

# Migración y Salud

## Latinos en los Estados Unidos



***Migración y Salud***



***Latinos en los Estados Unidos***

## ***Agradecimientos:***

Este documento fue elaborado a través de la colaboración binacional de dos instituciones líderes en el campo de la investigación, como el Consejo Nacional de Población de México y la Universidad de California. La elaboración de este documento ha sido posible gracias al apoyo de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, a través del Instituto de Mexicanos en el Exterior (IME). Este volumen es el resultado de las contribuciones de las siguientes personas:

Consejo Nacional de Población del Gobierno de México (CONAPO)  
Paula Leite, Directora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional  
Selene Gaspar, Jefe de Departamento de Estudios de los Mexicanos en el Extranjero  
Luis Acevedo, Subdirector de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional  
Guillermo Paredes, Consultor  
Rodrigo Villaseñor, Consultor

Universidad de Berkeley California, Escuela de Salud Pública,  
Iniciativa de Salud de las Americas (HIA)  
Xóchitl Castañeda, Directora

Universidad de California, Los Ángeles, Escuela de Salud Pública,  
Centro de Investigación Política para la Salud  
Steven P. Wallace, Director Asociado

Diseño y formación  
Maritza Moreno, Myrna Muñoz, Héctor Reyes, CONAPO  
Edición  
Al Alverbach  
Armando Correa, Luis Felipe Ramos, CONAPO  
Traducción al Inglés  
Suzanne Stephens  
Diseño de Portada  
Jeremiah Cothren, HIA  
Fotografía de Portada  
Marc Schenker, Fabian Pisani, Liliana Osorio

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

Migración y Salud: Latinos en los Estados Unidos  
Primera edición: Octubre de 2008  
ISBN: 970-628-941-0

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

# **Índice**

***Presentación / 5***

## ***Capítulo I***

*Características de la migración mexicana a Estados Unidos / 7*

## ***Capítulo II***

*Cobertura y tipo de seguridad médica / 17*

## ***Capítulo III***

*Utilización de servicios de cuidado de salud y seguridad médica / 29*

## ***Capítulo IV***

*Padecimientos de salud / 39*

## ***Capítulo V***

*Consideraciones finales / 47*



## Presentación

*“Desde que se inventaron las fronteras nacionales la gente las ha cruzado, no sólo para visitar otros países, sino también para vivir y trabajar en ellos. Al hacerlo casi siempre ha corrido riesgos, impulsada por una determinación para sobreponerse a la adversidad y tener mejor calidad de vida. Históricamente la migración ha aumentado el bienestar no sólo de los migrantes como individuos, sino de la humanidad en su conjunto.”*

*(Kofi A. Annan, 2006)*

En términos generales, el desarrollo de la humanidad está intrínsecamente vinculado con la migración. Podemos decir que la migración ha sido uno de los motores de la historia de la humanidad y base fundamental de nuestra memoria colectiva como seres humanos. La migración es un fenómeno complejo. Aunque en sí misma no constituye un problema, las circunstancias en que se da pueden transformarla en uno muy complejo.

A diferencia de otros seres vivos que también migran, la capacidad de adaptación a climas y entornos muy variados ha sido una de las claves del progreso de la especie humana desde que el *Homo sapiens* comenzó a migrar hace aproximadamente 150 mil años. Hoy en día, incluso, exploramos la posibilidad de ir más allá de nuestro propio planeta, de tal suerte que, la eventualidad de migrar es una fuerte motivación para la exploración y se le destinan recursos considerables.

En esta era global, promovida por el avance tecnológico y la creciente facilidad de movimiento, la migración internacional ha cobrado una magnitud sin precedentes, fundamentalmente motivada por las inequidades sociales: más de 200 millones de personas viven fuera de su país de origen. En el continente americano, sobre todo en el norte, la atracción que produce Estados Unidos en muchos países de la región ha impactado en la intensidad migratoria y ha provocado cambios sustantivos en las tendencias demográficas y, por ende, en la política exterior de diversas naciones interdependientes.

Sin embargo, para algunos, migrar es una estrategia que va más allá de la supervivencia económica y

muchas veces se encuentra vinculada con cuestiones de identidad o rituales, como es el caso de adolescentes que ven en la migración la oportunidad para salir del control comunitario y tener nuevas experiencias.

