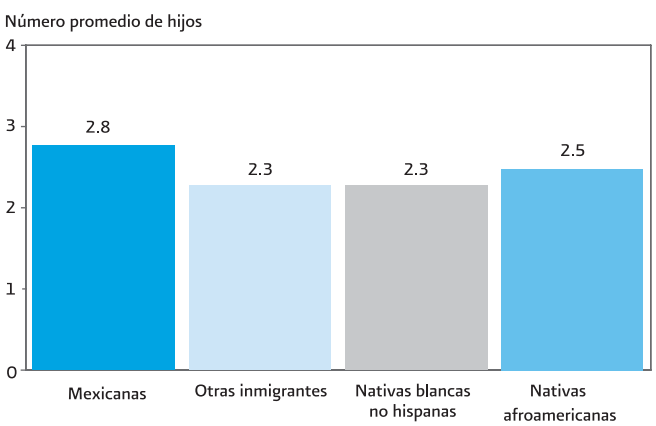
Sin embargo, cabe señalar que la gran diferencia entre las mexicanas y otros grupos podría resultar, en parte, de la distorsión que ocurre al comparar poblaciones con diferentes estructuras etarias. En la figura 8 se muestra el promedio de hijos por mujer para diferentes grupos étnicos, y ahí se observa que las mexicanas no tienen muchos más hijos que las mujeres de otros grupos. Lo anterior corrobora que las discrepancias observadas en la figura 7 se deben, en buena medida, a que las mexicanas son más jóvenes y se concentran en edades reproductivas, por lo que se encuentran en el momento de su vida propicio para tener hijos.

Figura 7. Proporción de mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos, con/sin hijos menores de 18 años, según etnia o raza, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Figura 8. Número promedio de hijos de mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos, según etnia o raza, 2009



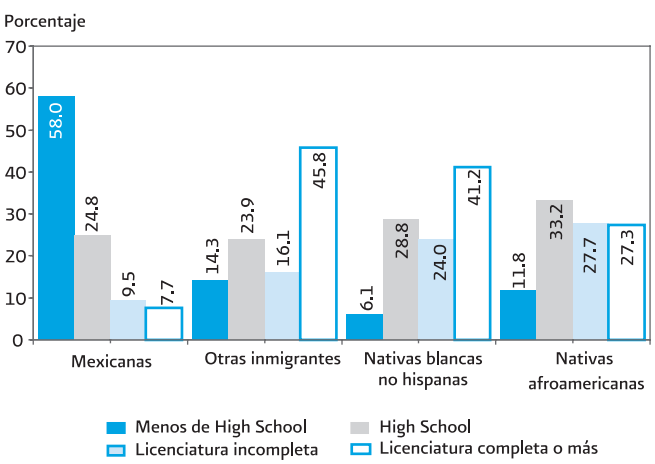
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Determinantes sociales de la salud

Las mujeres mexicanas se caracterizan por un bajo nivel educativo y por un limitado dominio del inglés

Una característica que ha prevalecido entre la población mexicana residente en Estados Unidos y que condiciona negativamente su integración socioeconómica y, por ende, su acceso a la salud, es su bajo nivel de escolaridad. Si bien las mexicanas se caracterizan por un nivel educativo superior al de su contraparte masculina, al comparar con otras poblaciones femeninas, resulta muy clara su situación de desventaja: la mayoría (58%) cuenta con un nivel educativo inferior a la educación media (high school), mientras que la proporción de otras inmigrantes, nativas afroamericanas y nativas blancas con ese nivel es, respectivamente, de 14%, 12% y 6%. La bajísima proporción de mexicanas con nivel de licenciatura o superior (8%) contrasta con los niveles de otras poblaciones (véase figura 9).[1]

Figura 9. Población femenina de 25 a 64 años residente en Estados Unidos, según etnia o raza y escolaridad, 2009

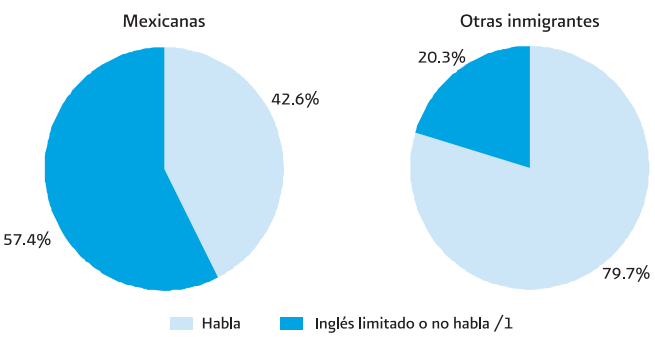


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

[1] Se analiza el nivel educativo para la población femenina de 25-64 años. No obstante, en términos absolutos, las cerca de 700 mil profesionistas mexicanas constituyen el tercer grupo nacional más numeroso de inmigrantes calificadas en Estados Unidos, sólo superadas por las indias y filipinas.

Otro aspecto que obstaculiza los procesos de integración socioeconómica de las poblaciones inmigrantes (y, en particular, el acceso a los servicios de salud) es el bajo dominio del idioma de la sociedad receptora. Los datos disponibles revelan que la barrera lingüística afecta a casi tres de cada cinco mexicanas, mientras que esa relación es de una de cada cinco entre las inmigrantes de otros países (véase figura 10). Ambos aspectos, bajo nivel de escolaridad y limitado dominio del inglés, guardan una relación directa con los problemas de alfabetismo en salud y de navegación en un sistema de salud cada vez más automatizado y que depende de conductos electrónicos para su acceso.

Figura 10. Población inmigrante femenina de 18 a 64 años residente en Estados Unidos, según dominio del inglés y etnia o raza, 2008



Nota: 1/ Incluye a aquellas que no lo hablan bien o no lo hablan.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *American Community Survey* (ACS), 2008.

Las mujeres adultas mexicanas se caracterizan por bajas tasas de naturalización

El elevado índice de indocumentación y los bajos niveles de ciudadanía del conjunto de la población mexicana en Estados Unidos constituyen obstáculos a su integración a la sociedad estadounidense y restringen, entre otros aspectos, el acceso a la seguridad médica.

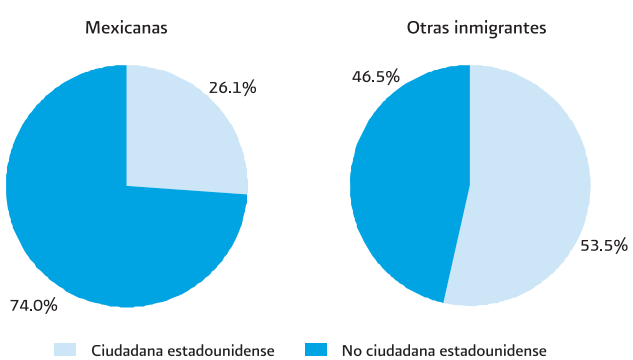
Ninguna fuente de información representativa a nivel nacional permite saber con precisión el volumen de migrantes indocumentados en Estados Unidos. El Pew Hispanic Center estima que radican en Estados Unidos cerca de siete millones de mexicanos en condición indocumentada, y que la mayoría tiene menos de una década de vivir en el país. No se cuenta con una estimación específica para

mujeres, pero seguramente esta condición afecta a un importante contingente de mexicanas. Para este grupo y sus familias, la reforma migratoria (al parecer, postergada hasta 2011) definirá en buena medida la posibilidad de salir de la sombra y aspirar a un mejor nivel socioeconómico en Estados Unidos.

La *Current Population Survey* proporciona información sobre la condición de ciudadanía, y la proporción de población inmigrante sin ciudadanía nos aproxima a quienes se encuentran en situación indocumentada. No todos los que no son ciudadanos son migrantes indocumentados (pero todos los indocumentados son no ciudadanos). La ciudadanía constituye un elemento que favorece una integración más adecuada de los inmigrantes a la sociedad receptora, toda vez que perfila a inmigrantes más estables, dotados de derechos laborales y sociales, y de mecanismos que facilitan y propician los procesos de reunificación familiar. En suma, la ciudadanía otorga una dotación de derechos que permite el desarrollo del potencial humano y la participación en la sociedad en condiciones similares a las de los ciudadanos nativos.

Sólo poco más de una cuarta parte de las mujeres mexicanas de edad adulta cuenta con la ciudadanía estadounidense, pese a que la gran mayoría (más de 70%) tiene más de diez años de vivir en el país. El bajo índice de ciudadanía de las mexicanas contrasta con el que presenta el conjunto conformado por las demás inmigrantes (54%) (véase figura 11).

Figura 11. Población femenina inmigrante de 18 a 64 años residente en Estados Unidos, según condición de naturalización, 2009

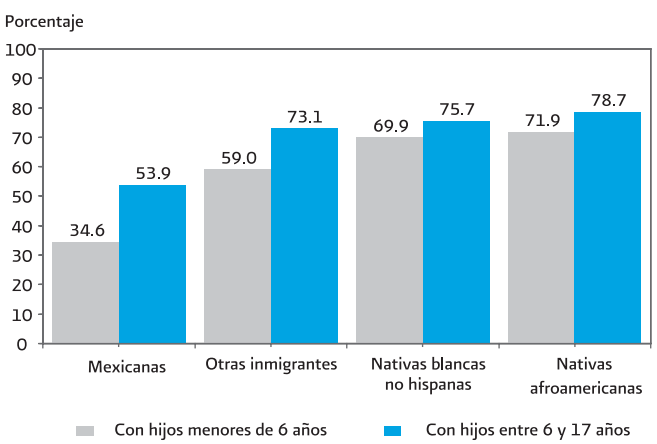


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

La participación de las mexicanas en el mercado laboral formal es relativamente baja

Es ampliamente conocido que las mujeres presentan patrones de ingreso y permanencia en el mercado laboral diferentes de los varones, en buena medida debido a la influencia que sobre ellas ejercen roles tradicionales, como la maternidad y el cuidado de los hijos y del hogar. No obstante, el examen de la población femenina económicamente activa en la Unión Americana revela diferencias entre grupos con distinto origen étnico y racial. La figura 12 señala inequívocamente a las mujeres mexicanas como el grupo inmigrante con menor actividad en el mercado laboral, en comparación con las demás inmigrantes y las nativas blancas y afroamericanas. Esta situación se agudiza entre las mujeres que tienen hijos menores de seis años. Es muy probable que las mujeres mexicanas tengan una mayor dificultad para conciliar el trabajo y la crianza de los hijos (véase figura 12).

Figura 12. Tasas de participación económica de mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos con hijos menores de 18 años, según etnia o raza, 2009



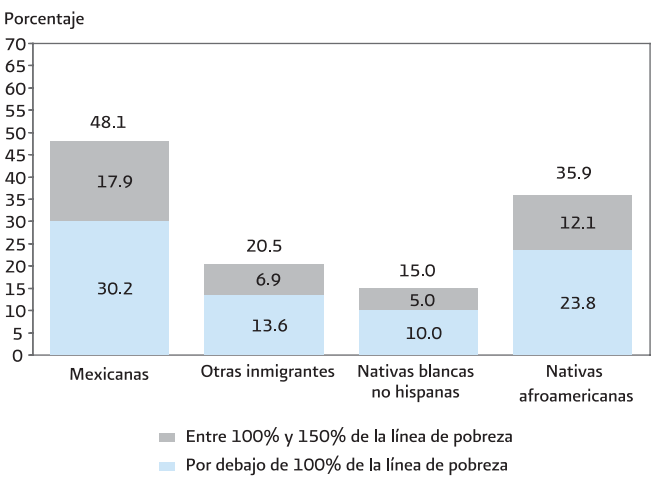
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

La mayoría de las mujeres mexicanas vive en hogares de bajos ingresos

El menor acceso al mercado laboral por parte de las mujeres mexicanas, especialmente a ocupaciones formales con salarios dignos y prestaciones laborales, las limita a vivir en una condición de mayor precariedad económica. El 48% de

las mujeres adultas mexicanas vive en familias de bajos ingresos, es decir, en familias con ingresos 150% por debajo de la *Línea Federal de Pobreza* estadounidense.[2] Esta proporción supera a la de las mujeres afroamericanas (36%) y casi triplica a la de las mujeres inmigrantes de otras regiones y las nativas blancas (21 y 15%, respectivamente). Asimismo, las cifras sobre la incidencia de pobreza (100% por debajo de la *Línea Federal de Pobreza*) muestran una situación de mayor desventaja de las mujeres mexicanas respecto de las afroamericanas (30% y 24%, respectivamente). En todo caso, la distancia social y económica que deben superar las inmigrantes mexicanas y las afroamericanas es abrumadora (véase figura 13).

Figura 13. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos en condición de bajos ingresos,[1] según etnia o raza, 2009

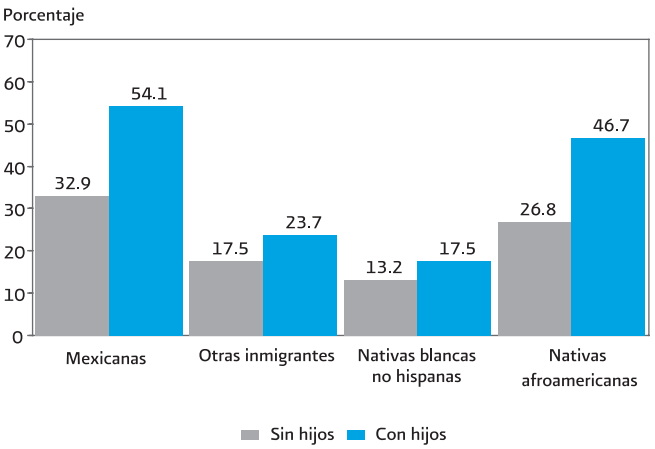


Nota: 1/ Ingreso por debajo del 150% de la Línea Federal de Pobreza de Estados Unidos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

La incidencia de pobreza y bajos ingresos varía según la estructura familiar. Tener hijos menores de 18 años afecta el nivel económico de los hogares en todos los grupos, pero es entre las mexicanas que se observa una mayor vulnerabilidad: 54% se inserta en la categoría de bajos ingresos, a la vez que entre las afroamericanas esa proporción es de 47%, y entre las otras inmigrantes y las nativas blancas las cifras descienden, respectivamente, a 24% y 18% (véase figura 14).

[2] En 2009 el 100% de la Línea de Federal de Pobreza correspondió a $21,756 dólares para una familia de cuatro miembros con dos niños menores de 18 años.

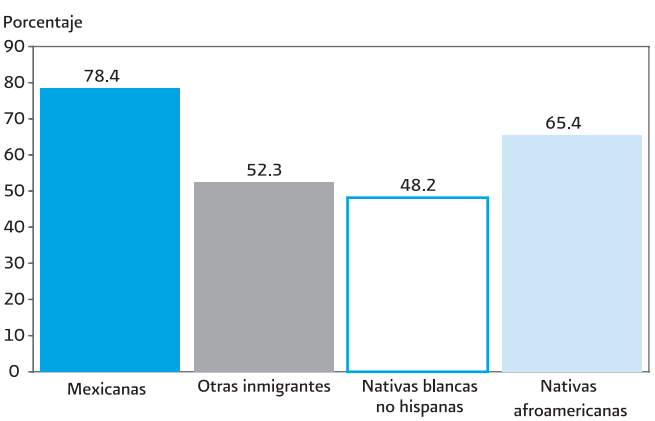
Figura 14. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos con/sin hijos menores de 18 años en condición de bajos ingresos,[1] según etnia o raza, 2009



Nota: 1/ Ingreso por debajo del 150% de la Línea Federal de Pobreza de Estados Unidos.
Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

La ausencia del progenitor en el hogar afecta notablemente a las mujeres de todos los grupos étnicos, pero, de nueva cuenta, son las mexicanas solas a cargo de sus hijos las más propensas a vivir con dificultades económicas: 78% de las mujeres mexicanas en hogares monoparentales vive con bajos ingresos, cifra que resulta muy superior a las de otros grupos (véase figura 15).

Figura 15. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos en hogares monoparentales[1] con bajos ingresos,[2] según etnia o raza, 2009



Notas: 1/ Madre sola.
2/ Ingreso por debajo del 150% de la Línea Federal de Pobreza de Estados Unidos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

La información sobre las características de las inmigrantes mexicanas sirve de antecedente para comprender mejor las necesidades específicas y las experiencias de esta población en términos de salud. Por ejemplo, su elevada concentración en edades jóvenes adultas y las características de su estructura familiar permiten anticipar una fuerte necesidad de contar con servicios de salud reproductiva y de salud materno-infantil. Por otro lado, la crudeza de las cifras analizadas proporcionan evidencia de los magros procesos de integración de las inmigrantes adultas mexicanas en Estados Unidos, en comparación con otros grupos inmigrantes y nativos. Las múltiples desventajas en cuanto a su estatus migratorio, dominio del idioma inglés, desempeño laboral e ingresos, entre otras, condicionan la posibilidad de contar con cobertura de seguridad médica y, en consecuencia, de acudir con regularidad a los servicios de salud.

Capítulo II. Cobertura y tipo de seguridad médica

El uso regular de los servicios de salud está condicionado por una serie de factores de diferente índole. Sin embargo, es innegable que la cobertura de seguridad médica constituye el principal mecanismo que permite recurrir periódicamente a los servicios de atención médica en Estados Unidos, en tanto que provee acceso financiero a una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Estados Unidos cuenta con uno de los sistemas de provisión de salud más desiguales del mundo desarrollado, donde un muy significativo sector de la población carece de seguridad médica, incluyendo a ciertos grupos de inmigrantes.

El sistema de salud norteamericano descansa fundamentalmente en la oferta del sector privado. La gran mayoría de los seguros médicos se obtiene por medio del empleo, a la vez que el Estado administra programas públicos que atienden a los grupos más vulnerables. Los criterios de elegibilidad para obtener estos beneficios sociales están asociados a los niveles de ingreso o, en ciertas circunstancias, a condiciones especiales de salud, y, en el caso de las poblaciones inmigrantes, también al estatus migratorio y al tiempo de residencia legal en el país.

Las inequidades subsistentes en cuanto al nivel de cobertura de seguridad médica se relacionan con procesos de integración socioeconómica que difieren según la etnia o raza y el estatus migratorio. La precaria situación y condición de marginación de ciertas minorías inmigrantes y nativas tiene su correlato en mayores índices de exclusión del sistema de salud. En contraste, los grupos mejor integrados económica y socialmente tienen elevados índices de cobertura de seguridad médica.