Por la dimensión que ha adquirido en la región, y por la forma en que se procesa, la migración internacional se ha transformado en un problema, tanto en los lugares de origen, como en los de tránsito y destino. Cuando su modalidad predominante es la indocumentada, el costo social es muy alto, incluyendo el hecho de que los jóvenes dejan de jugar un papel estratégico en el desarrollo social y económico de sus comunidades.

La magnitud del fenómeno migratorio en la región alimenta estereotipos xenofóbicos y propicia políticas de exclusión, así como falsos nacionalismos. Por otra parte, los migrantes están expuestos a la posible violación de sus derechos humanos y frecuentemente, a la agresión y el abuso.

Cotidianamente, la migración indocumentada segmenta a un mayor número de familias y es muy difícil, si no imposible, medir este impacto negativo para las futuras generaciones: padres y madres de familia, muchos de ellos con niños pequeños, han tenido que separarse y dejar de ver a sus cónyuges o hijos por largos periodos de tiempo, dependiendo del apoyo del resto de la familia para su cuidado, educación y afecto.

Pese a los esfuerzos desmedidos por controlar las fronteras, los flujos de personas que las cruzan de forma irregular han aumentado, y con ello los ries-

gos para los migrantes. Esto se ha convertido en uno de los ejes en el debate público y en la lucha por el poder, primordialmente en relación con la seguridad geopolítica. De allí que, a largo plazo, a nadie conviene que la ilegalidad sea percibida como sinónimo de identidad para los inmigrantes. Esta es una condición temporal que se puede cambiar si hay voluntad política y regulaciones que lo permitan.

Migración y salud están fuertemente ligadas. El estado de salud de los migrantes forma parte de su capital social, humano y productivo, y es un activo para los mismos migrantes, sus familias, y las comunidades de origen y de destino. El proceso de reubicación en otro país, con cultura, idioma, normas y costumbres diferentes a los propios, en muchas ocasiones implica exposición a riesgos y cambios de comportamiento que repercuten en las condiciones psicológicas y en los derechos de protección social de los individuos. La salud de los migrantes es, por lo tanto, una corresponsabilidad de los países de origen y de destino, en este caso, Estados Unidos. Su atención requiere de estrategias y programas con una perspectiva binacional.

En este espíritu, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Iniciativa de Salud de las Américas (ISA), con el apoyo de las secretarías de Salud y de Relaciones Exteriores de México y la Universidad de California en Los Ángeles, han producido este reporte con la intención que sirva a los responsables de la toma de decisiones, para el diseño y eje-

cución de políticas dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de los y las migrantes.

El documento consta de cuatro capítulos. El primero describe la magnitud, las tendencias, y las características de la migración latinoamericana, especialmente la mexicana, a Estados Unidos. Cuando las fuentes de información lo permiten, también se hace referencia a los países latinoamericanos que participan en las actividades de la ISA: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador. El segundo analiza la cobertura y el nivel de acceso de los inmigrantes a los diferentes tipos de seguridad médica. El tercero describe el acceso y utilización de los servicios de salud. El último aborda aspectos específicos sobre la salud de los migrantes, incluyendo las principales enfermedades que les aquejan. Finalmente, se hacen algunas consideraciones y se señalan retos y oportunidades en el ámbito de políticas públicas binacionales.

Mientras haya fronteras habrá migrantes. La migración no puede detenerse, aun con sofisticados mecanismos de control que tienen un alto costo para todos. En este sentido, es necesario repensar la dinámica migratoria regional y tratar de encontrar mecanismos que beneficien a todas las partes involucradas. La población migrante contribuye enormemente al desarrollo de los países y, por lo tanto, merece un tratamiento particular que le permita llevar una vida placentera, segura, saludable y digna.

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 la migración mexicana a Estados Unidos

### Tendencias y magnitudes

#### Los mexicanos: primera minoría inmigrante en Estados Unidos

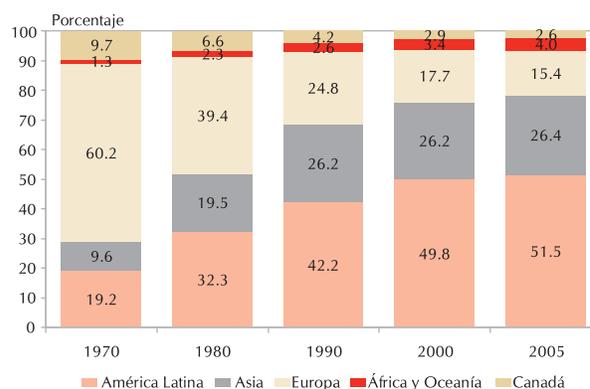
La historia de Estados Unidos se encuentra indisolublemente ligada a la inmigración. Sin embargo, los orígenes de esa inmigración han cambiado en el tiempo. En la actualidad, las corrientes migratorias tienen su principal fuente en los países latinoamericanos y caribeños de mayor cercanía geográfica, lo cual ha tenido un fuerte impacto sobre la etnicidad de la sociedad estadounidense.

Mientras en 1970 dos terceras partes del total de inmigrantes en el país eran de origen europeo, más de tres décadas después prácticamente la mitad de los extranjeros (52%) es originaria de Latinoamérica y el Caribe. En este contexto, México ha mantenido, por mucho, su primacía como país emisor de migrantes a Estados Unidos (Véase figura 1).

A lo largo de todo el siglo pasado y el inicio del presente, la población mexicana residente en Estados Unidos registró un incremento de extraordinaria magnitud. Se estima que en 1900 residían en la Unión Americana alrededor de 100 mil personas nacidas en México. Este monto aumentó lenta pero progresivamente hasta 1970, cuando alcanzó una cifra cercana a 800 mil personas (Véase figura 2).

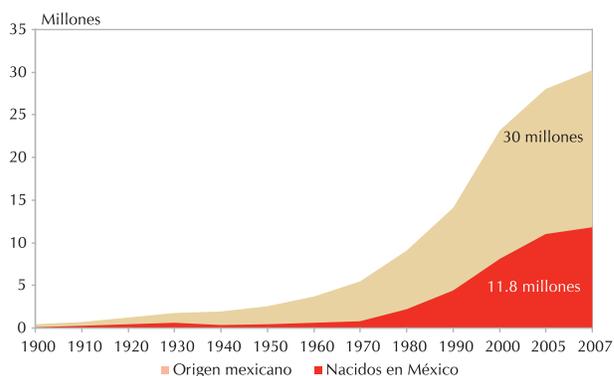
La década de los setenta dio inicio a un nuevo ciclo de la migración mexicana a Estados Unidos, caracterizado por un significativo incremento en su intensidad y magnitud (sobre todo bajo la modalidad indocumentada), una creciente extensión territorial del fenómeno en ambos países, una propensión hacia una modalidad migratoria

Figura 1. Distribución de la población extranjera residente en Estados Unidos por región o país de nacimiento, 1970-2005



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en U. S. Census Bureau, 15-percent sample 1970, 5-percent sample 1980, 5-percent sample 1990, 5-percent sample 2000 y American Community Survey (ACS), 2005.

Figura 2. Población de origen mexicano residente en Estados Unidos, 1900-2007



Fuente: De 1900 a 1990: elaboración con base en Corona Vázquez Rodolfo, *Estimación de la población de origen mexicano que reside en Estados Unidos*, El Colegio de la Frontera Norte, 1992. Cifra 2000, 2005 y 2007: estimaciones de CONAPO con base U.S. Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2000, 2005 y 2007.

“más permanente” y una diversificación del perfil sociodemográfico de los migrantes, entre otros aspectos.

Para 1980 el número de mexicanos residentes en Estados Unidos superaba los dos millones de habitantes (2.2 millones) y, a partir de entonces, las cifras se duplicaron cada diez años, de tal forma que en 1990 el monto de la población mexicana en Estados Unidos ascendió a 4.4 millones y a 8.8 millones en 2000.

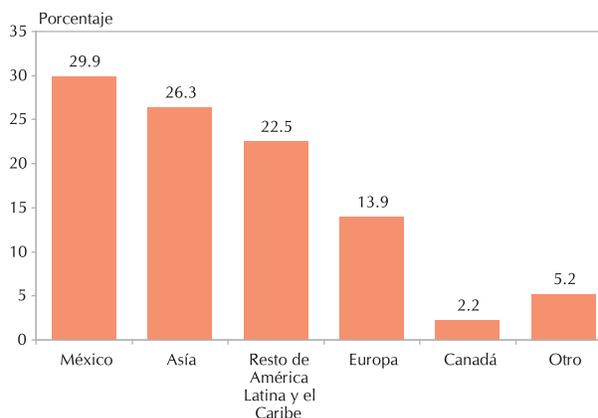
Se estima que en 2007 el número de mexicanos radicados en Estados Unidos era de 11.8 millones de personas. Si se compara esta última cifra con la registrada en 1900, puede advertirse que la población mexicana en el vecino país del norte aumentó más de cien veces su tamaño durante los últimos 105 años, aunque 95 por ciento del incremento registrado (cerca de 10 millones) ocurrió a partir de 1970.