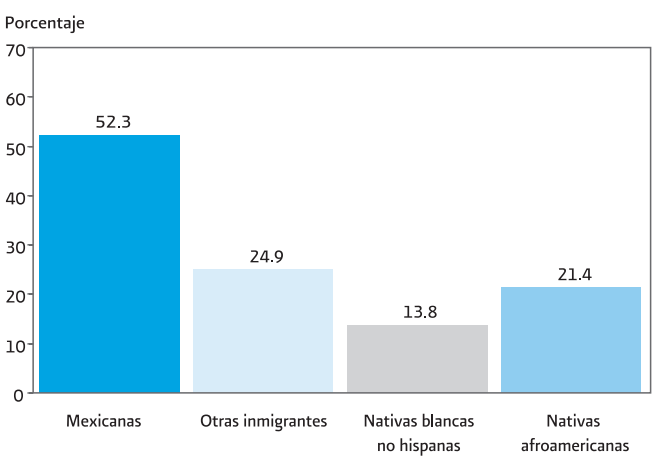
En este capítulo se analiza el nivel y tipo de cobertura de seguridad médica de las inmigrantes mexicanas de 18 a 64 años desde una perspectiva comparativa con otros grupos étnicos o raciales. Asimismo, se examina el perfil de aquellas mujeres que enfrentan los mayores riesgos por no estar aseguradas.

Cobertura de seguridad médica

Más de la mitad de las inmigrantes mexicanas adultas en Estados Unidos no está cubierta por algún sistema de salud

De un modo general, las mujeres adultas mexicanas enfrentan grandes obstáculos de acceso a los sistemas de seguridad médica. Basta decir que casi la mitad carece de todo tipo de cobertura de salud (véase figura 16). El patrón de inseguridad médica de las inmigrantes de otros países del mundo resulta mucho menos desfavorable (una de cada cuatro) y es similar al de las nativas afroamericanas (21%). En una condición más ventajosa se encuentran las mujeres nativas blancas, pues solamente alrededor de 14% no cuenta con seguro. Estas cifras permiten identificar la existencia de profundas disparidades étnicas en el acceso a los sistemas de seguridad médica, donde las inmigrantes mexicanas se perfilan como un grupo sumamente desprotegido.

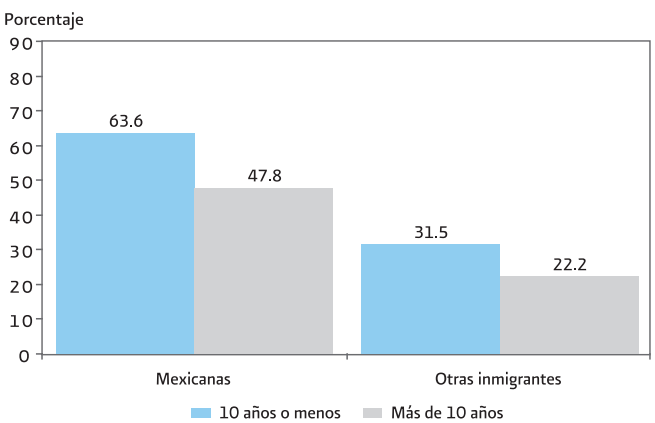
Figura 16. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos sin seguridad médica según etnia o raza, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Esta situación resulta particularmente dramática entre las mexicanas de más reciente ingreso a Estados Unidos, quienes registran niveles de desprotección ostensiblemente elevados: aquellas que tienen menos de diez años de residir en el país cuentan con un índice de desprotección de alrededor de 64%, mientras que la cifra se reduce a 48% entre las que tienen una residencia de más de diez años. Sin embargo, persiste en el tiempo el patrón de desventaja de los mexicanos con respecto a otras poblaciones. Basta decir que las inmigrantes de reciente ingreso procedentes de otras regiones del mundo (menos de 10 años) tienen un nivel de cobertura de seguridad médica superior a las mexicanas con más de diez años de residencia en el país (véase figura 17).

Figura 17. Mujeres inmigrantes de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos sin cobertura médica según tiempo de estancia y etnia o raza, 2009

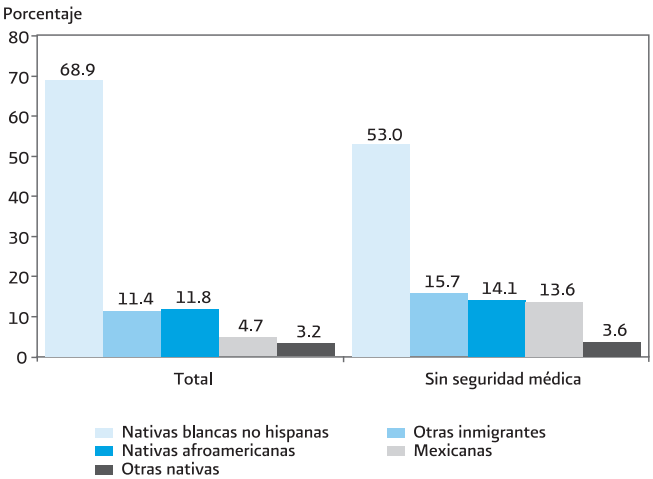


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Las minorías étnicas o raciales se encuentran sobrerrepresentadas en el universo de la población femenina adulta no asegurada

Al analizar la proporción que representa cada grupo étnico o racial respecto a la población femenina entre 18 y 64 años y a la población no asegurada, se evidencia que las minorías tienen mayores obstáculos para participar de los beneficios del sistema de salud, en comparación con sus coetáneas de otros grupos de la población. El caso más dramático es el de las inmigrantes mexicanas, que constituyen alrededor de 5% de la población femenina adulta del país, pero representan 14% del total de la población no asegurada (véase figura 18).

Figura 18. Distribución de las mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos según etnia o raza, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

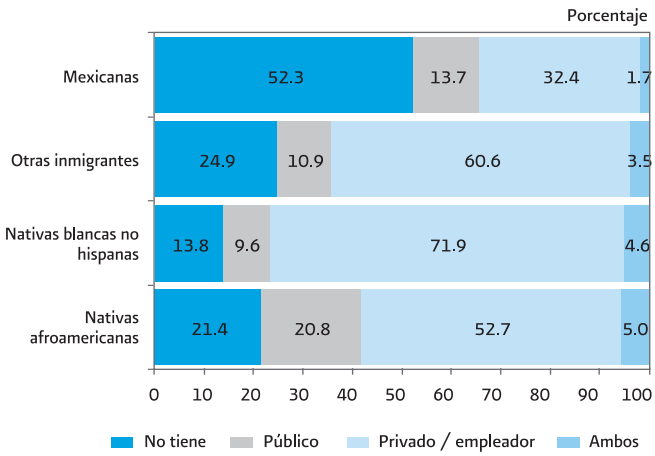
Tipo de seguridad médica

Contar con un seguro médico depende en gran medida de la oferta a través del empleo

Existe una relación directa entre la cobertura de seguridad médica y la posibilidad de contar con un seguro médico privado, el cual se obtiene fundamentalmente a través del empleador (propio o de un familiar). Las nativas blancas son el grupo étnico que presenta el mayor nivel de cobertura de seguridad médica, dado que son las más proclives a contar con un seguro médico a través del empleo. En el otro extremo se encuentran las mujeres inmigrantes mexicanas, quienes muestran los menores índices de cobertura de seguridad médica y la menor propensión a beneficiarse de un seguro por medio del trabajo (véase figura 19). Por otro lado, la reducida proporción de mexicanas que se beneficia de algún seguro público evidencia su limitado acceso a los programas dirigidos a apoyar las poblaciones de escasos recursos, en buena medida en virtud de su calidad migratoria.

Uno de los factores que podría contribuir a explicar el menor índice de cobertura de las mujeres inmigrantes mexicanas sería su menor tasa de participación laboral. Sin embargo,

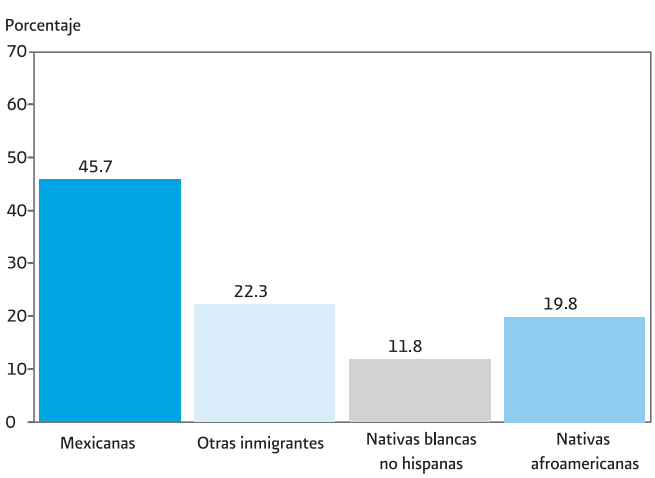
Figura 19. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos, según tipo de seguridad médica y etnia o raza, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

si se analiza exclusivamente la situación de aquellas que trabajan, se descubren importantes disparidades entre los grupos, ya que es mucho menos frecuente que las nativas mexicanas cuenten con esa prestación laboral: casi la mitad de las trabajadoras mexicanas no está asegurada, proporción que es casi cuatro veces superior a la de la fuerza laboral nativa blanca (véase figura 20).

Figura 20. Mujeres empleadas de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos sin seguridad médica, según etnia o raza, 2009



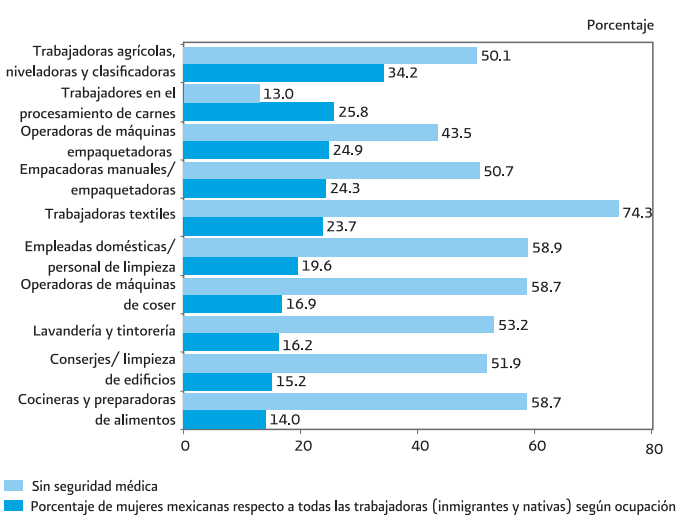
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Lo anterior guarda una estrecha relación con el patrón de inserción laboral de la población inmigrante mexicana, fuertemente condicionado por su bajo nivel de escolaridad y elevado índice de indocumentación, que se expresa por una elevada concentración en ocupaciones de baja remuneración que ofrecen prestaciones laborales limitadas o nulas. Aun cuando esta prestación es ofrecida por el empleador, resulta muy difícil para ellas cubrir la prima que les corresponde, dado su bajo salario.

La concentración de las trabajadoras mexicanas en empleos con mayores riesgos laborales agudiza su condición de vulnerabilidad ante la falta de seguridad médica

La posibilidad de contar con un seguro de salud a través del empleo varía de acuerdo con el tipo de ocupación, y coloca en desventaja a las trabajadoras que laboran en las actividades menos calificadas, mientras beneficia a las que se insertan en los niveles superiores de la escala laboral. Las ocupaciones que dependen en gran medida del trabajo femenino mexicano normalmente no incluyen el seguro de salud como prestación laboral (véase figura 21). Al respecto, resultan particularmente alarmantes los índices de desprotección de las mexicanas en sectores agro-industriales y en servicios de baja calificación, que presentan una alta incidencia de accidentes y padecimientos asociados al trabajo. El grupo más desprotegido es el de las trabajadoras textiles, donde tres de cada cuatro carece de cobertura de seguridad médica.

Figura 21. Proporción de inmigrantes mexicanas de 18 a 64 años en Estados Unidos sin seguridad médica en ocupaciones seleccionadas, 2005-2009



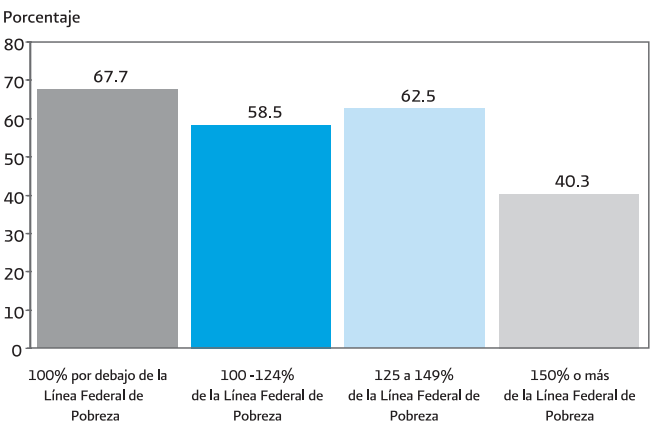
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2005-2009.

Las paradojas del sistema: La falta de cobertura de seguridad médica afecta mayormente a la población con mayores carencias

Los grupos que se encuentran en condiciones de mayor desventaja socioeconómica, son los que más frecuentemente se excluyen del sistema de salud. En el caso de las mujeres inmigrantes mexicanas, resulta dramático el índice de desprotección de quienes se encuentran en condición de pobreza: 68% carece de seguridad médica. Esta condición resulta menos desfavorable entre las que viven en familias con ingresos 150% superiores a la *Línea Federal de Pobreza*: menos de la mitad (40%) no está asegurada (véase figura 22). Existe un efecto contraproducente en la salud cuando son los grupos más pobres los que deben destinar mayores recursos económicos para atender su salud y los que presentan mayores consecuencias por una salud mal cuidada. No es sorpresivo que las mexicanas en esta situación (muchas de ellas en condición indocumentada) tiendan a postergar hasta el límite el tratamiento o diagnóstico de alguna enfermedad, y, en el caso de tener que acudir a los centros hospitalarios, enfrenten una grave crisis financiera. Es decir, las medidas preventivas (por ejemplo, vacunación, detección de cáncer, atención dental) frecuentemente son relegadas, dando por resultado un costo de atención médica mayor cuando las enfermedades se desarrollan.

Los programas públicos destinados a las familias de bajo ingreso podrían contribuir a matizar las debilidades de un sistema que deja la provisión de salud fundamentalmente en manos de los empleadores. Sin embargo, las poblaciones inmigrantes de escasos recursos, en particular la mexicana, enfrentan severos obstáculos para beneficiarse de dichos programas, dado el requisito obligatorio de naturalización o de estancia legal por un periodo mínimo de cinco años.[1]

Figura 22. Inmigrantes mexicanas de 18 a 64 residentes en Estados Unidos sin seguridad médica según nivel de ingresos, 2005-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2005- 2009.

[1] Los datos analizados aún no reflejan las modificaciones a los criterios de elegibilidad de las poblaciones inmigrantes de bajos ingresos a los programas públicos de salud, pero el principal obstáculo que enfrenta la población mexicana, la indocumentación, sigue vigente. Por ello, en principio, no se esperarían variaciones significativas en los resultados.

Reforma del sistema de salud en Estados Unidos

En marzo de 2010 el Congreso de Estados Unidos aprobó el plan de reforma al sistema de salud, y fue convertido en ley por la firma del Presidente. La reciente legislación implica un cambio sustantivo del actual sistema de salubridad nacional. Sus principales objetivos son: 1) ampliar el acceso de cobertura sanitaria a la gran mayoría de la sociedad estadounidense, a través de la expansión de los programas públicos de atención médica y la reducción de los costos de los seguros médicos privados, 2) mejorar el sistema público de atención a la salud y 3) reformar el mercado privado de seguridad médica, tradicionalmente caracterizado por caro, restrictivo y poco eficiente.

Las provisiones incluidas en la reforma serán puestas en ejecución de manera gradual, y se espera que en un periodo de diez años se atienda a cerca de 95% de la población estadounidense. Durante los próximos años empezará a implementarse las disposiciones más generosas y sólo entonces se podrá evaluar los avances de la renovación del sistema sanitario. Dichas disposiciones incluyen la reducción de los costos de seguros médicos, la eliminación de las restricciones y rechazos por condiciones preexistentes y la mejora de los servicios médicos prestados. Además se implementará una serie de apoyos gubernamentales, entre los que destacan los incentivos fiscales para la clase media, un mandato que obliga a casi la totalidad de la población en Estados Unidos a contar con un seguro médico, y la canalizarán más recursos a los centros comunitarios para la salud, entre otras.

La reforma del sistema de salud ha sentado las bases para la construcción de un sistema de salud nacional más justo y ha representado un paso importante para la incorporación de millones de individuos y familias en Estados Unidos. En este universo se incluye a un número importante de residentes legales, que tras un periodo de estancia legal de cinco años en el país, podrá gozar y verse beneficiados en el mediano plazo de las facilidades brindadas por el gobierno para tener acceso a servicios públicos o apoyo para abatir los costos de un seguro privado.

Es cierto que la reforma no alcanzará a todos, y se estima que entre 15 y 20 millones de personas, incluidos ciudadanos estadounidenses, permanecerán ajenas al nuevo sistema de salud. Así ocurrirá con un elevado número de individuos no institucionalizados,[1] y otros que, por diversas razones, no podrán cumplir los requisitos y aprovechar las ventajas y beneficios incluidos en la reforma, por ejemplo, por no tener un lugar de residencia permanente. En esta circunstancia, estarán también alrededor de 12 millones de inmigrantes indocumentados, más de la mitad, mexicanos, que tampoco podrán gozar de los beneficios que ofrecerá la reforma, en tanto no exista un mecanismo previo que permita regularizar su estatus migratorio. La ausencia de una reforma migratoria integral que dé una solución a esos millones de inmigrantes sin documentos constituye una limitación intrínseca del plan de reforma para alcanzar la cobertura universal de salud.

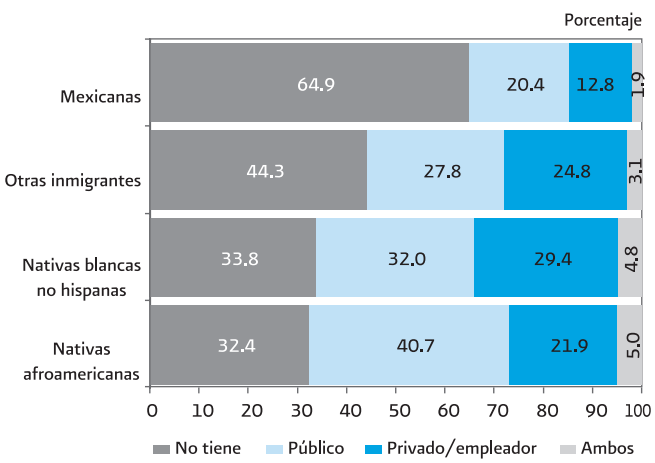
En ausencia de consensos políticos para sentar las bases de un sistema de salud universal, se aprobó un importante paquete de ayudas económicas con aumentos anuales para los próximos años, que beneficiarán los centros comunitarios para la salud (CCS), que continuarán prestando atención médica primaria, preventiva y ambulatoria a prácticamente cualquier persona que la requiera, independientemente de su condición socioeconómica, estatus de cobertura y situación migratoria. Lo anterior permitirá aumentar la capacidad de atención al público y mejorar los servicios de cerca de 1 500 CCS registrados por las autoridades federales, y que prestan sus servicios en más de 3 200 comunidades sin servicios médicos formales. En suma, si bien los migrantes indocumentados son los grandes excluidos de la reforma de salud, cabe reconocer que, en comparación con su situación actual, tendrán mejores posibilidades de cuidar su salud a través de los CCS.

[1] Personas sin hogar, personas alistadas en las fuerzas armadas, trabajadores migratorios o estacionales.

Fuente: http://www.healthcare.gov/

La figura 23 muestra el limitado acceso de las mujeres mexicanas de más escasos recursos a los programas federales orientados a atender la salud de las poblaciones con mayores carencias: sólo alrededor de 22% cumple con los criterios de elegibilidad que le permite beneficiarse de un seguro público de salud (20% está exclusivamente asegurada por un programa público y casi 2% cuenta también con un seguro privado). De hecho, en comparación con los demás grupos étnicos o raciales, las mexicanas destacan por ser las que menos se benefician de los programas públicos de salud, lo que corrobora las desventajas socioeconómicas y migratorias de la población mexicana en Estados Unidos (véase figura 23).

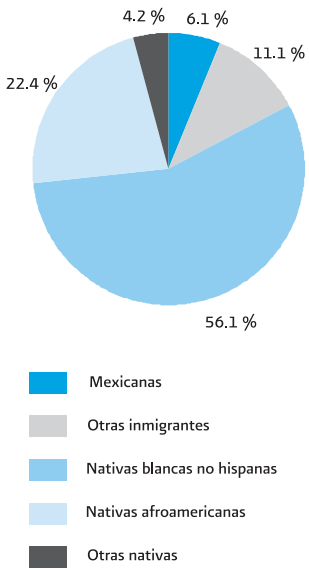
Figura 23. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos, de bajos ingresos,[1] según tipo de seguridad médica y etnia o raza, 2009



Notas: 1/ Ingreso por debajo del 150% de la Línea Federal de Pobreza de Estados Unidos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Uno de los mitos más frecuentemente aludidos en torno a la migración mexicana descansa en el supuesto de que obtener beneficios sociales es una motivación para migrar. La reducida proporción de las mujeres mexicanas en el universo femenino de 18 a 64 años inscrito en el programa *Medicaid* permite negar tal aseveración, ya que solamente representan 6% del total de beneficiarias (véase figura 24). La exclusión del sistema de salud de un importante segmento de las mujeres inmigrantes mexicanas no ha disuadido una migración de carácter eminentemente laboral, pero sí ha contribuido a profundizar las desigualdades sociales en el acceso a la salud.

Figura 24. Mujeres de 18 a 64 residentes en Estados Unidos beneficiarias de Medicaid, según etnia o raza, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Perfiles sociodemográficos según tipo de cobertura

La figura 25 permite apreciar las diferencias del perfil de las mujeres inmigrantes mexicanas según el tipo de cobertura de seguridad médica. Previsiblemente, las mujeres que viven en contextos familiares más precarios son quienes más se benefician de los seguros públicos: 71% vive en condición de bajos ingresos.[2] Son, además, las más jóvenes, las de menor escolarización y las que tienen hijos dependientes. En cambio, aquellas que cuentan con un seguro privado, tienen mayores ingresos, mayores niveles de educación, mayores tasas de naturalización y se desempeñan en empleos de tiempo completo. A su vez, el grupo más vulnerable, que no cuenta con un seguro de salud, frecuentemente tiene bajos ingresos: casi dos de cada tres mexicanas no aseguradas viven en contextos de bajos ingresos y, por lo tanto, con muy escasos recursos para costear sus necesidades de atención médica. Asimismo, este grupo revela una elevada concentración en edades jóvenes y adultas jóvenes y la mayoría tiene hijos dependientes. Ello implica una mayor necesidad de atención a la salud reproductiva y materno-infantil, la cual difícilmente puede concretarse bajo estándares satisfactorios en un contexto de gran precariedad.

[2] 150% por debajo de la *Línea Federal de Pobreza*.

Figura 25. Inmigrantes mexicanas de 18 a 64 años en Estados Unidos según características seleccionadas y tipo de cobertura médica, 2009

Características seleccionadas	Cobertura de salud			Total
	Público	Privado	Sin cobertura	
Edad				
18-24 años	14.5	8.0	13.4	11.8
25-34 años	25.5	23.5	34.5	29.6
35-44 años	27.4	30.0	29.6	29.4
45-54 años	15.8	27.2	15.3	19.2
55-64 años	16.8	11.4	7.2	10.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Ingreso				
150% por debajo de la Línea Federal de Pobreza	70.6	19.3	60.4	48.7
150% y más de la Línea Federal de Pobreza	29.4	80.7	39.6	51.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Escolaridad (población de 25 a 64 años)				
Menos de High School	64.2	44.2	65.3	58.0
High School	21.4	28.5	23.4	24.8
Licenciatura incompleta	10.3	13.4	6.6	9.5
Licenciatura completa o más	4.1	13.9	4.7	7.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Ciudadanía				
ciudadano estadounidense	26.0	41.0	16.8	26.1
No ciudadano estadounidense	74.0	59.0	83.2	73.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Con/sin hijos menores de 18 años				
Sin hijos menores de 18 años	25.4	34.2	25.2	28.4
Hijos menores de 18 años	74.6	65.8	74.8	71.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Estructura familiar con hijos menores de 18 años				
Madre sola	31.8	9.9	17.7	17.4
Ambos padres	68.2	90.1	82.3	82.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Tipo de jornada laboral				
Trabaja tiempo completo	39.7	69.7	47.9	55.9
Trabaja tiempo parcial	36.4	22.0	34.0	29.4
Desempleado	23.9	8.3	18.0	14.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2009.

Las inmigrantes mexicanas, por mucho el primer contingente extranjero femenino en el país, se caracterizan por un elevado nivel de exclusión del sistema de salud. Esta situación se agudiza entre las más pobres, que incluyen a las inmigrantes indocumentadas, el grupo ubicado en el nivel inferior de la escala social. La indefensión y vulnerabilidad asume proporciones dramáticas, cuando se accidentan o se enferman gravemente y tienen que recurrir a los centros hospitalarios.

La recién aprobada reforma del sistema de salud excluyó de los programas de beneficencia pública (llamados *exchange* en la jerga popular) a uno de los sectores de los grupos poblacionales más vulnerables: los migrantes indocumentados. Esto tendrá repercusiones negativas para este grupo social, que cuenta con bajos ingresos, no está cubierto por la seguridad social y labora en industrias de alto riesgo. La nueva reforma de salud está condenada a las desigualdades sociales: la que distingue a los inmigrantes indocumentados de todos los demás, y, con ello, contribuye a agudizar las sombras de la segregación, discriminación y xenofobia que afectan a los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos.

Capítulo III. Disparidades en el acceso a seguridad médica a nivel estatal

El nivel de cobertura de seguridad médica varía de manera significativa entre los diversos estados de la Unión Americana, como consecuencia de la enorme diversidad de políticas de salud a ese nivel. Uno de los aspectos centrales en este contexto se relaciona con el grado de acceso de las poblaciones inmigrantes a los programas públicos de salud dirigidos a los grupos de más escasos recursos. La mayoría de los programas para el cuidado médico disponibles a nivel estatal e incluso a nivel local, como Medicaid y CHIP, son financiados parcial o ampliamente con fondos federales. Mientras estos fondos incluyen reglas federales específicas sobre la elegibilidad y los beneficios, los estados y las localidades con frecuencia tienen discrecionalidad sobre una variedad de criterios de elegibilidad.

Por ejemplo, las reglas y las pautas federales que rigen la calificación y el acceso a muchas ventajas y beneficios públicos ofrecidos por el gobierno estadounidense exigen a los inmigrantes al menos 5 años de residencia legal en el país. No obstante, algunos estados[1] requieren que al menos uno de esos 5 años residencia legal hayan sido en su circunscripción. Asimismo, los estados pueden también determinar la realización de estudios socioeconómicos, visitas de inspección a la vivienda, o la comprobación rigurosa de la información personal presentada con la solicitud de petición. En consecuencia, una persona que califica a un programa de atención médica en un determinado estado pudiera no calificar en otros con criterios más estrictos.

Este capítulo pretende agregar una nueva dimensión al análisis de las inequidades étnicas y raciales en el acceso a la cobertura de seguridad médica: la dimensión estatal. Las discusiones y decisiones políticas a este nivel en temas como cobertura de seguridad médica, costos de la atención médica, infraestructura médica, seguridad médica en el trabajo y salud reproductiva tienen un impacto significativo en el acceso y experiencia de las mujeres en el sistema de salud, por lo que resulta importante ir más allá de las estadísticas nacionales. En un primer término, se hace un breve balance de las leyes promulgadas en el periodo reciente que definen los derechos y beneficios públicos de los inmigrantes, y que inciden en el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes mexicanas. Asimismo, se examina el índice de desprotección de seguridad médica de este grupo, y se analiza la magnitud de las disparidades respecto de las nativas blancas.

Las autoridades estatales están definiendo su propia política migratoria y los derechos y beneficios de las poblaciones inmigrantes

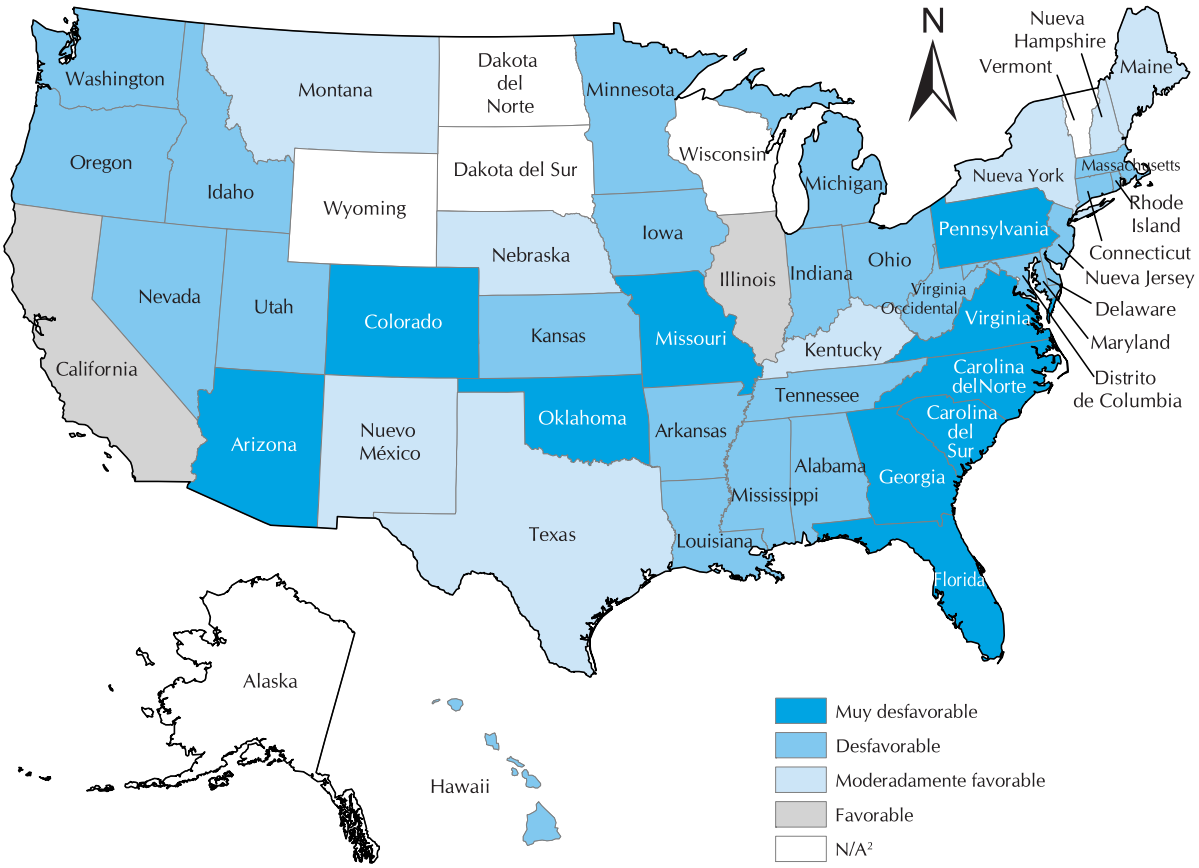
Ante la inmovilidad a nivel federal, todos los estados de la Unión Americana están definiendo su propia política de inmigración, la cual, de manera directa o indirecta, afecta el acceso de las poblaciones inmigrantes a la salud. Según los informes de la *Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales de Estados Unidos*, entre 2005 y 2009 fueron promulgadas 567 leyes estatales relativas a la inmigración y a los inmigrantes. Estas leyes se orientan a reglamentar la actividad laboral, el acceso a ventajas a beneficios públicos, la educación, la expedición de licencias de conducir y otros documentos de identificación, el combate al tráfico de personas, la seguridad y los controles de inmigración, entre otros aspectos.

En lo general, las nuevas disposiciones estatales han generado un contexto más favorable para la población inmigrante documentada. En cambio, los inmigrantes indocumentados se han enfrentado a contextos más restrictivos que dificultan su integración: 80% de las leyes relacionadas con este grupo fue de carácter restrictivo y limitó sus derechos.

Al analizar el sentido de las leyes promulgadas en los últimos años en materia de inmigración no autorizada, es posible clasificarlos de acuerdo con la forma en que afectan las condiciones de vida de los inmigrantes en condición irregular. Destaca particularmente la actividad legislativa en siete estados: Arizona, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Colorado, Florida, Georgia y Virginia, que buscan dificultar e impedir la estancia en sus territorios de los

[1] Por ejemplo, en el estado de Maine se requiere al menos un año de residencia legal en su circunscripción.

Figura 26. Actividad legislativa estatal orientada a la población inmigrante indocumentada en Estados Unidos,[1] 2005-2009



Notas: 1/ Incluye legislación en educación, regulaciones al empleo, tráfico de personas, expedición y uso de licencias de conducir y documentos de identificación, ventajas y beneficios públicos, seguridad y aplicación de la ley, y salud.
2/ N/A: Estados cuyas legislaturas no promulgaron leyes en la materia y/o no es significativa para la inmigración irregular.
Fuente: Elaborado por CONAPO con base en los informes anuales de la *Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales, sobre legislación estatal promulgada en los Estados Unidos en materia de inmigración e inmigrantes*, 2005-2009.

inmigrantes indocumentados. En sentido opuesto, cabe subrayar algunas de las leyes impulsadas por los congresos de los estados de California e Illinois (véase figura 26).

Predomina la orientación restrictiva de las leyes dirigidas a los inmigrantes indocumentados en lo relativo al acceso a programas y beneficios públicos

El tema del acceso a la salud, al igual que otros derechos fundamentales, como el acceso a la educación y a ciertos beneficios públicos, ha sido abordado y regulado de forma recurrente en los últimos años. Tan sólo en el periodo 2005-2009, 26 legislaturas estatales aprobaron alrededor de 120 iniciativas de ley que afectan a los inmigrantes indocumentados en áreas vinculadas con la atención médica y otros servicios públicos. La mayoría de estas leyes se orienta a implementar mayores restricciones de acceso a los programas o beneficios públicos para los grupos inmigrantes, particularmente los que se encuentran en una condición indocumentada, con excepción de los casos de atención médica de emergencia o urgencia, la aplicación de inmunizaciones, y los servicios de detección y tratamiento de enfermedades contagiosas o de fácil transmisión.

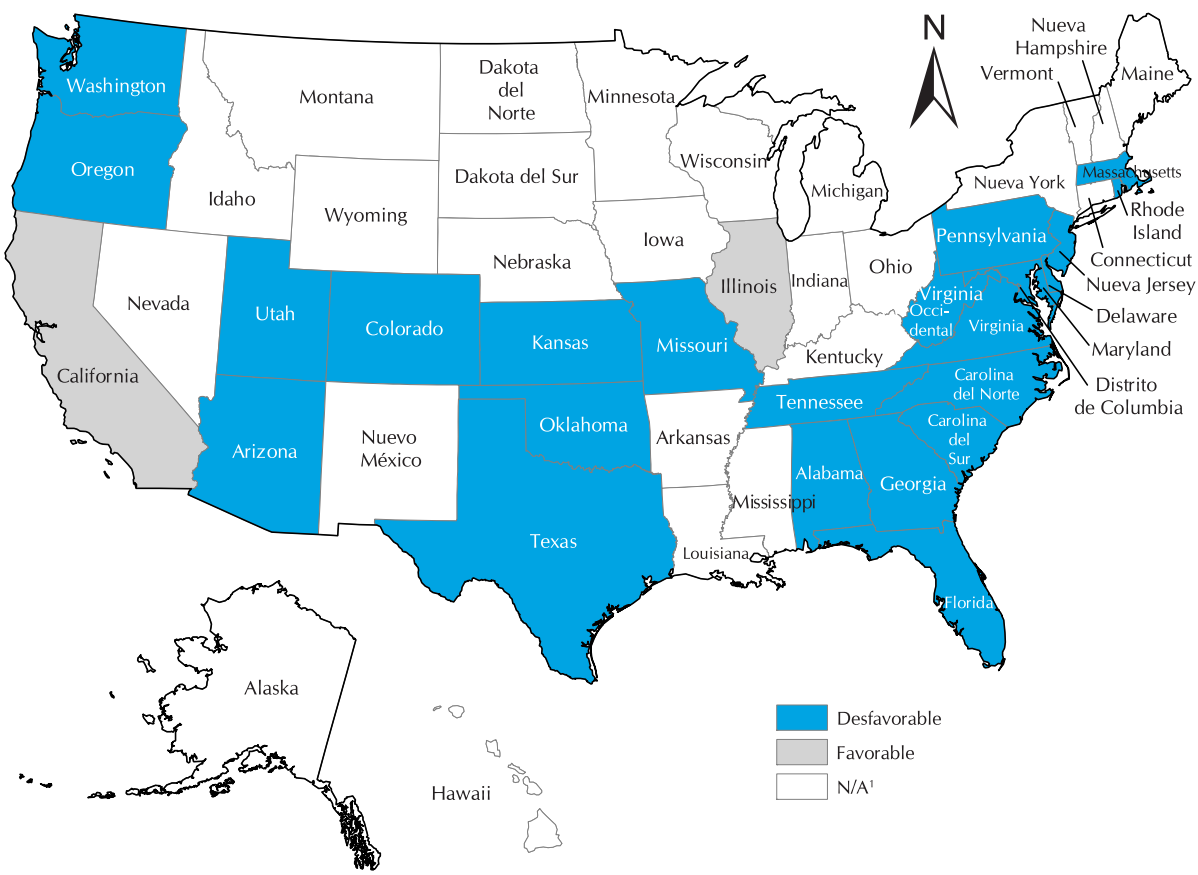
Arizona, Colorado, Florida, Georgia, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia destacan por sus recientes legislaciones que limitan y restringen fuertemente el acceso a ventajas y beneficios brindados por el estado a las personas que no cuentan con un estatus de estancia o residencial

legal en sus respectivos territorios, incluyendo las relacionadas con la salud y su mantenimiento (véase figura 27). Otros estados con una menor actividad legislativa también han aprobado disposiciones similares como consecuencia de coyunturas políticas, como, Missouri, Nueva Jersey, Oklahoma, Pensilvania, Tennessee, Texas, Utah y Washington.