Si se considera, además, a los descendientes de los inmigrantes, se estima que la población de origen mexicano en Estados Unidos aumentó de 5.4 millones a 30.3 millones entre 1970 y 2007. De estos últimos, 18.5 millones nacieron en Estados Unidos (9.6 millones de segunda generación y 8.8 millones de tercera generación o más).

Los 11.8 millones de mexicanos residentes en Estados Unidos en 2007 representan cuatro por ciento de la población total de ese país y alrededor de 30 por ciento de la población inmigrante. Estas cifras colocan a México como el país con el mayor número de nacionales residentes en Estados Unidos, incluso por encima de grandes regiones del mundo: Asia (26%), el resto de América Latina y el Caribe (23%) y Europa (14%) (Véase figura 3).

Cabe destacar la importancia de las poblaciones originarias de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador que residen en Estados Unidos, las cuales, para efectos analíticos, se

**Figura 3. Distribución de la población extranjera residente en Estados Unidos por región o país de nacimiento, 2007**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

agregan bajo la categoría de “países seleccionados de América Latina” (Véase figura 4).<sup>1</sup>

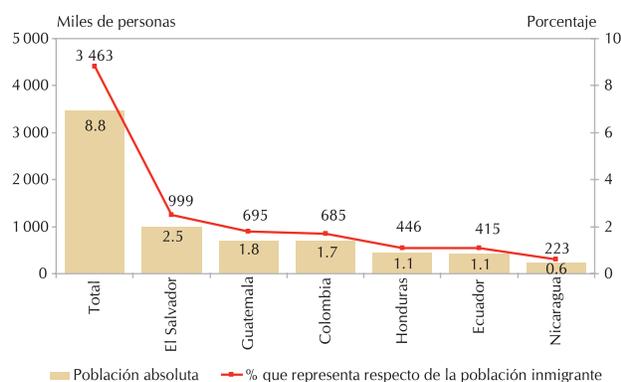
### ***La población inmigrante mexicana residente en Estados Unidos se concentra en las edades laborales***

En la migración participan fundamentalmente los adultos jóvenes, con escasa participación de la población en edades extremas. Resultan muy notorias las diferencias entre las estructuras etarias de las poblaciones inmigrantes y la población nativa blanca.

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 las poblaciones mexicana

<sup>1</sup> El interés particular de incluir estos países en el reporte radica en su participación formal en las actividades de la *Iniciativa de Salud de las Américas*, Universidad de California, Berkeley. Dentro de las actividades que llevan a cabo, destacan la *Semana Binacional de Salud* que, este año, gracias a la activa participación de las redes consulares en Estados Unidos y de las cancillerías de estos países, se celebrará en más de 42 Estados de la Unión Americana, incluyendo a 300 ciudades.

**Figura 4. Población de países seleccionados de América Latina residente en Estados Unidos, 2007**



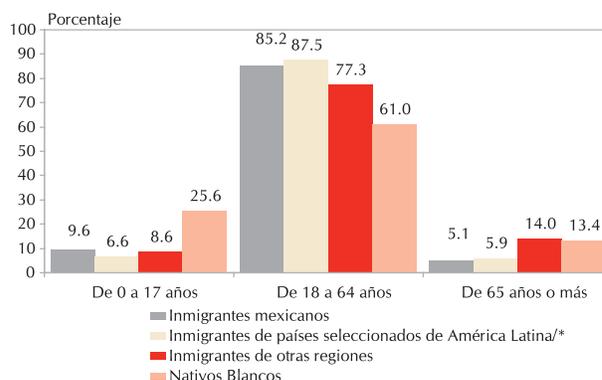
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

y en el conjunto conformado por países seleccionados de América Latina, cuyo grupo de 18 a 64 años corresponde, respectivamente, a 85 y 88 por ciento de la población (la mayoría concentrada en las edades comprendidas entre 18 y 44 años).

Asimismo, el bajo porcentaje de población de edades mayores guarda una estrecha relación con el carácter relativamente reciente de la migración permanente latinoamericana en la Unión Americana y también con una mayor propensión de estos migrantes a retornar a sus comunidades, una vez culminado el ciclo de vida laboral en el país receptor (Véase figura 5).

En cambio, la población nativa blanca de Estados Unidos presenta un perfil en el cual dos de cada tres personas (61%) se encuentran en las edades adultas, y la población en edades extremas, tanto de menos de 18 años (26%) como de 65 y más años de edad (13%), comprende la tercera parte restante.