En sentido opuesto, resaltan las leyes promulgadas en los estados de California e Illinois entre 2005 y 2009, que permiten, por ejemplo, la atención médica a inmigrantes indocumentados a través de programas locales y la canalización de mayores recursos estatales a los Centros Comunitarios para la Salud y a los Centros de Salud para Migrantes, instituciones que atienden a cualquier persona, sin importar su estatus migratorio. Estos estados han decidido, a través de sus propios recursos, favorecer las condiciones de vida de los inmigrantes y proveer, entre otros aspectos, atención médica a ciertos grupos vulnerables, como mujeres embarazadas y niños menores que no califican a los programas federales (véase figura 27).

Pese este escenario desalentador a nivel nacional, vale la pena resaltar que un importante número de inmigrantes, en su mayoría irregulares, que no tienen acceso a muchas de ventajas y beneficios públicos disponibles en los diferentes estados de la Unión Americana, se han visto favorecidos de alguna forma por medio de los programas locales.

Figura 27. Actividad legislativa estatal sobre el acceso a los servicios de salud, ventajas y beneficios públicos de la población inmigrante indocumentada en Estados Unidos, 2005-2009



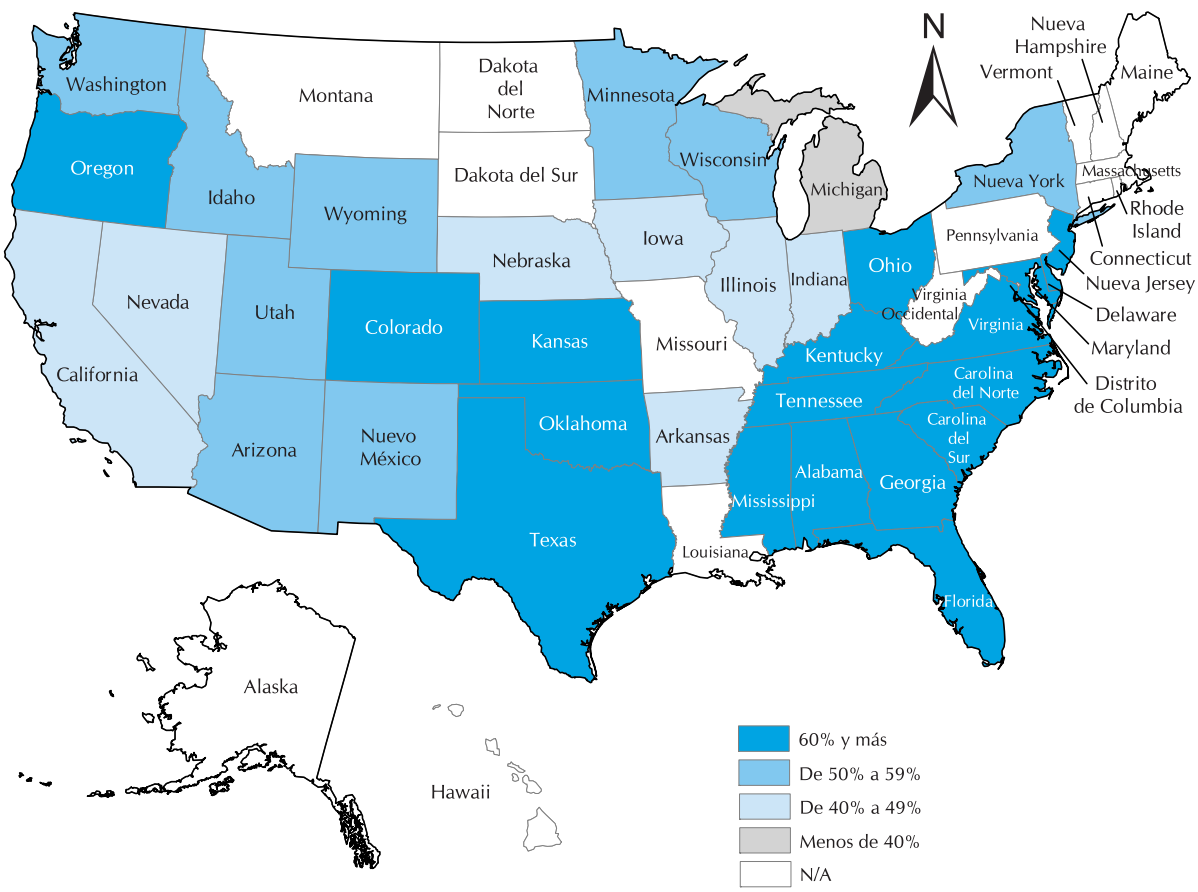
Nota: 1/ N/A: Estados cuyas legislaturas no promulgaron leyes en la materia y/o no es significativa para la inmigración irregular.
Fuente: Elaborado por CONAPO con base en los informes anuales de la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales, sobre legislación estatal promulgada en los Estados Unidos en materia de inmigración e inmigrantes, 2005-2009.

Cobertura de seguridad médica

La falta de seguridad médica de las mujeres mexicanas es dramática en los estados de inmigración más reciente y de mayor activismo anti-migrante

Los mayores índices de desprotección de las inmigrantes mexicanas se registran, por orden de importancia, en los estados de Missisipi, Georgia, Ohio, Oklahoma, Nueva Jersey, Colorado, Florida y Carolina del Norte (con una variación entre 80% y 65%). En el otro extremo, se encuentran los estados de Michigan, Arkansas, Iowa, California e Illinois, con una variación del índice de desprotección entre 38% y 45% (véase figura 28).

Figura 28. Población femenina mexicana de 18 a 64 años sin cobertura médica según estado de residencia en la Unión Americana, 2005-2009

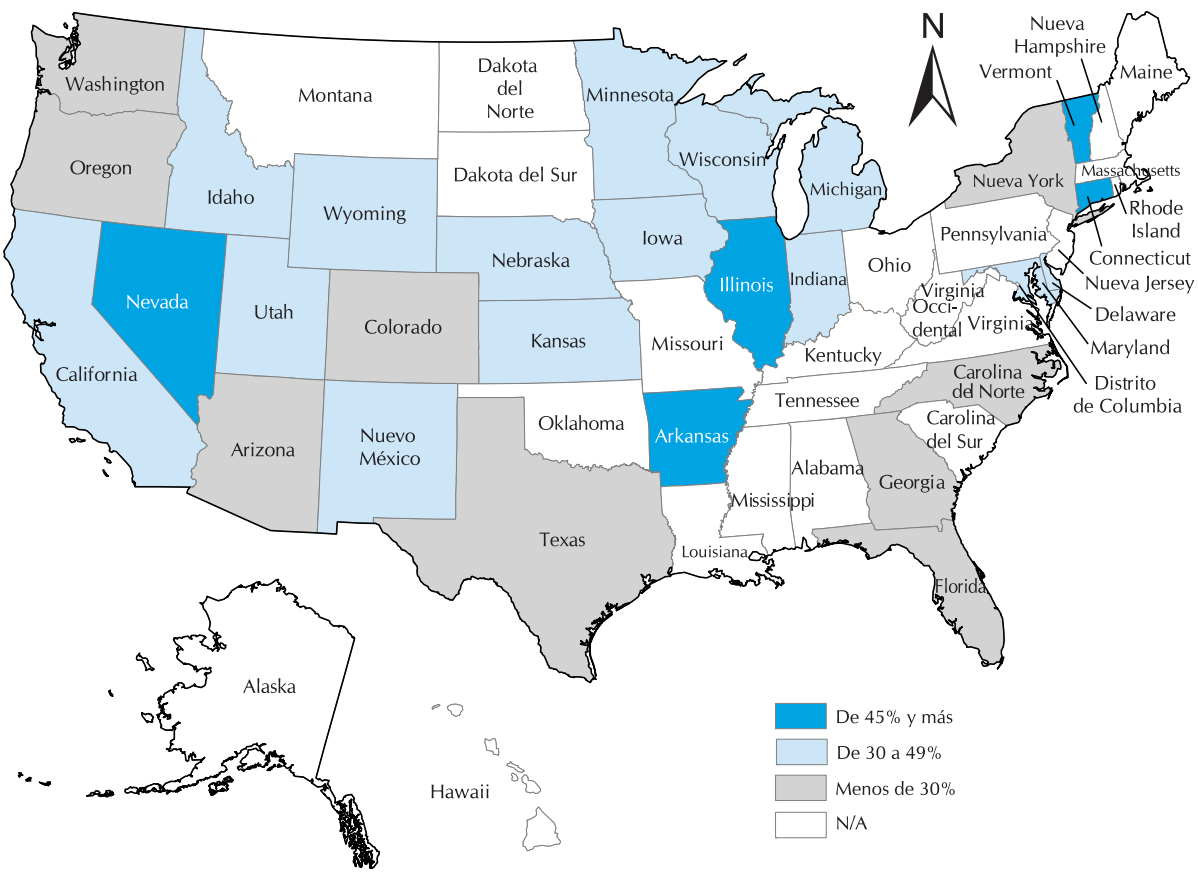


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2005 a 2009.

La reducida propensión de las mexicanas a contar con un seguro privado se observa a lo largo y ancho de Estados Unidos

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, el bajo índice de cobertura de seguridad médica de las mujeres mexicanas se vincula con su menor probabilidad de obtener un seguro médico a través del empleador. La figura 29 evidencia que en un importante número de estados, donde la información disponible es estadísticamente significativa, una reducida proporción de las inmigrantes mexicanas cuenta con un seguro médico privado, obtenido fundamentalmente a través del empleo (propio o de un familiar). En estados como Georgia, Nueva York, Carolina del Norte, Colorado, Washington y Oregón, donde la inmigración mexicana es relativamente reciente y, por ende, caracterizada por la indocumentación, esa proporción resulta inferior a 25%.

Figura 29. Proporción de mujeres mexicanas de 18 a 64 años con seguro de salud privado respecto del total de mexicanas residentes en cada estado de la Unión Americana, 2005-2009

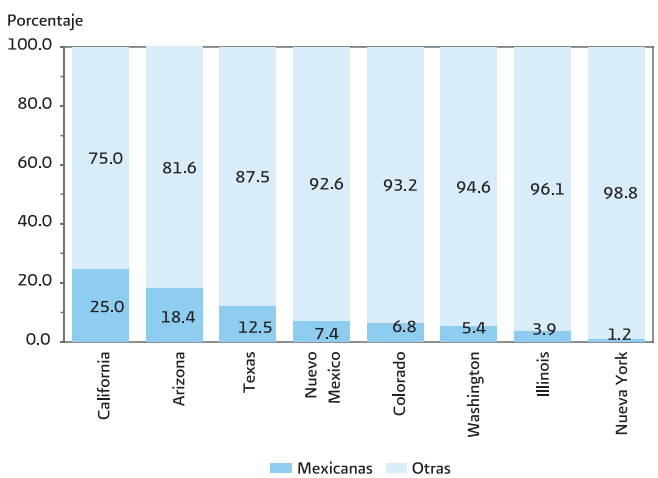


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2005 a 2009.

En pocos estados de la Unión Americana la proporción que representan las inmigrantes mexicanas en el universo de beneficiarios del *Medicaid* resulta muy considerable, lo que contraría a las voces que argumentan que los inmigrantes en general, y los mexicanos en particular, representan una elevada carga en el sistema de seguridad social (véase figura 30). De acuerdo con la información disponible, hay tres estados donde esa proporción es importante: en California equivale a una cuarta parte y en Arizona y Texas es de 18% y casi 13%, respectivamente.

Es muy probable que estas cifras susciten una serie de inquietudes entre los sectores más conservadores de estos estados en cuanto al costo que representa el usufructo de ese programa por parte de beneficiarias extranjeras, y que ello esté en el origen de un mayor activismo en los congresos estatales para restringir sus derechos. Cabe señalar que, a diferencia de Arizona y Texas, en California, la configuración de un congreso estatal más favorable a la comunidad latina y el activismo de importantes organizaciones a favor de los inmigrantes han permitido frenar los intentos de las fracciones más conservadores que buscan restringir los derechos de las poblaciones inmigrantes, particularmente las que se encuentran en condición indocumentada.

Figura 30. Población femenina de 18 a 64 años beneficiaria de Medicaid, según etnia o raza y estado de residencia seleccionado en la Unión Americana, 2005- 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2005 a 2009.

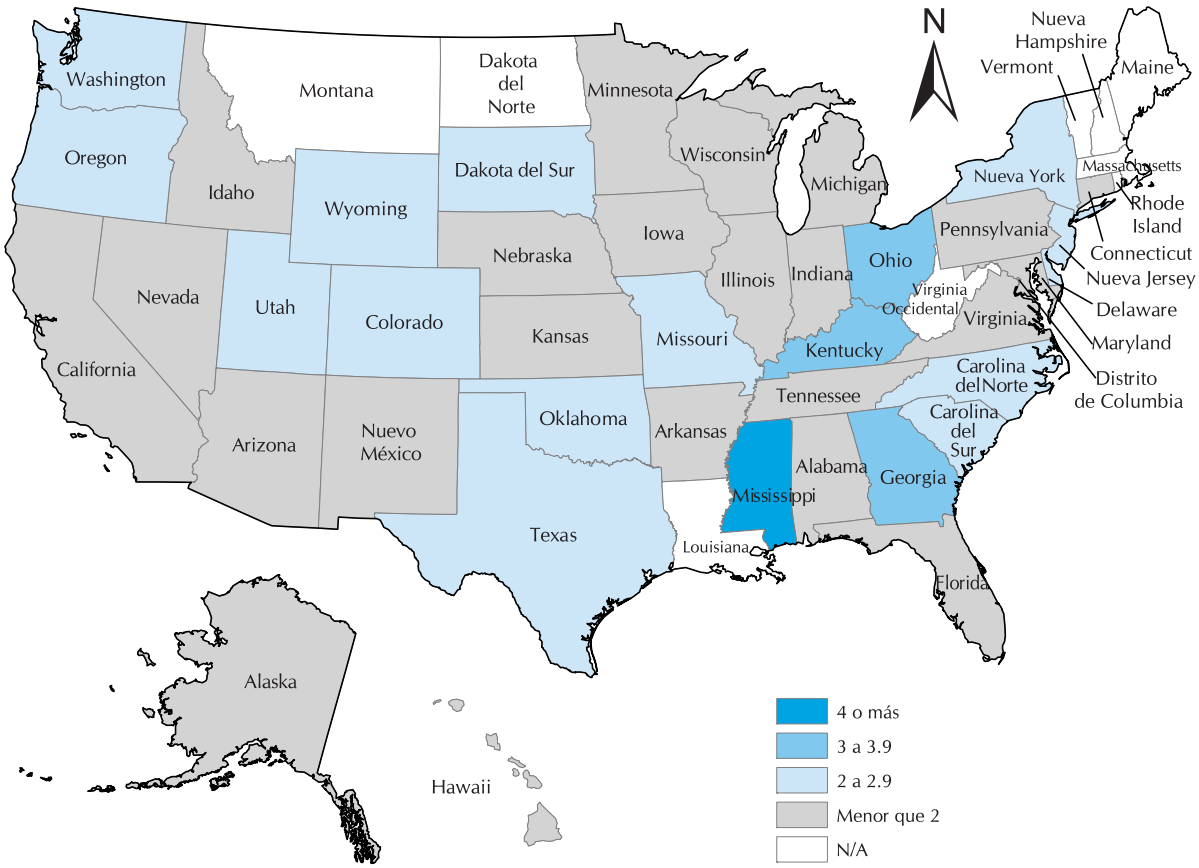
Inequidades al interior de los estados

Las inequidades étnico/raciales en términos de cobertura de seguridad médica se reproducen a nivel estatal

Las disparidades étnicas y raciales en el acceso a la cobertura de seguridad médica observadas a nivel nacional se reproducen en mayor o menor medida a nivel estatal. La figura 31 permite apreciar la magnitud de dichas disparidades en cada estado, a través de un indicador que muestra el número de veces que las mujeres nativas blancas no hispanas sobrepasan a las inmigrantes mexicanas en lo que respecta a la cobertura de seguridad médica. Destaca el caso de Missisipi, donde las nativas blancas tienen un índice de cobertura cuatro veces superior a las nativas mexicanas. Le siguen, por orden de importancia, los estados de Kentucky, Georgia, Ohio, Nueva Jersey, Colorado, Oklahoma, Carolina del Norte y Florida con los más altos diferenciales de cobertura entre ambos grupos. En el otro extremo, se encuentra el Distrito de Columbia y estados como Michigan, California, Nevada, Iowa e Illinois, donde las inequidades entre las nativas blancas y las inmigrantes mexicanas resultan poco significativas. Se percibe así, a nivel estatal, una relación directa entre el índice de desprotección de las mujeres mexicanas (véase figura 28) y las disparidades de cobertura respecto a las nativas blancas (véase figura 31).

Existen profundas disparidades en el nivel de cobertura de seguridad médica de las inmigrantes mexicanas entre los estados, las cuales, en gran medida, guardan una estrecha relación con la mayor o menor posibilidad de beneficiar de un seguro a través del empleo. Por otro lado, dichas diferencias se vinculan también con la enorme diversidad de políticas públicas de salud, frecuentemente de cariz restrictivo hacia las poblaciones inmigrantes. De hecho, en los últimos años se ha observado una intensa actividad legislativa a nivel estatal que afecta los derechos otorgados a las poblaciones inmigrantes. En un número muy significativo de estados se ha legislado para restringir el acceso de los inmigrantes, particularmente, los indocumentados, a los beneficios y programas públicos, entre ellos, los relacionados con la atención de la salud. Esta dinámica parece fungir como una herramienta más del control migratorio, que busca desalentar la inmigración y la estancia irregular de inmigrantes. En realidad, dichas medidas no han reducido la dinámica migratoria, ya que ésta es, esencialmente, de índole laboral y no obedece a la búsqueda de beneficios sociales, pero sí han contribuido a agudizar las inequidades en el acceso a la salud, lo que ha afectado en gran medida a las mujeres mexicanas.

Figura 31. Razón de cobertura de salud de las blancas no hispanas de 18 a 64 años con respecto a las inmigrantes mexicanas según estado de residencia en Estados Unidos, 2005-2009



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2005 a 2009.

Capítulo IV. Utilización de servicios de cuidado de salud

Las experiencias en la utilización de los servicios de salud de las mujeres varían según el grupo étnico o racial en función de la edad, necesidades de salud, factores socioeconómicos, culturales, tecnológicos, lingüísticos, migratorios, entre otros aspectos. Muchas mujeres enfrentan importantes obstáculos financieros y logísticos para acudir con oportunidad a los servicios médicos. Como ya fue mencionado anteriormente, la seguridad médica constituye el principal facilitador de un uso periódico de estos servicios, dado que provee acceso financiero a una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. En cambio, la falta de seguridad médica —que caracteriza a un amplio segmento de la población de bajos ingresos y, de manera particular, a los inmigrantes mexicanos— constituye el principal inhibidor de una supervisión médica periódica.

Por lo general, los seguros médicos no cubren totalmente los costos de dichos servicios, ya que una parte de los gastos de la consulta y de las prescripciones es absorbida directamente por el paciente a través de co-pagos, los cuales pueden resultar considerablemente elevados, sobre todo para la población con mayores carencias.

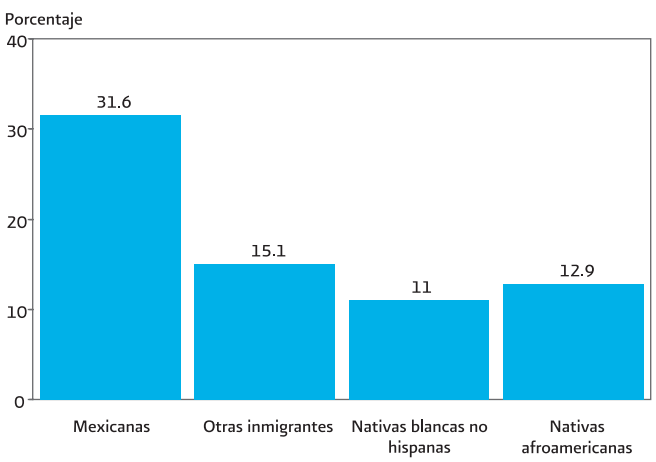
En este capítulo se analiza, desde una perspectiva comparada con otros grupos étnicos y raciales, la utilización regular de los servicios de salud por parte de las inmigrantes mexicanas, el tipo de servicios al que acuden y la oportunidad con que reciben la atención médica.

Acceso a servicios de salud y seguridad médica

Casi una tercera parte de las mujeres inmigrantes mexicanas en Estados Unidos declara no contar con un lugar donde recibir atención médica periódica

Un monitoreo consistente del estado de salud implica, perentoriamente, disponer de un lugar de atención médica regular. Existen notorias discrepancias entre los diferentes grupos femeninos, y las mexicanas se encuentran en una posición de mayor desventaja relativa: casi una tercera parte no cuenta con una fuente de atención médica periódica, mientras que esta situación sólo afecta a alrededor de 15% de las demás inmigrantes y 13% y 11% de las nativas afroamericanas y blancas, respectivamente (véase figura 32).

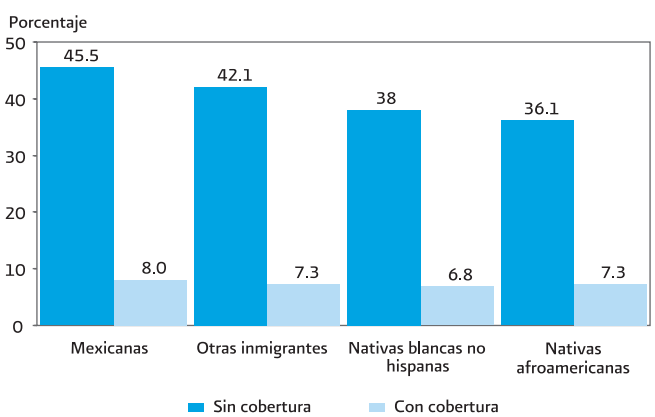
Figura 32. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos sin fuente de atención médica regular según etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

No disponer de cobertura de seguridad médica tiene su correlato en un vinculo débil con los servicios de salud. Los datos muestran claramente que las personas que no disponen de un seguro de salud son más proclives a no contar con un lugar de atención médica regular, y esa propensión es más frecuente en las nativas de México (46%) que entre otras mujeres inmigrantes (42%) y la población nativa blanca (38%) y afroamericana (36%) (véase figura 33). Es muy probable que el menor nivel de utilización regular de servicios médicos por parte de las inmigrantes mexicanas no aseguradas esté relacionado, no sólo con mayores dificultades financieras, sino también con mayores barreras de orden lingüístico y cultural, con el temor asociado a la carencia de documentos migratorios. En cambio, no se descubren discrepancias importantes entre los diferentes grupos femeninos cuando existe cobertura de seguridad médica; lo que evidencia claramente que éste es un factor que "democratiza" el acceso a la salud.

Figura 33. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos que no cuentan con un lugar de atención médica regular, según cobertura de seguridad médica y etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

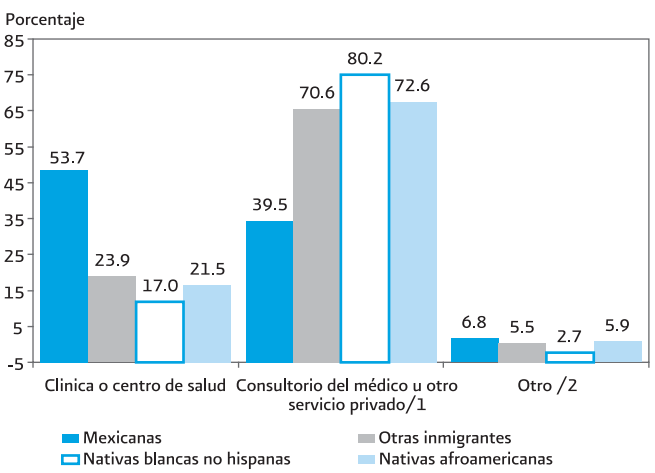
Tipo de servicio de atención médica

Las mujeres inmigrantes mexicanas son menos propensas a ser atendidas por médicos privados

La calidad del servicio médico recibido está muy vinculada con el tipo de fuente de atención médica. En principio, quienes recurren a los médicos privados tienen una mayor probabilidad de recibir una mejor atención que quienes acuden a centros o clínicas públicas de salud, dado que logran establecer una relación más estable y un trato más personalizado con el médico.

Entre las mexicanas que cuentan con una fuente regular de atención de la salud, la mitad utiliza centros o clínicas públicas; una proporción que duplica con creces la de otros grupos (véase figura 34). En contraparte, la proporción que cuenta con una fuente regular de atención médica privada (40%) es significativamente inferior a la que presentan las inmigrantes de otras regiones (71%) y las nativas afroamericanas (73%) y blancas (80%).

Figura 34. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos según tipo de fuente de atención médica regular y etnia o raza, 2007-2009

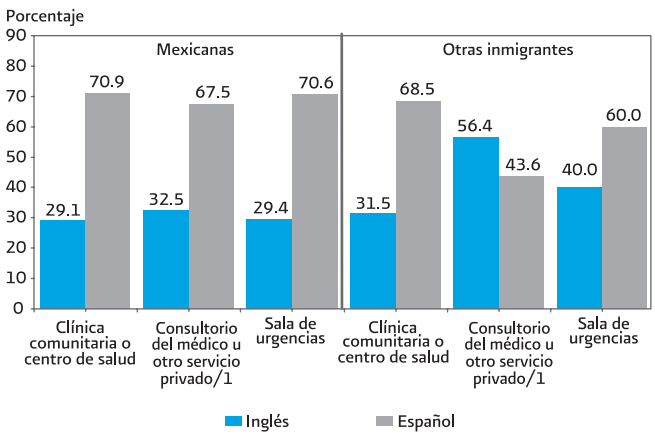


Nota: 1/ Incluye: consultorio del médico y organizaciones para el mantenimiento de la salud.
2/ Otro incluye: unidad de urgencias, departamento de pacientes externos y otros lugares.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Es importante señalar que los centros o clínicas públicas de salud resultan más accesibles a las inmigrantes mexicanas, no sólo por su menor costo, sino porque proveen un servicio cultural y lingüísticamente apropiado. Datos de la *Hispanic Healthcare Survey* señalan que en 71% de los casos de inmigrantes mexicanas atendidas en dichas clínicas o centros la entrevista médica se realiza en español, aunque no se descubren diferencias estadísticamente significativas cuando la atención se da en el consultorio de un médico (68%) o en una sala de urgencias (71%) (véase figura 35). No obstante, existe una clara diferen-

cia con respecto a otras inmigrantes latinas que se atienden en un consultorio privado, ya que sólo el 44% utiliza el español en su entrevista con el médico. Es probable que las inmigrantes mexicanas, que tienen un dominio más limitado del inglés, prioricen, a la hora de elegir un médico privado, a aquellos que conocen el idioma español.

Figura 35. Mujeres latinas de 18 a 64 años en Estados Unidos, según país de origen e idioma en que se desarrolla usualmente la entrevista, 2007

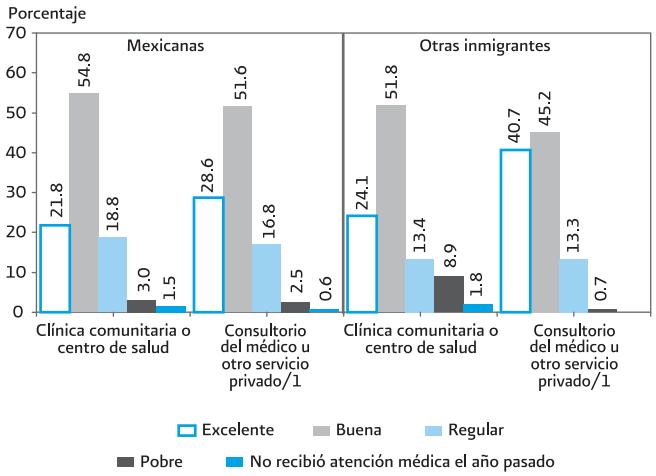


Nota: 1/ Incluye: consultorio del médico y organizaciones para el mantenimiento de la salud.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en Pew Hispanic Center, Robert Wood Johnson Foundation: *Hispanic Healthcare Survey*, 2007.

En relación a la percepción de las mujeres inmigrantes mexicanas sobre la calidad del servicio prestado según lugar de atención médica, la misma fuente revela que 76% de las que acudieron a los centros o clínicas públicas de salud la consideró excelente o buena. A su vez, alrededor de 22% consideró la calidad de la atención regular o pobre. En el caso de aquellas que recibieron atención médica en el consultorio de un doctor, cuatro de cada cinco consideró la calidad del servicio buena o excelente, y 19% regular o pobre (véase figura 36).

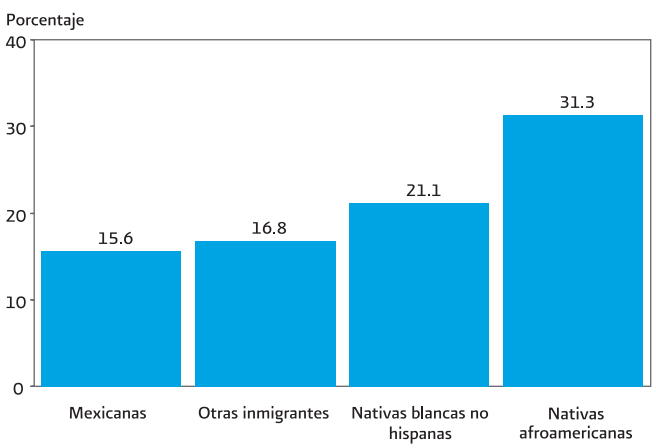
Un mito común consiste en considerar que las poblaciones inmigrantes que carecen de un seguro de salud y de una fuente de atención médica regular tienden a utilizar con mayor frecuencia las unidades hospitalarias de urgencia. El bajo índice de utilización de estas unidades por parte de las mujeres inmigrantes mexicanas (16%) respecto de otras poblaciones permite negar tal aseveración (véase figura 37).

Figura 36. Mujeres latinas de 18 a 64 años en Estados Unidos, según país de origen y percepción en la atención médica, 2007



Nota: 1/ Incluye: consultorio del médico y organizaciones para el mantenimiento de la salud.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en Pew Hispanic Center, Robert Wood Johnson Foundation: *Hispanic Healthcare Survey*, 2007.

Figura 37. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos que utilizaron unidades hospitalarias de urgencia según etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

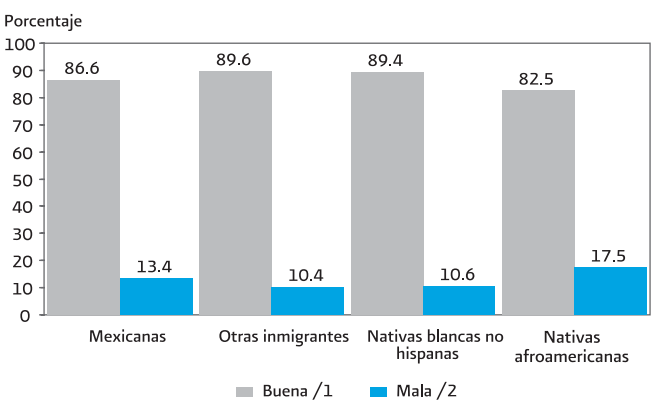
Cuidados médicos preventivos y primarios

La gran mayoría de las mujeres inmigrantes mexicanas se perciben con buen estado de salud

La regularidad con la que la población adulta acude a los servicios médicos en Estados Unidos está muy vinculada con la percepción sobre el estado de su salud. Es de esperar que ocurran visitas médicas más frecuentes, en lapsos cortos, cuando se perciben problemas de salud, a la vez que se tiende a espaciar más las consultas médicas cuando el estado de la salud es percibido como bueno. En este estudio, se considera que una consulta médica en un periodo de tiempo inferior a seis meses constituye lo mínimo para aquellos que reportan un estado de salud regular o malo.

No se descubren diferencias muy importantes en las percepciones de las mujeres de diferentes grupos sobre su estado de salud, pese a que se observa una mayor propensión de las nativas afroamericanas e inmigrantes mexicanas para percibirse con problemas de salud (18% y 13%, respectivamente, frente a alrededor de 10% entre las nativas blancas y otras inmigrantes) (véase figura 38).

Figura 38. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos según percepción de salud y etnia o raza, 2007-2009



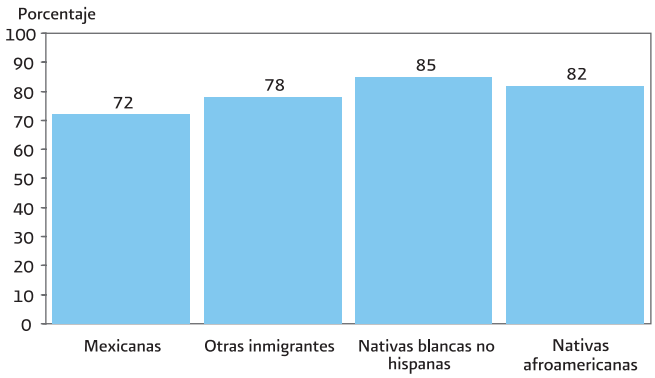
Notas: 1/ Incluye las categorías de excelente y buena.
2/ incluye las categorías regular y pobre.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Los adultas mexicanas no aseguradas con problemas de salud son menos proclives a recibir atención médica oportuna

Los datos muestran que las inmigrantes mexicanas que perciben su estado de salud como regular o pobre son menos propensas que otros grupos poblacionales para consultar un médico en un corto espacio de tiempo: alrededor de 72% acude al médico en un lapso inferior a seis meses, mientras que esa cifra es superior entre las inmigrantes de otras naciones (78%) y las nativas afroamericanas (82%) y blancas (85%) (véase figura 39). De nueva cuenta, disponer de un seguro de salud propicia que la consulta médica se realice con mayor oportunidad en todas las poblaciones analizadas (véase figura 40).

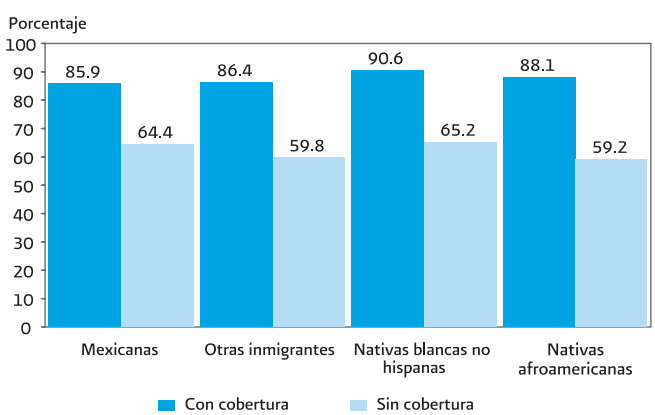
Las mujeres inmigrantes mexicanas son menos proclives a contar con un lugar de atención médica regular y a visitar al médico con oportunidad, y ello es más notorio entre aquellas que no cuentan con cobertura de seguridad médica. Asimismo, las mexicanas acuden en mayor medida a los centros y clínicas públicas de salud. Las disparidades socioeconómicas entre grupos contribuyen así a determinar prácticas diferenciadas de cuidado de la salud, no sólo en términos de la periodicidad y oportunidad con la que se acude a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también en cuanto al grado de especialización del servicio recibido.

Figura 39. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos que perciben como mala[1] su salud y acudieron al médico en los últimos seis meses, según etnia o raza, 2007-2009



Nota: 1/ Incluye las categorías de regular y pobre.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Figura 40. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos que perciben como mala[1] su salud y que acudieron al médico en los últimos seis meses, según cobertura de salud y etnia o raza, 2007-2009



Nota: 1/ incluye las categorías regular y pobre.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Capítulo V. Condiciones de salud

Entre las mexicanas, como en la generalidad de la población femenina en Estados Unidos, predominan las mujeres saludables y sin discapacidades. Sin embargo, es posible delimitar un patrón diferenciado de sus necesidades con base en información sobre sus condiciones de salud.

En este capítulo se construye un acercamiento al estado de salud que presentan las inmigrantes mexicanas en el vecino país del norte en comparación con los demás grupos de mujeres considerados en este estudio. Para ello, se analiza la prevalencia de algunas enfermedades, la propensión a ciertas condiciones riesgosas y la salud materno-infantil.

Prevalencia de enfermedades

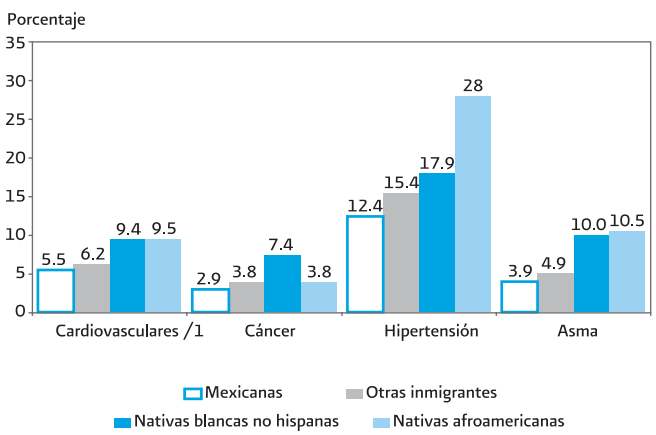
De un modo general, las estadísticas disponibles señalan que los inmigrantes son frecuentemente más sanos que la población nativa. Sin embargo, un análisis más minucioso expone diferencias considerables en la prevalencia de ciertas enfermedades y padecimientos, que dan cuenta de patrones significativamente diferenciados de necesidades de salud entre las poblaciones.