**Figura 5. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca residente en Estados Unidos por grupos de edad, 2007**



Nota: \*/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

### ***La migración mexicana ha contribuido a frenar el envejecimiento demográfico de Estados Unidos***

El proceso de envejecimiento demográfico en Estados Unidos se corresponde con una desaceleración en el crecimiento de la población. Si bien la inmigración no puede por sí sola revertir esa tendencia, resulta innegable la aportación de los inmigrantes mexicanos y de su descendencia al crecimiento de la población de ciertos grupos de edad en el país.

En efecto, al figurar con creces como el primer grupo nacional inmigrante, los mexicanos y su descendencia han contribuido de manera decisiva al aumento del número absoluto de personas en las edades 0-17 y 18-64 años y, a la vez, contribuido a desacelerar el proceso de envejecimiento poblacional.

**Figura 6. Crecimiento absoluto de la población residente en Estados Unidos por origen y grupos de edad, 1997-2007**

	Total	Origen mexicano			Países seleccionados de América Latina <sup>3</sup>	Otro
		Nacidos en México	Segunda generación <sup>1</sup>	Tercera o más <sup>2</sup>		
Diferencia absoluta (1997-2007)	30 031 595	4 513 488	3 044 649	3 111 654	1 267 866	18 093 938
De 0 a 17 años	2 877 185	118 746	1 999 233	1 339 066	4 383	- 584 243
De 18 a 64 años	22 996 707	4 100 965	974 063	1 576 535	1 156 952	15 188 192
De 65 años o más	4 157 703	293 776	71 354	196 053	106 531	3 489 989
Contribución al crecimiento (1997-2007)	100.0	15.0	10.1	10.4	4.2	60.2
De 0 a 17 años	100.0	4.1	69.5	46.5	0.2	- 20.3
De 18 a 64 años	100.0	17.8	4.2	6.9	5.0	66.0
De 65 años o más	100.0	7.1	1.7	4.7	2.6	83.9

Notas: 1/ Segunda generación en Estados Unidos: Población residente en la Unión Americana, no nacida en México con alguno de los padres nativo de nuestro país.

2/ Tercera generación o más, en Estados Unidos: Población residente en Estados Unidos, no nacida en México y cuyos padres tampoco nacieron en nuestro país, pero se declaran de origen mexicano (México-americanos, chicanos o mexicanos).

3/ Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau Census, *Current Population Survey*, marzo de 1997 y 2007.

Basta señalar que entre 1997 y 2007 el total de población de 0 a 17 años de edad de Estados Unidos aumentó solamente 2.9 millones de personas y que la segunda generación de mexicanos contribuyó con 70 por ciento de ese crecimiento (en términos absolutos, aportaron casi dos millones de personas) (Véase figura 6). En contraparte, el grupo poblacional denominado “otro”, que incluye a los nativos, registró una disminución absoluta de 584 mil personas. Por otras palabras, si no fuera por la migración mexicana, el total de población del país con menos de 18 años hubiera disminuido su tamaño en los últimos diez años, y Estados Unidos se encontraría en un acelerado proceso de envejecimiento demográfico.

A su vez, al aumentar más de cuatro millones de personas en el mismo periodo, los nativos mexicanos aportaron con una cuarta parte del crecimiento registrado en el grupo poblacional de 18 a 64 años y, dada su elevada concentración en las edades jóvenes-adultas, este segmento también contribuye a un relativo rejuvenecimiento de la población en el país.

## **Extensión territorial de la inmigración mexicana**

### ***El predominio de la población mexicana entre la población inmigrante se registra en casi todo el territorio de la Unión Americana***

La creciente intensidad de la emigración mexicana hacia Estados Unidos ha contribuido a hacer más visible su presencia en casi todo el territorio estadounidense. En relación directa con la intensificación de la emigración mexicana observada en las últimas décadas, se asiste a su expansión a lo largo y ancho del territorio estadounidense.

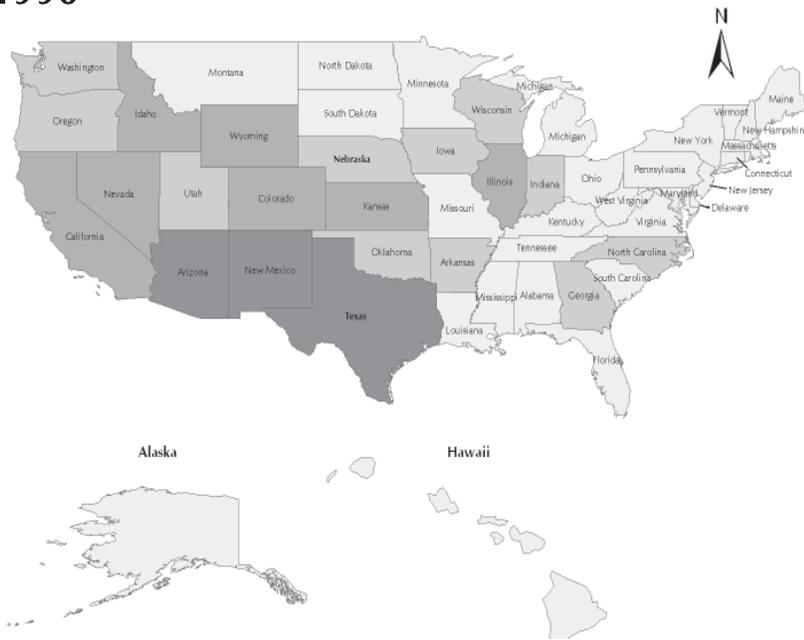
Si bien California y Texas siguen siendo los estados que concentran a la mayor cantidad de mexicanos (39.5 y 19.2%, respectivamente), los flujos migratorios revelan una paulatina variación en el tiempo, de manera que si en 1990 los mexicanos figuraban entre los cinco grupos más numerosos de inmigrantes en 23 estados de la Unión Americana, en 2005 se ubican en esa posición en 43 estados.

Cabe resaltar los estados de la Unión Americana donde los mexicanos representan una elevadísima proporción de la población inmigrante. Esta tendencia puede ser evidenciada en los mapas de la figura 7: en 2005 los nativos de México concen-

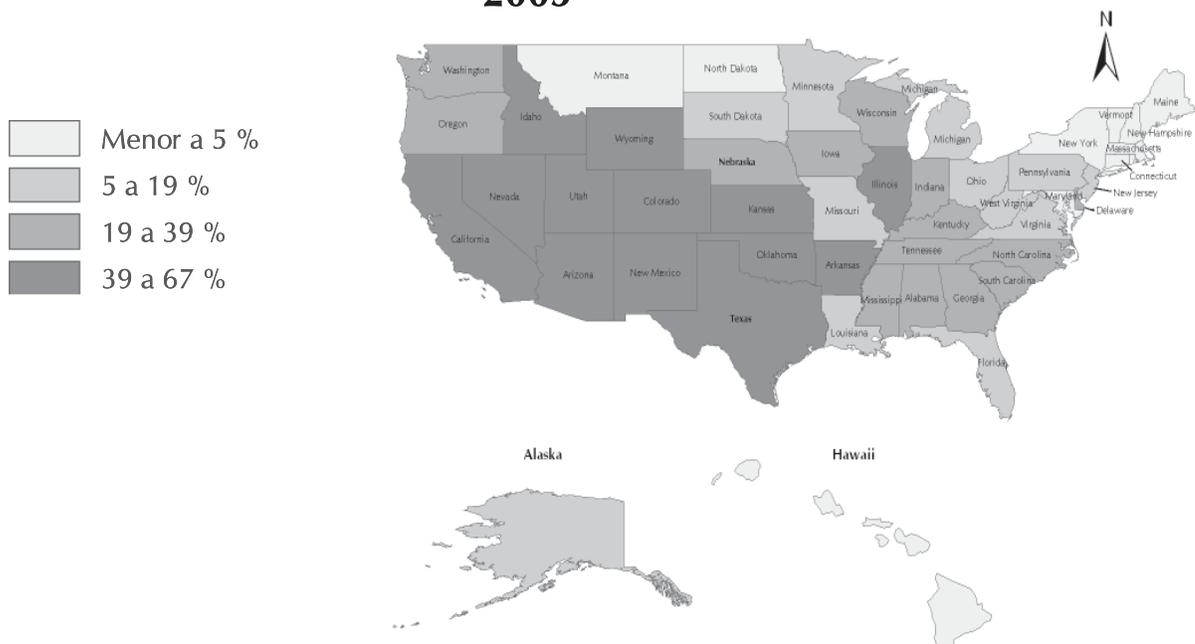
tran en trece estados a más de 40 por ciento de la población inmigrante, lo que no deja de ser sorprendente si se considera que se está midiendo la importancia de un sólo grupo inmigrante frente al conjunto de todos los demás.