En términos generales, las inmigrantes mexicanas muestran una mejor salud que las otras inmigrantes y las nativas estadounidenses

De acuerdo con la información disponible, las inmigrantes mexicanas tienen mejor estado de salud de lo que sería predecible, dado su nivel socioeconómico y las bajas tasas de cobertura de seguridad médica y de uso de servicios de salud. Algunos autores se refieren a esta contraposición como *la paradoja inmigrante* o *la paradoja hispana*; sin embargo, esta aparente paradoja puede deberse a sesgos resultantes de la selectividad positiva de los migrantes o migración de retorno, incluso, algunos investigadores la atribuyen a deficiencias en los datos.

Según los datos reportados por la *National Health Interview Survey* (NHIS), en comparación con los otros grupos de mujeres, las inmigrantes mexicanas tienen las menores probabilidades de padecer graves condiciones crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares (5.5%), cáncer (3%), hipertensión (12%) y asma (4%) (véase figura 41).[1]

Figura 41. Padecimientos de las mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos según etnia o raza, 2007-2009



Nota: 1/ Incluye enfermedad coronaria, angina de pecho, ataque al corazón y otras enfermedades del corazón.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

[1] De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad. Según las estadísticas de mortalidad del National Center for Health Statistics, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son la primera y segunda causa de muerte entre las hispanas en Estados Unidos.

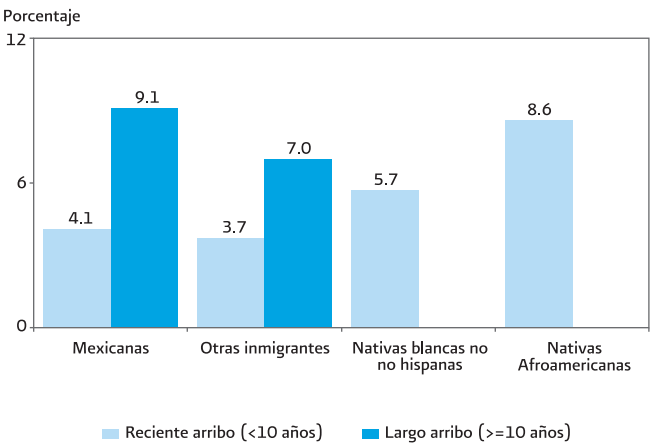
Dos factores podrían explicar de manera importante la baja prevalencia a que nos referimos antes. Primero, la estructura etaria más joven de las inmigrantes mexicanas y, segundo, el subregistro asociado a las condiciones de la cobertura de salud de este grupo. Sabemos que la prevalencia de estas enfermedades probablemente esté subestimada, toda vez que la salud de las poblaciones está mediada por el concurso de distintos factores, que, en el caso de las inmigrantes mexicanas, resultan notoriamente desfavorables: elevado índice de indocumentación, incidencia de la pobreza desproporcionadamente alta, trayectoria escolar corta, dominio limitado del inglés, bajos niveles de cobertura de seguridad médica y de uso de servicios de salud (véase capítulos II, III y IV).

Estas circunstancias propician un menor diagnóstico y, por ende, el desconocimiento de los problemas de salud de esta población. Los grupos más desfavorecidos enfrentan mayores dificultades para hacer visitas regulares al medico, y, entre ellos, aumenta la probabilidad de que el diagnóstico de una enfermedad dependa del desarrollo de una sintomatología grave que imponga la atención médica, incentivo que no tendrán quienes presentan cuadros clínicos leves o cursan enfermedades en etapas aún asintomáticas.

Ciertas enfermedades, como la diabetes, úlceras pépticas y enfermedades musculoesquléticas, son frecuentes entre las inmigrantes mexicanas

Las estadísticas disponibles señalan que las mujeres mexicanas tienen mayores probabilidades de ser diagnosticadas con ciertas enfermedades. La diabetes es una enfermedad que resulta particularmente elevada entre las inmigrantes mexicanas de más larga estancia en Estados Unidos (9.1%) cuando se la compara con la prevalencia entre las blancas no hispanas (5.7%).[2] A su vez, entre las inmigrantes mexicanas de reciente arribo sólo alrededor de 4% reporta padecer esta enfermedad (véase figura 42).[3] Es posible que los malos hábitos de alimentación adquiridos en Estados Unidos, conjugados con los efectos de un monitoreo médico insuficiente, hayan impulsado o acelerado el desarrollo de la diabetes en esta población. De hecho, ésta es la quinta causa de muerte de la población latina radicada en Estados Unidos (inmigrante y nacida en el país).

Figura 42. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos diagnosticadas con diabetes, según tiempo de estancia en este país y etnia o raza, 2007-2009

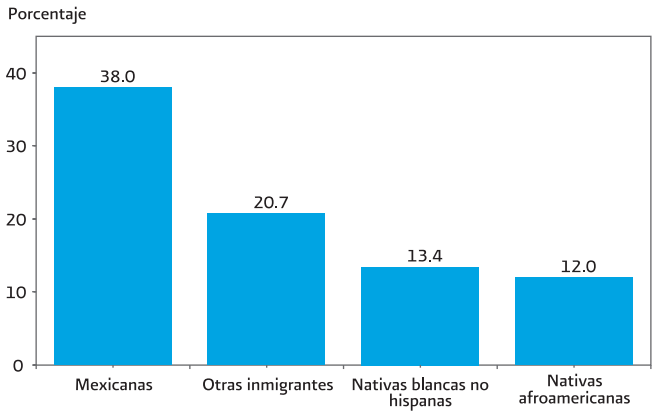


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

La diabetes es una enfermedad de gravedad que requiere tratamiento y control a lo largo de la vida, y sin ellos se incrementa notablemente el riesgo de desarrollar complicaciones severas, tales como ceguera, amputaciones de los miembros inferiores, afecciones cardíacas y renales, entre otras. Por ello, el monitoreo continuo de la evolución de esta enfermedad constituye un requisito crucial para prevenir dichas complicaciones. Resulta así muy preocupante constatar que alrededor de 38% de las mexicanas diagnosticadas con esta enfermedad no cuenta con cobertura de seguridad médica, una cifra tres veces superior a la de las nativas blancas y afroamericanas en esa condición (véase figura 43).

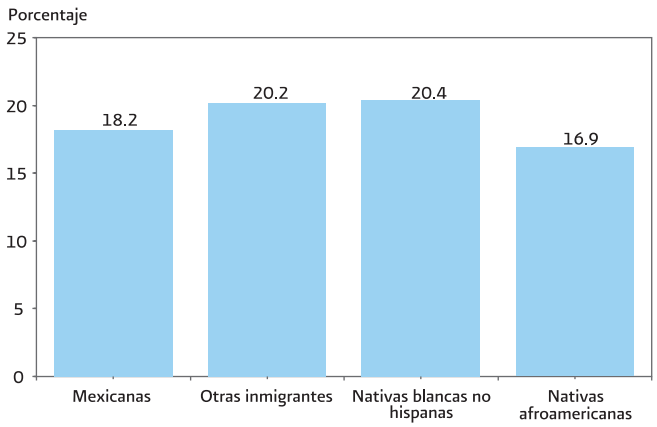
[2] Inmigrantes con 10 años o más de residencia en Estados Unidos.
[3] Inmigrantes con menos de 10 años de residencia en Estados Unidos.

Figura 43. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos diagnosticadas con diabetes, sin cobertura de seguridad médica, según etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

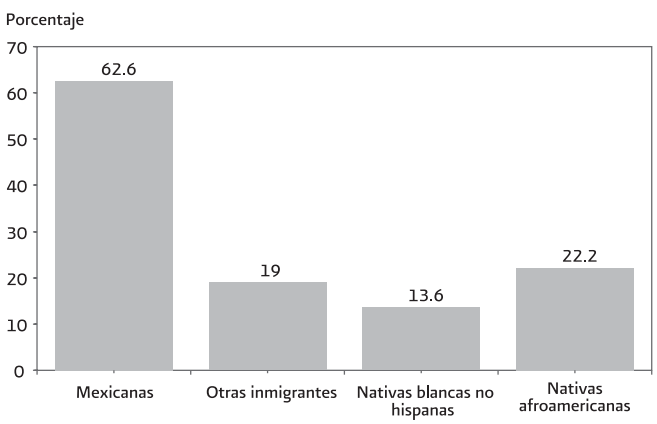
Figura 44. Mujeres de 18 años a 64 años residentes en Estados Unidos con padecimientos musculoesqueléticos según etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Casi una de cada cinco inmigrantes mexicanas adultas informa que padece dolencias de índole musculoesquelética, por lo general asociadas con dolores intensos y la pérdida de funciones físicas, que causan dificultades en sus actividades diarias.[4] Una proporción similar de las mujeres de los demás grupos analizados reportan esta misma condición (véase figura 44). No obstante, las inmigrantes mexicanas enfrentan mayores dificultades que otras mujeres para recibir la supervisión y el tratamiento médico adecuado, toda vez que 63% no cuenta con cobertura de seguridad médica. Este índice de desprotección supera, por mucho, el que presentan las mujeres de los demás grupos étnicos y raciales (véase figura 45).

Figura 45. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos con padecimientos musculoesqueléticos sin cobertura de seguridad médica, según etnia o raza, 2007-2009

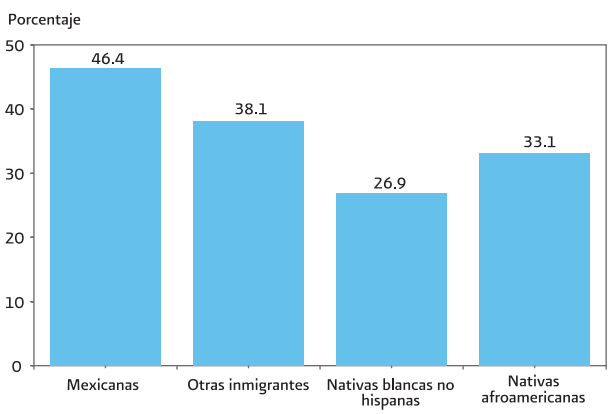


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

[4] Las enfermedades musculoesqueléticas son patologías crónicas degenerativas que afectan gravemente a la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades laborales así como las habituales de su vida diaria, lo que produce una notable disminución de su calidad de vida (lumbago, reumatismo periarticular o trastornos que afectan a las partes blandas en distintas regiones, artrosis, artritis inflamatorias, enfermedades óseas y las enfermedades del tejido conectivo).

A su vez, la úlcera péptica es una enfermedad que afecta en mayor medida a las mujeres inmigrantes mexicanas: casi la mitad (46%) declaró padecer algún tipo de úlcera, gástrica o duodenal, en los 12 meses previos a la entrevista.[5] Esta proporción resulta muy superior a la que presentan las nativas blancas no hispanas (27%) y afroamericanas (33%) (véase figura 46). La causa más común es la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*, y la segunda causa remite al uso prolongado sin supervisión profesional, automedicación, de fármacos para reducir los síntomas de la inflamación, el dolor y la fiebre. Es posible que esta última afecte de manera particular a las inmigrantes mexicanas, más carentes de supervisión médica y más proclives a la automedicación.

Figura 46. Mujeres de 18 años a 64 años residentes en Estados Unidos diagnosticadas con úlceras pépticas, según etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

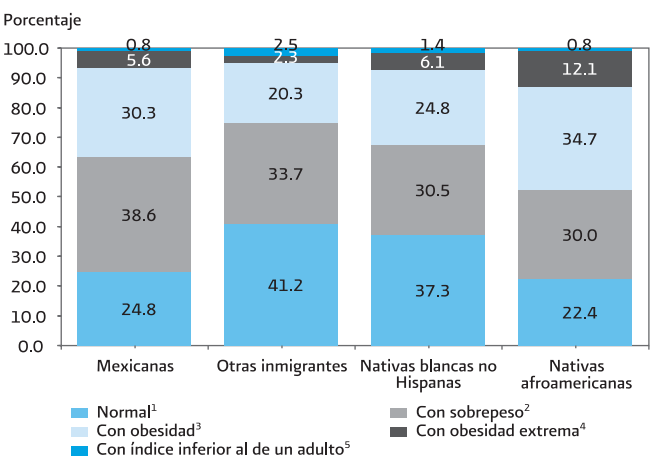
Prevalencia de factores de riesgo para la salud

Ciertos factores de riesgo, como la obesidad, la inactividad física, y el consumo de tabaco y de alcohol, son responsables del aumento de enfermedades crónicas. Diferentes investigaciones dan cuenta de un menor consumo de alcohol y drogas entre las inmigrantes mexicanas, en parte, como resultado del efecto protector de fuertes lazos familiares y comunitarios.

Las mexicanas tienen mayor probabilidad de tener sobrepeso u obesidad que las otras migrantes o las nativas blancas

Los datos señalan que las inmigrantes mexicanas, junto con las nativas afroamericanas, tienen, por mucho, las mayores probabilidades de padecer alguna categoría relativa al exceso de peso (74% y 79%, respectivamente). En comparación con las nativas afroamericanas, el problema de exceso de peso de las inmigrantes mexicanas es más moderado, toda vez que tienden más a reportar sobrepeso (39%) que obesidad (30%) y obesidad extrema (6%). La obesidad y obesidad extrema afecta, respectivamente, a 35% y 12% de las nativas afroamericanas (véase figura 47).

Figura 47. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos, según categorías del Índice de masa corporal y etnia o raza, 2007-2009

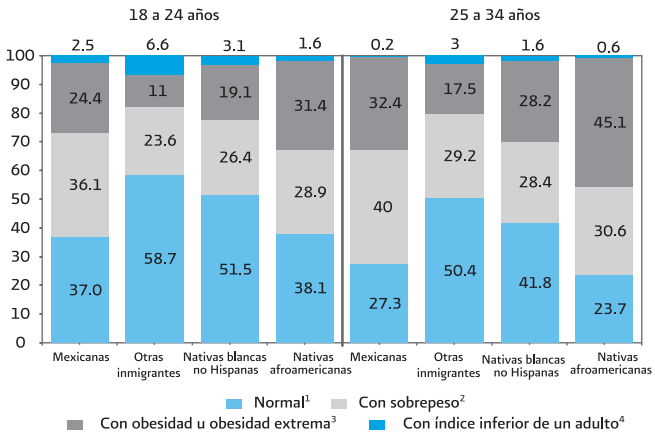


Notas: 1/ Índice entre 19 y 24; 2/ Índice entre 25 y 29; 3/ Índice entre 30 y 39; 4/ Índice entre 40 y más; 5/ Índice menor a 19.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Resulta preocupante que el sobrepeso y la obesidad afecte a las inmigrantes mexicanas a edades tempranas: 61% entre 18 y 24 años y 72% de 25 a 34 años padecen este problema, proporciones muy superiores a las que presentan otras inmigrantes y las nativas blancas no hispanas (véase figura 48).

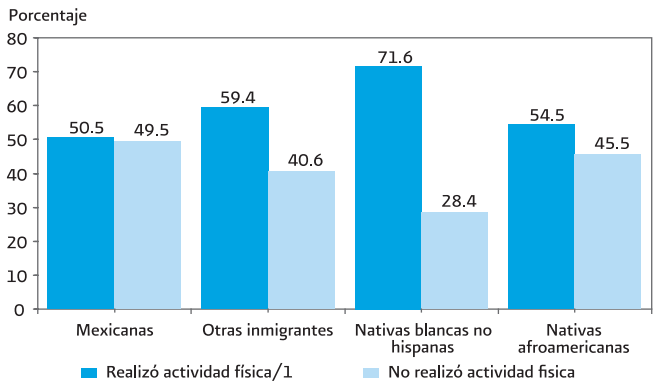
[5] La úlcera péptica es, de manera sencilla, una enfermedad del aparato digestivo que se manifiesta a través de una llaga en la mucosa que recubre el estómago o el duodeno.

Figura 48. Mujeres de 18 a 34 años residentes en Estados Unidos, según categorías del Índice de masa corporal y etnia o raza, 2007-2009



Notas: 1/ Índice entre 19 y 24; 2/ Índice entre 25 y 29; 3/ Índice entre 30 o más; 4/ Índice menor a 19.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Figura 49. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos según realización de actividad física en su tiempo libre y etnia o raza, 2007-2009



Nota: 1/ Comprende a aquellas que realizaron actividad física al menos una vez por semana de tipo vigoroso, moderado o de resistencia.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Estos hallazgos muestran que las intervenciones para modular el sobrepeso en estas mujeres jóvenes resultan estratégicas para evitar impactos de largo alcance sobre su salud (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión).

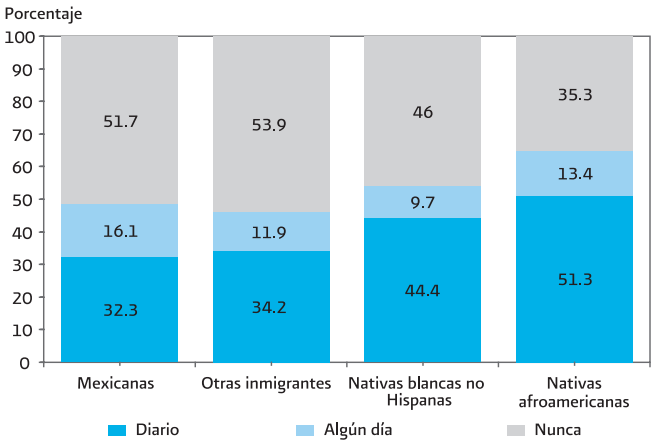
Las mexicanas realizan menos actividad física en su tiempo libre

En general, la actividad física en el tiempo libre es una práctica extendida entre las mujeres adultas en Estados Unidos. No obstante, de acuerdo con la información, la actividad física regular estructurada no es una parte importante de la vida de la mitad de la población femenina inmigrante mexicana (49%), lo cual se refleja en sus índices de sobrepeso y obesidad. El siguiente grupo que más tiende al sedentarismo es el de las nativas afroamericanas (45%) y, en el otro extremo, figuran las nativas blancas no hispanas (28%) (véase figura 49).

Una proporción importante de las inmigrantes mexicanas declara consumir cigarrillos diariamente

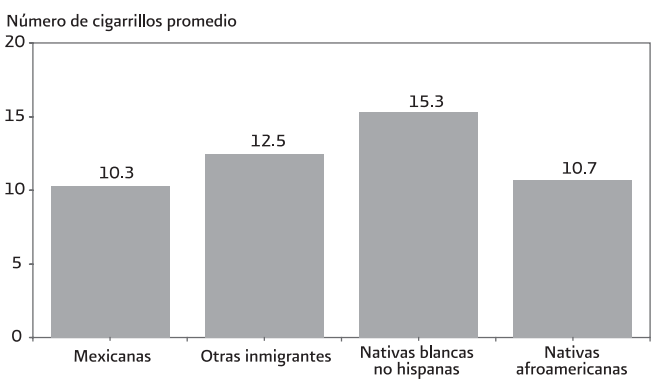
Los datos disponibles revelan que el tabaquismo está más extendido entre las nativas estadounidenses que entre las inmigrantes. De hecho, entre las mujeres inmigrantes se registran altas probabilidades de no fumar: 52% de las mexicanas y 54% del resto de las inmigrantes declararon nunca haber fumado. No obstante, prácticamente una tercera parte de las inmigrantes mexicanas declara fumar a diario (32%), proporción similar a la que registran las otras inmigrantes y significativamente menor a la de las nativas (Véase figura 50). En términos comparativos, estas mexicanas, fumadoras consuetudinarias, fuman diariamente una menor cantidad promedio de cigarrillos que las nativas blancas no hispanas y las demás inmigrantes (véase figura 51).