Figura 7. Proporción de mexicanos respecto al total de inmigrantes, 1990 y 2005

1990



2005



Fuente: Estimaciones con base en el U. S. Census Bureau, *percent samples 1990* y *American Community Survey (ACS), 2005*.

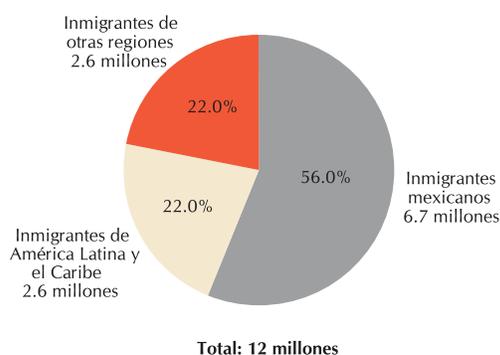
## Condición migratoria

### La condición migratoria de los inmigrantes mexicanos incide desfavorablemente en su integración a la sociedad estadounidense

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

Se estima que en 2006 la población inmigrante indocumentada en Estados Unidos ascendía a doce millones de personas de la cual 56 por ciento nació en México (6.7 millones de personas); un porcentaje muy superior al de los migrantes provenientes de otras regiones del mundo. La irregularidad induce a la exclusión y agudiza la condición de mayor vulnerabilidad de esta población (Véase figura 8).

**Figura 8. Población inmigrante (de México y otras regiones) en condición indocumentada residente en Estados Unidos, 2006**



Fuente: Pew Hispanic Center tabulations of augmented March 2006 *Current Population Survey*, adjusted for omission.

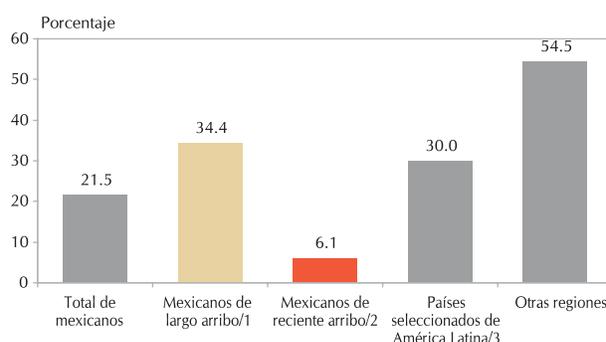
La ciudadanía estadounidense constituye un importante factor condicionante de los derechos y beneficios económicos y sociales. Los datos muestran claramente que las personas nacidas en Méxi-

co presentan tasas de naturalización muy inferiores en comparación con otros grupos de inmigrantes.

Aproximadamente uno de cada cinco mexicanos dispone de la ciudadanía estadounidense, relación que resulta más ventajosa entre los inmigrantes de otros países de América Latina (30%) y que es duplicada con creces por los inmigrantes de otras regiones.

Destaca, en particular, la muy baja tasa de naturalización de los inmigrantes mexicanos de reciente ingreso al país (6%) (Véase figura 9).

**Figura 9. Población inmigrante (de México y otras regiones) residente en Estados Unidos que tiene la ciudadanía, 2007**



Notas: 1/ Largo arribo: Ingresaron antes de 1996.

2/ Reciente arribo: Ingresaron entre 1996-2007.

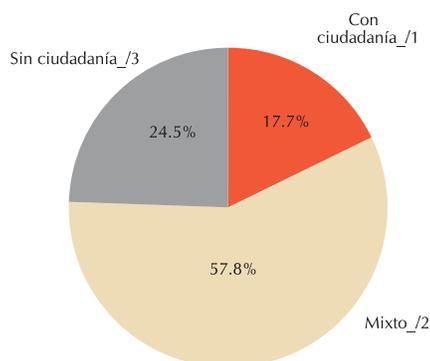
3/ Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones con base en Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

Estas discrepancias se extienden al nivel de los hogares. Solamente 18 por ciento de los hogares mexicanos está conformado por ciudadanos (frente a 46% en los hogares dirigidos por otros inmigrantes), mientras que en casi uno de cada cuatro hogares mexicanos ninguno de los miembros dispone de ciudadanía. En la mayoría de los hogares mexicanos (58%) coexisten personas con y sin ciudadanía y, por ende, con diferentes derechos y privilegios enfrentando diferentes riesgos y vulne-

rabilidades. La mayoría de estos casos resulta de la condición de no ciudadano del dirigente del hogar y de la condición de ciudadano de alguno de sus hijos, en virtud de haber nacido en territorio estadounidense (Véase figura 10).