Figura 50. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos según frecuencia con la que fuman y etnia o raza, 2007-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Figura 51. Número de cigarrillos promedio fumados por día de las mujeres de 18 a 64 años (fumadoras consuetudinarias) residentes en Estados Unidos, según etnia o raza, 2007-2009



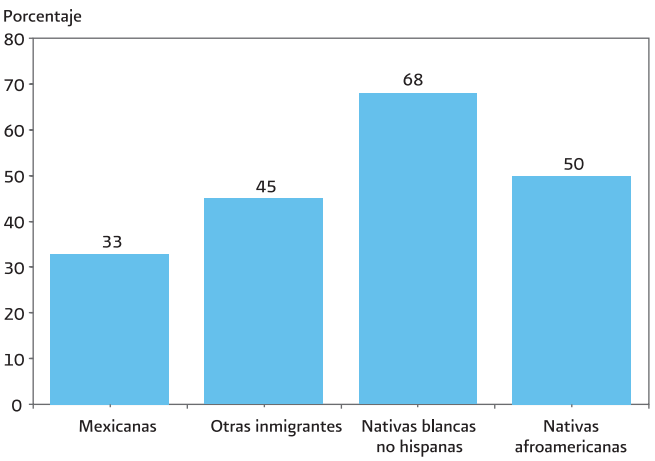
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

La información sobre el consumo de tabaco tiene grandes variaciones. Por ejemplo, sólo de 5 a 10% de las inmigrantes mexicanas de reciente arribo residentes en áreas rurales fuman regularmente. Desafortunadamente, esta prevalencia aumenta con el tiempo de residencia en Estados Unidos, y puede ser cuatro veces mayor entre las mujeres que migraron a edad temprana o que nacieron en ese país.

Las inmigrantes mexicanas consumen menos alcohol

Según la NHIS, en comparación con otros grupos, las inmigrantes mexicanas declaran en menor medida haber consumido alcohol el año previo a la entrevista (33%). En el otro extremo, se encuentran las nativas blancas, toda vez que dos de cada tres declararon consumir alcohol (véase figura 52).

Figura 52. Mujeres de 18 a 64 años residentes en Estados Unidos que consumieron alcohol al menos un día en el año anterior a la entrevista, según etnia o raza, 2007-2009

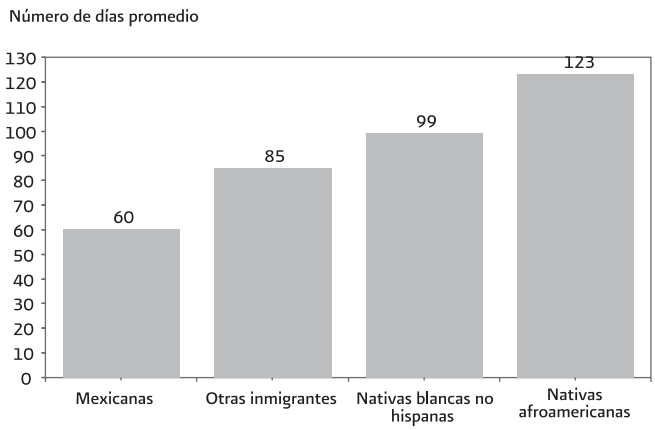


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Por si solo, el consumo de alcohol no es malo. En el campo de la investigación, han ganado terreno las tesis que sostienen que si éste es moderado, puede tener resultados positivos en el estado de la salud. En cambio, un consumo excesivo puede tener repercusiones negativas en el estado de la salud. Resulta importante indagar si las inmigrantes mexicanas que declararon tomar alcohol son proclives a hacerlo de manera excesiva. Los datos revelan un menor número promedio de días de consumo excesivo[6] entre las inmigrantes mexicanas (60) respecto de las mujeres de otros grupos (85, las demás inmigrantes, 99, las nativas blancas no hispanas y 123, las nativas afroamericanas) (véase figura 53).

[6] 5 o más bebidas al día.

Figura 53. Número promedio de días en que las mujeres de 18 a 64 años en Estados Unidos hicieron un consumo excesivo[1] de bebidas alcohólicas el año previo a la entrevista, según etnia o raza, 2007-2009



Nota: 1/ Se refiere al consumo de 5 o más porciones al día.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2007-2009.

Es importante señalar que las conductas de riesgo pueden variar enormemente según se trate de contextos rural/urbano, clase social y grado de asimilación de la población.

Salud materno-infantil

Un acercamiento a la salud materno-infantil de las inmigrantes mexicanas se puede obtener a través de las estadísticas vitales de Estados Unidos.[7] Esta información permite conocer algunas desigualdades en cuanto a la capacidad de dar y preservar la vida.

En términos generales, la información de los nacimientos no caracteriza desfavorablemente a las madres inmigrantes mexicanas respecto de los otros grupos, en lo relativo a la propensión de enfermedades de riesgo durante el embarazo, contingencias durante el parto y la incidencia de anomalías congénitas entre los bebés (véase figura 54). Es decir, las madres mexicanas que han dado a luz en Estados Unidos no muestran afectación en su capacidad de dar y preservar la vida. Estos resultados coinciden con la noción de la *paradoja migrante*, si bien sería importante contar con información certificada para todos los estados de la Unión Americana para corroborar esa hipótesis.

Las mexicanas tienden a convertirse en madres a edades más tempranas

La maternidad temprana, independientemente de la población que se trate, marca el inicio de mayores responsabilidades en contextos con limitadas oportunidades laborales. Las inmigrantes mexicanas, sólo a la zaga de las mujeres nativas afroamericanas, tienden a la maternidad en edades tempranas. Los otros grupos de mujeres, en cambio, propenden a posponer el embarazo hacia mayores edades. De acuerdo con la información, casi 40% de las mujeres mexicanas que dieron a luz en 2007 no había cumplido 25 años, proporción que supera ampliamente la registrada entre las otras inmigrantes y las nativas blancas no hispanas (véase figura 55).

La maternidad temprana en la población mexicana, caracterizada por la propensión de limitadas condiciones económicas, sociales, escolares y laborales, podría ser un factor para propiciar la perpetuación de dichas condiciones desfavorables.

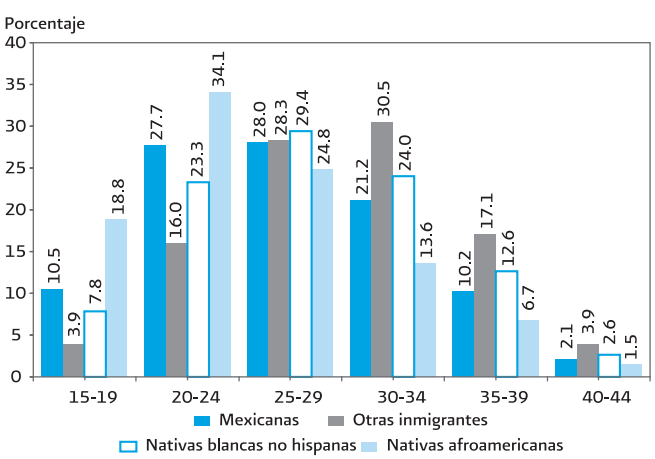
[7] Las estimaciones que se presentan en este apartado se elaboraron con base en la información sobre nacimientos de las Estadísticas Vitales de Estados Unidos para el año 2007, disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data_acess/Vital StatsOnline.htm. La información que se presenta refleja únicamente los eventos registrados a través de cédulas comparables u homogeneizadas. No se consideró así los casos en los que aparecía información no certificada. Los estados que han homogeneizado su cédula de registro son: California, Colorado, Delaware, Florida, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Nebraska, Nueva Hampshire, Nueva York (excepto la ciudad de Nueva York), Dakota del Norte, Ohio, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Vermont, Washington y Wyoming). Estos 22 estados aportan 53% de todos los nacimientos en Estados Unidos. Para los fines de este estudio, resulta favorable que entre esos estados se encuentren dos de los que tienen las mayores concentraciones de población mexicana (California y Texas).

Figura 54. Porcentaje de nacimientos ocurridos en Estados Unidos según características de salud seleccionadas por raza/etnia de la madre, 2007

Características de salud seleccionadas	Raza etnia de la madre				Total
	Mexicanas	Otras inmigrantes	Nativas blancas no hispanas	Nativas afroamericanas	
Enfermedades de riesgo durante el embarazo					
Hipertensión asociada al embarazo	2.30	2.54	4.47	4.69	3.86
Características del trabajo de parto					
Mala presentación del bebé en el parto (nacimiento de nalgas o pies)	5.89	5.27	5.60	4.54	5.45
Peso del niño al nacer					
Muy bajo peso (< 1500 grs.)	1.01	1.28	1.20	3.27	1.48
Bajo peso (< 2500 grs.)	5.89	7.52	7.32	14.41	8.19
4 kgs o más	8.14	6.62	9.08	3.80	7.67
Apgar antes de 5 minutos 1_/					
0-3 (pobre)	0.45	0.41	0.42	1.03	0.50
4-6 (intermedio)	0.75	0.76	1.11	1.66	1.06
Anomalías congénitas					
Anencefalia 2_/	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
Meningomyelocele/ Espina bifída 3_/	0.01	0.01	0.02	0.02	0.02
Paladar hendido/labio leporino	0.06	0.05	0.09	0.04	0.08

Notas: 1/ Exámen médico que se realiza para evaluar rápidamente la condición física de los recién nacidos después del parto y para determinar la necesidad inmediata de cualquier tratamiento adicional o emergencia médica. Una puntuación de siete o superior en la prueba tras haber transcurrido un minuto después del nacimiento es generalmente considerado un bebé con buena salud, una puntuación entre cuatro y seis indica que su bebé necesita atención especial inmediata, una puntuación inferior a cuatro puede requerir atención médica avanzada y medidas de emergencia.
2/ Es la ausencia de una gran parte del cerebro y del cráneo.
3/ Es un defecto de nacimiento en el que la columna vertebral y el conducto raquídeo no se cierran antes del nacimiento. Esta afección es un tipo de espina bífida.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *National Center for Health Statistics, Vital Statistics, Births, 2007.*

Figura 55. Nacimientos ocurridos en Estados Unidos según grupos de edad de la madre y etnia o raza, 2007



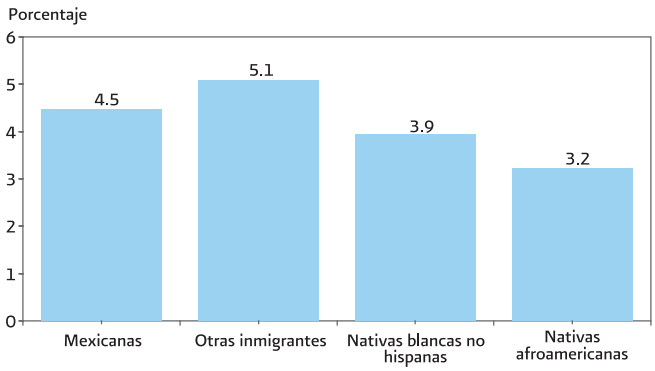
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *National Center for Health Statistics, Vital Statistics, Births, 2007.*

Factores de riesgo durante el embarazo

Las mexicanas tienen una elevada propensión a desarrollar diabetes durante el embarazo

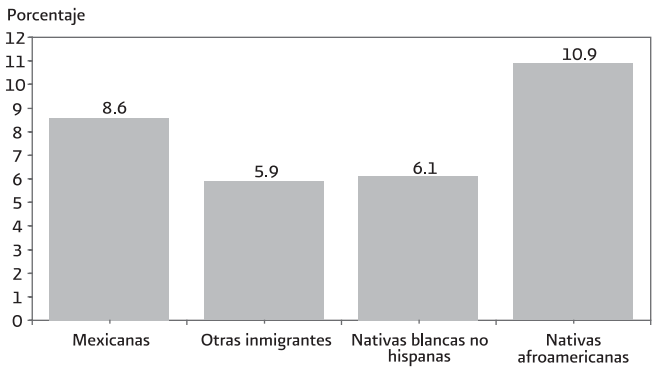
De acuerdo con las estadísticas disponibles, las mujeres inmigrantes mexicanas y las otras inmigrantes son más propensas a desarrollar diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional). En estos casos, el cuidado de la salud durante el embarazo se vuelve fundamental, toda vez que es indispensable la atención para controlar la glucosa, llevar una dieta sana y usar medicamentos, si fuera necesario (véase figura 56).

Figura 56. Nacimientos ocurridos en Estados Unidos de madres diagnosticadas con diabetes asociada al embarazo según etnia o raza de la madre, 2007



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *National Center for Health Statistics, Vital Statistics, Births, 2007.*

Figura 57. Nacimientos ocurridos en Estados Unidos según aumento de peso de la madre durante el embarazo (menos de 11 libras), por etnia o raza de la madre, 2007



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *National Center for Health Statistics, Vital Statistics, Births, 2007.*

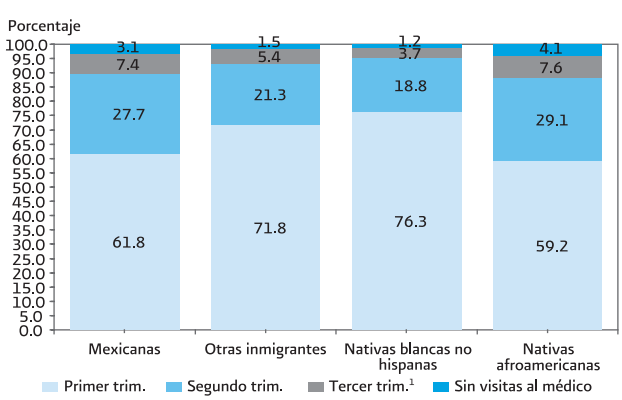
Las mexicanas registran mayores tasas de ganancia insuficiente de peso durante el embarazo

De acuerdo con la información, en poco más de 7% de los nacimientos en Estados Unidos las madres registraron un aumento de peso durante el embarazo de menos de once libras. La insuficiente ganancia de peso de la madre durante el embarazo puede ser problemática, tanto para ella como para la salud del bebé.[8] Un hallazgo en las estadísticas vitales es el hecho de que en casi 9% de los nacimientos de hijos de mexicanas éstas registraron un incremento de peso durante todo el embarazo inferior a once libras, proporción que supera la de las otras inmigrantes y las nativas blancas no hispanas (véase figura 57). Es posible que lo anterior guarde relación con una mayor tasa de embarazo adolescente.

Cuidado médico durante el embarazo

El cuidado de la salud durante en embarazo es crucial para mejorar la salud de la madre y del recién nacido. De acuerdo con la información, las inmigrantes mexicanas tienen menores probabilidades de recibir cuidados prenatales desde el primer trimestre de embarazo (62%) que las otras inmigrantes (72%) y las nativas blancas (76%). En este contexto, las nativas afroamericanas tienen la situación más deficiente, pues sólo 59% de ellas tiene acceso a la atención médica en ese periodo (véase figura 58).

Figura 58. Nacimientos ocurridos en Estados Unidos según mes de inicio de visitas al médico de la madre y etnia o raza, 2007



Nota: 1/ Comprende también a aquellas que sobrepasaron el tercer trimestre de gestación.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *National Center for Health Statistics, Vital Statistics, Births, 2007.*

[8] El Instituto de Medicina de Academias Nacionales (IOM, por sus siglas en inglés) hace recomendaciones sobre el incremento de peso de las mujeres durante el embarazo y establece que el mínimo es de once libras y el máximo de 40 libras (Institute of Medicine, 2009).

Asimismo, 7% por ciento de las inmigrantes mexicanas que dieron a luz empezaron a tener atención médica sólo hasta el último trimestre de gestación y 3% no asistió al médico durante el embarazo, circunstancias que alcanzan proporciones menores entre las otras migrantes, 5% y 2% respectivamente, y las nativas blancas, 4% y 1%, respectivamente.

Las inmigrantes mexicanas registran una menor prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas, como cáncer, hipertensión, asma y enfermedades cardiovasculares, la cual puede incrementarse con el tiempo de estancia. Asimismo, revelan una mayor frecuencia de diabetes y úlceras pépticas. En cuanto a factores de riesgo, llama la atención la frecuencia con que se presentan el sobrepeso y la obesidad entre las inmigrantes mexicanas. Otro factor, estrechamente relacionado, es la falta de actividad física regular y estructurada en la vida de las mexicanas. Este tipo de factores de riesgo concuerdan con la mayor prevalencia de diabetes pero contrastan con el menor padecimiento de enfermedades cardiovasculares e hipertensión. Las tasas de consumo de tabaco entre las inmigrante mexicanas son bajas, pero tienden a aumentar con el tiempo de residencia. Ello representa un enorme potencial de incremento de enfermedades crónicas.

Por otro lado, resulta necesario revisar si, efectivamente, las inmigrantes mexicanas padecen con menor frecuencia algunas enfermedades o si existen problemas de diagnóstico médico relacionados con la baja cobertura del sistema de salud, problemas de alfabetismo en salud o de navegación en un sistema de salud cada vez más automatizado, entre otros aspectos. Los datos sobre salud materna no mostraron desigualdades significativas entre las poblaciones en lo relativo a la prevalencia de enfermedades de riesgo durante el embarazo, contingencias durante el parto y la incidencia de anomalías congénitas entre los bebés. Sin embargo, es claro las mexicanas se encuentran más vulnerables dadas las deficiencias de atención médica durante el desarrollo de su embarazo.

Conclusiones

Las inequidades en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos expresan y refuerzan procesos de integración socioeconómica que difieren según la etnia o raza y el estatus migratorio. En el caso de las inmigrantes mexicanas, este reporte resalta su situación de desventaja respecto a las inmigrantes de otras nacionalidades y la nativas blancas no hispanas y afroamericanas.

Las inmigrantes mexicanas son un grupo demográfico relevante en Estados Unidos. Actualmente, radican en ese país más de cinco millones de mexicanas, que integran, por mucho, la minoría inmigrante femenina más numerosa (con una cifra cinco veces superior a la segunda minoría, compuesta por las inmigrantes filipinas). Las mexicanas representan más de 40% del total de las inmigrantes adultas en, por lo menos, diez estados y, en consecuencia, son madres de muchos niños norteamericanos.

En general, las inmigrantes mexicanas tienden a ser más jóvenes que las mujeres de otros grupos étnicos o raciales. También son más propensas a entrar en uniones conyugales y a ser responsables del cuidado de niños pequeños. Al mismo tiempo, las mexicanas comparten con los inmigrantes mexicanos las desventajas relativas a su estatus migratorio, dominio del idioma inglés y nivel educativo. En comparación con otras mujeres residentes en Estados Unidos, las mexicanas presentan desventajas en cuanto a la cobertura de seguros de salud (más de la mitad no cuenta con este beneficio) y reciben, en promedio, menos atención médica y cuidados de salud cuando los necesitan. De hecho, las mexicanas también presentan desventajas en comparación con inmigrantes de otras regiones del mundo, quienes disfrutan de una seguridad en salud similar a la de las mujeres nacidas en Estados Unidos (aunque estas otras inmigrantes, especialmente las de reciente arribo, también presentan algunas condiciones de vulnerabilidad).

El limitado acceso de las inmigrantes mexicanas al sistema de salud se explica fundamentalmente por su generalizada indocumentación, así como sus condiciones ocupacionales y socioeconómicas. Particularmente, las mexicanas son contratadas en empleos con bajos salarios (principalmente en el sector de servicios), donde es menos frecuente recibir un seguro de salud como prestación laboral. Incluso entre aquellas que pueden aspirar a contar con un seguro de salud existen situaciones problemáticas, toda vez que las inmigrantes mexicanas frecuentemente viven con bajos ingresos, por lo que se encuentran en condiciones que impiden los pagos correspondientes (o la parte proporcional de los mismos). Además, los empleos con pocas prestaciones, o sin ellas, carecen, a menudo, de "días libres" o permisos de ausencia por enfermedad con goce de sueldo, lo cual implica que las mujeres pierden el salario de uno o varios días cuando necesitan buscar atención médica para ellas mismas o para sus hijos.

La mayor vulnerabilidad de las inmigrantes mexicanas en materia de seguridad y servicios de salud, se reproduce a nivel estatal de manera diferenciada. En gran medida, ello guarda una estrecha relación con procesos de inserción económica diferenciados y con la enorme multiplicidad de realidades en materia de políticas públicas de salud a nivel subnacional.

Por otra parte, el análisis de las enfermedades diagnosticadas muestra que las inmigrantes mexicanas sufren una menor prevalencia de enfermedades crónicas, tales como cáncer, hipertensión, asma y enfermedades cardiovasculares, en comparación con mujeres pertenecientes a otros grupos étnicos o raciales. Cabe señalar que la menor prevalencia puede estar asociada, en ciertas enfermedades, a la estructura por edad más joven de la población inmigrante mexicana. Por el contrario, la información indica que las mexicanas son diagnosticadas con mayor frecuencia con diabetes y úlcera péptica. Este cuadro epidemiológico es consistente con hallazgos reportados en la literatura especializada. No obstante, los datos no son concluyentes y se requiere llevar a cabo estudios más detallados antes de descartar una alta incidencia de ciertas enfermedades.

La mayor prevalencia de diabetes y úlcera péptica entre las migrantes mexicanas nos llevó, en este reporte, a indagar el acceso a los servicios de salud entre las mujeres que padecen estas enfermedades. Si consideramos exclusivamente a las mujeres en Estados Unidos que padecen estas dos afecciones, encontramos nuevamente que las inmigrantes mexicanas son quienes cuentan con menor cobertura de seguridad médica. Este resultado indica que las mexicanas que sufren problemas de salud, tanto de enfermedades curables (úlcera péptica) como de afecciones crónicas (diabetes), enfrentan mayores barreras para tratarse o, por lo menos, mejorar su estado de salud y calidad de vida.

Con respecto a factores de riesgo para la salud, llama la atención la frecuencia con que se presentan el sobrepeso y la obesidad entre las mujeres mexicanas. Otro factor, estrechamente relacionado, es la falta de actividad física recreativa en su tiempo libre. Este tipo de factores de riesgo concuerda con la mayor prevalencia de diabetes, pero contrasta con el menor padecimiento de enfermedades cardiovasculares e hipertensión. Es en este sentido que resulta necesario revisar si, efectivamente, las mexicanas padecen con menor frecuencia algunas enfermedades o si existen problemas de diagnóstico médico, relacionados con la limitada cobertura del sistema de salud o con los problemas de alfabetismo en salud y navegación en un sistema de salud cada vez más complejo y automatizado.

Por ejemplo, según los datos de la NHIS utilizados en este reporte, las mexicanas reportan una frecuencia notablemente baja de diagnóstico de artritis, lo cual concuerda con otras fuentes de datos y resultados de investigaciones especializadas. Sin embargo, la misma fuente también incluye preguntas específicas para detectar padecimientos no diagnosticados. En concreto, esta encuesta indaga si las personas sufren problemas musculoesqueléticos (reumáticos o locomotores) que dificulten sus actividades diarias. Gracias a esta pregunta específica, podemos observar que las mexicanas padecen este tipo de dolencias con igual frecuencia que otras mujeres en Estados Unidos, lo cual genera dudas sobre el bajo diagnóstico de artritis. Este resultado cuestiona la llamada "paradoja migrante", la cual supone que estas personas gozan de una salud excepcional. De existir, es posible que esta paradoja se refleje únicamente en ciertas condiciones de salud.

En cuanto a salud materna, los datos tampoco muestran desigualdades significativas para las migrantes mexicanas con respecto a riesgos durante el embarazo, contingencias durante el parto e incidencia de anomalías congénitas en sus bebés. Estos resultados coinciden con la noción general de la "paradoja migrante" pero sería importante contar con información certificada para todos los estados de la Unión Americana. En cuanto a servicios médicos, los datos muestran una mayor vulnerabilidad de las inmigrantes mexicanas, dadas las deficiencias de atención médica durante el desarrollo de su embarazo.

En este contexto general, es obvio que la reciente reforma del sistema de salud estadounidense tendrá un impacto positivo para las inmigrantes mexicanas autorizadas (aquellas con documentos de residencia permanente que hayan vivido al menos cinco años en el país y las que hayan obtenido la ciudadanía). Estas inmigrantes se verán beneficiadas por al menos tres tipos de disposiciones. Primero, las orientadas a ampliar el umbral de elegibilidad de los programas federales de salud (*Medicaid*) en beneficio de los segmentos de más bajos ingresos. Segundo, los subsidios federales destinados a ayudar a los individuos de bajos ingresos a adquirir un seguro de salud, toda vez que un buen número de inmigrantes se inserta en trabajos mal remunerados, cuyos los empleadores se niegan a pagar seguros de salud. Finalmente, la expansión de los centros comunitarios de salud, donde, entre otros servicios, se atienden necesidades de salud materna y familiar.

La reforma es un enorme avance, sin duda, pero no extingue la inequidad basada en el estatus migratorio de la población residente, pues mantiene los criterios de exclusión hacia los inmigrantes indocumentados. Estos inmigrantes continuarán dependiendo, principalmente, de los centros comunitarios de salud, donde se ofrecen servicios a familias con bajos ingresos, sin importar el estatus migratorio de las personas. En general, el paquete de reformas en salud del Presidente Obama puede considerarse como una importante mejora, a pesar de que continúa la lucha por lograr el acceso equitativo a los servicios de salud, para que todas las personas vean garantizado su derecho a estos servicios.

Esta lucha por el derecho a la salud, particularmente el derecho de las inmigrantes mexicanas, es de enorme re-

levancia para el futuro de Estados Unidos. El envejecimiento de la población, acompañado de otros cambios demográficos, conforma una preocupación clave asociada a la sustentabilidad del sistema de salud y el bienestar de todos los habitantes de este país. Se estima que para el año 2050 los hispanos o latinos conformarán una tercera parte de la población estadounidense. Por lo tanto, permitir a las inmigrantes mexicanas el libre acceso al sistema sanitario y a los beneficios que implica el cuidado regular de la salud constituye una intervención de política pública benéfica para la economía y la sociedad de ese país.

Finalmente, esperamos que este reporte contribuya a enmarcar el debate sobre el acceso a la salud dentro de una perspectiva de justicia social y derechos humanos. La riqueza y el bienestar de la nación estadounidense se han construido históricamente, y continúan construyéndose, en buena medida, gracias a las contribuciones sociales y económicas de los inmigrantes. Es también muy cierto que las mujeres han jugado siempre un papel fundamental en el sostenimiento de sus familias y comunidades. Frente a estas realidades, resulta preocupante que las inmigrantes mexicanas se encuentran entre los grupos más desfavorecidos de la Unión Americana.

Dada la corresponsabilidad que implica el fenómeno migratorio entre los países involucrados, los gobiernos de México y Estados Unidos podrían explorar la posibilidad establecer un seguro binacional que permitiera a los migrantes recibir atención médica. Este seguro podría también generar mecanismos para propiciar la integración de los migrantes a la sociedad estadounidense en condiciones más favorables y abatir las condiciones de marginación y desprotección imperantes.

Con la creciente presencia de las mujeres en los flujos migratorios, se ha hecho evidente la necesidad de dotarlas de las capacidades y conocimientos para conquistar y ejercer el derecho al acceso a la salud que les es negado en al actualidad. Dado el papel fundamental de las mujeres en nuestras sociedades, la conquista de este derecho tendrá el efecto directo de ayudar a progresar a sus comunidades de origen y destino. Por estas razones, afirmamos que, en muchos sentidos, la salud de las mujeres inmigrantes mexicanas tendrá una importancia creciente en la determinación de la salud nacional estadounidense.

Bibliografía

Abraído-Lanza, Ana F. Bruce P. Dohrenwend, Daisy S. Ng-Mak, J. Blake Turner, "The Latino Mortality Paradox: A Test of the 'Salmon Bias' and Healthy Migrant Hypotheses", *American Journal of Public Health,* vol. 89, núm. 10, 1999, p. 1543-1548.

ACS, *Cancer Facts and Figures for Hispanics/Latinos 2006-2008,* Atlanta, American Cancer Society, 2006.

Andreeva Valentina A., Jennifer B. Unger, Mary Ann Pentz, "Breast Cancer among Immigrants: A Systematic Review and New Research Directions", *Journal Immigrant Minority Health,* vol. 9, núm. 4, 2007, p. 307–322.

Cara V. James, Alina Salganicoff, Megan Thomas, Usha Ranji, Marsha Lillie-Blanton, *Putting Women's Health Care Disparities on the Map: Examining Racial and Ethnic Disparities at the State Level,* Menlo Park, CA, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2009.

Cara V. James, Megan Thomas, Marsha Lillie-Blanton, *Key Facts. Race, Ethnicity and Medical Care,* Menlo Park, CA, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2007.

CDC, *National Center for Health Statistics. VitalStats,* Washington, Center for Disease Control and Prevention, en: http://www.cdc.gov/nchs/vitalstats.htm.

CDC, *National Health Interview Survey. Microdata, 2007, 2008* y *2009,* Washington, Centers for Disease Control and Prevention, en: http://www.cdc.gov/nchs/nhis/nhis_2009_data_release.htm; http://www.cdc.gov/NCHS/nhis/nhis_2008_data_release.htm; http://www.cdc.gov/NCHS/nhis/nhis_2007_data_release.htm.

Charles, Camille Z., "The Dynamics of Racial Residential Segregation", *Annual Review of Sociology,* vol. 29, 2003, p. 167–207.

CONAPO, 2008, *Migración y Salud. Latinos en los Estados Unidos,* México, Consejo Nacional de Población, 2008.

Hayanga, Awori Jeremiah, Heather E. Kaiser, Rakhi Sinha, Sean M. Berenholtz, Marty Makary, David Chang, "Residential Segregation and Access to Surgical Care by Minority Populations in US Counties", *Journal of American College of Surgeons,* vol. 208, núm. 6, 2009, p. 1017–22.

Health Care (sitio en Internet), Washington, Department of Health and Human Services, 2009, en: http://www.healthcare.gov/

Horner, Marie-Joseph *et al., SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006,* Bethesda, National Cancer Institute, 2009.

Institute of Medicine, National Research Council, *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*, Washington, The National Academies Press, 2009.

Jasso, Guillermina, Douglas S. Massey, Mark R. Rosenzweig, James P. Smith, "Immigrant Health-Selectivity and Acculturation", en: Anderson, Norman B, Rodolfo A. Bulatao, Barney Cohen (eds.), *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life,* Washington, National Academy Press, 2002, p. 227–266.

John, Esther M., Amanda I. Phipps, Adam Davis, Jocelyn Koo, "Migration History, Acculturation, and Breast Cancer Risk in Hispanic Women", *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention,* vol. 14, núm. 12, 2005, p. 2905–2913.

Keegan, Theresa, Esther M. John, Kari M. Fish, Theresa Alfaro-Velcamp, Christina A. Clare, Scalett L. Gómez, "Breast Cancer Incidence Patterns among California Hispanic Women: Differences by Nativity and Residence in an Enclave", *Cancer, Epidemiology, Biomarkers and Prevention,* vol. 19, núm. 5, 2010, p. 1208-1218.

Kittredge, Betsy Miller, "The Health Reform, The Affordable Care Act of 2010", Washington, House of Representatives, Committee on Education and Labor, 2010, en: http://edlabor.house.gov/blog/2010/03/affordable-health-care-for-ame.shtml.

Landale, Nancy S., Ralph S. Oropesa, Bridget K. Gorman, "Migration and Infant Death: Assimilation or Selective Migration among Puerto Ricans?", *American Sociological Review,* vol. 65, 2000, p. 888-909.

Massey, Douglas, "Five Myths about Immigration: Common Misconceptions Underlying U.S. Border-Enforcement Policy", *Immigration Policy in Focus,* vol. 4, núm. 6, 2005.

NCLS, "Informe anual sobre política estatal en los Estados Unidos en materia de inmigración e inmigrantes" 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, Washington,

National Conference of State Legislatures, en: http://www.ncsl.org/Default.aspx?TabId=13133; http://www.ncsl.org/Default.aspx?TabId=13137; http://www.ncsl.org/Default.aspx?TabId=13106; http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=13058; http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=19232.

NCSL, "State Immigration Related Bills", Washington, National Conference of State Legislatures, 2010, en: http://www.ncsl.org/Default.aspx?TabID=756&tabs=951,119,851#951.

NGA, *The Implementation Timeline of the Health Reform, Reflecting the Affordable Care Act of 2010*, Washington, National Governors Association, 2010, en: http://www.nga.org/Files/pdf/2010HHSIMPLEMENTATIONTIMELINE.PDF.

OA/DNC, *Barack Obama and Joe Biden's Plan to Lower Health Care Costs and Ensure Affordable, Accessible Health Coverage for All*, Washington, Organizing for America, Democratic National Committee, 2009, en: http://www.barackobama.com/pdf/issues/HealthCareFullPlan.pdf.

O'Brien, Kathryn, Vilma Cokkinides, Ahmedin Jemal, Cheryll J. Cardinez, Taylor Murray, Alicia Samuels, Elizabeth Ward, Michael J. Thun, "Cancer Statistics for Hispanics, 2003", *CA Cancer Journal for Clinicians*, vol. 53, núm. 4, 2003, p. 208–226.

Osypuk, Theresa L., Ana V. Diez Roux, Craig Hadley, Namratha R. Kandula, "Are Immigrant Enclaves Healthy Places to Live? The Multi-ethnic Study of Atherosclerosis", *Social Science and Medicine,* vol. 69, núm. 1, 2009, p. 110–120.

Palloni, Alberto, Elizabeth Arias, "Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage", *Demography*, vol. 41, núm. 3, 2004, p. 385-415.

Passel, Jeffrey y D'Vera Cohn (2008), "Trends in Unauthorized Immigration: undocumented Inflow Now Trails Legal Inflow", Washington, DC, Pew Hispanic Center: http://www.ime.gob.mx/ime2/2008/phc_trends_unauthorized_immigration_undocumented_inflow_now_trails_legal_inflow. pdf.

PHC, *Hispanic Healthcare Survey, 2007. Microdata*, Washington, Pew Hispanic Center, Robert Wood Johnson Foundation, 2007, en: http://pewhispanic.org/datasets/signup.php?DatasetID=10

Pinheiro, Paulo S., Recinda L. Sherman, Edward J. Trapido, Lora E. Fleming, Youjie Huang, Orlando Gómez Marín, David Lee, "Cancer Incidence in First Generation U.S. Hispanics: Cubans, Mexicans, Puerto Ricans, and New Latinos", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 18, núm. 8, 2009, p. 2162–2169.

Reyes Ortiz, Carlos A., Hyunsu Ju, Karlo Eschbach, Yong-Fang Kuo, James S. Goodwin, "Neighbourhood Ethnic Composition and Diet among Mexican-Americans", *Public Health Nutrition*, vol. 12, núm. 12, 2009, p. 2293–2301.

Ruggles, Steven, J. Trent Alexander, Katie Genadek, Ronald Goeken, Matthew B. Schroeder, Matthew Sobek, *Integrated Public Use Microdata Series: Version 5.0 (Machine-readable database)*, Minneapolis, Universidad de Minnesota, 2010, *American Community Survey. Microdata, 2008*, en: http://usa.ipums.org/usa/acs_2008.shtml.

Ruggles, Steven, J. Trent Alexander, Katie Genadek, Ronald Goeken, Matthew B. Schroeder, and Matthew Sobek. Integrated Public Use Microdata Series: Version 5.0 [Machine-readable database]. Minneapolis: University of Minnesota, 2010. *United States Census Five Percent Sample. Microdata, 2000*, en: http://usa.ipums.org/usa/sampdesc.shtml#us2000a.

Salganicoff, Alina, Usha R. Ranji, Roberta Wyn, *Women and Health Care: A National Profile. Key Findings from the Kaiser Women's Health Survey*, Menlo Park, CA, The Kaiser Family Foundation, 2005.

Smith, David P., Benjamin S. Bradshaw, "Rethinking the Hispanic Paradox: Death Rates and Life Expectancy for US Non-Hispanic White and Hispanic Populations", *American Journal of Public Health*, vol. 96, núm. 9, 2006, p. 1686-1692.

Sorlie, Paul D., Eric Backlund, Norman J. Johnson, Eugene Rogot, "Mortality by Hispanic Status in the United States", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 270, núm. 20, 1993, p. 2464-2468.

The Focus on Health Reform, Summary of Key Health Reform in White House Proposal and House and Senate Health Reform Bill's (March 2010), en: http://www.kff.org/healthreform/upload/7948_HR3962_HR3590_Summary.pdf.

Thomas, David B., Margaret R. Karagas, "Cancer in First and Second Generation Americans", *Cancer Research*, vol. 47, 1987, p. 5771–5776.

USCB, *Current Population Survey. Microdata.* 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, en: http://dataferrett.census.gov/

Villaseñor, Rodrigo, Luis Acevedo, "La actividad legislativa estatal vinculada con la inmigración y los inmigrantes en Estados Unidos", en *El estado de la migración. Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana en Estados Unidos*, México, Consejo Nacional de Población, 2009, p. 415-438.

WH, *The President's Obama Health Reform Proposal, February 2010*, Washington, The White House, 2010, en: http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/summary-presidents-proposal.pdf.