**Figura 10. Hogares encabezados por inmigrantes mexicanos en Estados Unidos según condición de ciudadanía de sus integrantes, 2007**



Notas: 1/ Todos los integrantes del hogar son ciudadanos estadounidenses.  
 2/ Al menos uno de los integrantes del hogar es ciudadano estadounidense y otro no.  
 3/ Ninguno de los integrantes del hogar es ciudadano estadounidense.  
 Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el U. S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

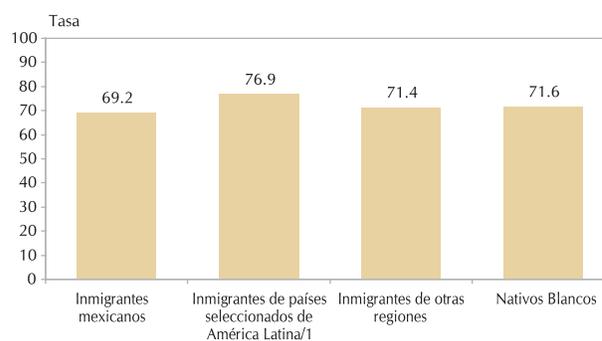
## Empleo y bajos ingresos

### *Los inmigrantes mexicanos desempeñan un papel fundamental en la economía estadounidense*

La emigración mexicana hacia Estados Unidos está fuertemente determinada por los profundos y marcados contrastes en materia salarial y de empleo entre ambos países. Una vez en Estados Unidos, los inmigrantes mexicanos registran elevados niveles de participación en la actividad económica, ligeramente inferiores a los del agregado de inmigrantes procedentes de otros países de América Latina, pero superiores a los de otros grupos inmigrantes y de la población nativa blanca.

Más de dos de cada tres inmigrantes mexicanos con edad entre 15 y 64 años residentes en Estados Unidos son económicamente activos, lo que equivale a decir que 7.6 millones de mexicanos desempeñan alguna actividad laboral (Véase figura 11).

**Figura 11. Tasa de participación económica de la población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca residente en Estados Unidos, 2007**



Nota: 1/ Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.  
 Fuente: Estimaciones con base en Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

Asimismo, alrededor de 94 por ciento de la población económicamente activa nacida en México se encuentra ocupada, lo que revela una amplia demanda del mercado laboral estadounidense por mano de obra mexicana. Esta situación es compartida por los inmigrantes procedentes de otros países de América Latina, donde 96 por ciento de la población económicamente activa se encuentra trabajando.

### *Los mexicanos tienden a concentrarse en ocupaciones de carácter manual de baja remuneración*

Los inmigrantes mexicanos se caracterizan por realizar mayoritariamente ocupaciones poco especializadas y de baja remuneración, lo cual, en

**Figura 12. Distribución de la población inmigrante ocupada según lugar de nacimiento y tipo de ocupación residente en Estados Unidos, 2007**

Ocupación	Total de inmigrantes mexicanos	Mexicanos de reciente arribo <sup>1</sup>	Mexicanos de largo arribo <sup>2</sup>	Inmigrantes de países seleccionados de América Latina <sup>3</sup>	Inmigrantes de otra región	Nativos blancos
<b>Total de población<sup>5</sup></b>	<b>6 964 227</b>	<b>2 932 924</b>	<b>4 029 663</b>	<b>2 336 569</b>	<b>13 988 713</b>	<b>100 866 738</b>
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ejecutivos, Profesionistas y Técnicos	7.4	3.8	10.1	12.3	40.8	38.8
Trabajadores de servicios semicalificados	1.5	0.8	2.0	2.8	4.4	4.0
Ventas, apoyo administrativo y de oficinas	11.0	6.2	14.5	15.3	21.7	26.1
Trabajadores de servicios de baja calificación	25.1	25.6	24.7	27.2	14.4	9.9
Obreros y trabajadores especializados <sup>4</sup>	26.9	25.6	27.9	24.4	13.9	15.1
Trabajadores de la construcción	24.2	34.0	17.0	17.7	4.5	5.6
Agricultores y trabajadores agrícolas	3.9	4.0	3.9	0.3	0.3	0.5

Notas: 1/ Reciente arribo: Población que ingresó entre 1996-2007.

2/ Largo arribo: Población que ingresó antes de 1996.

3/ Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

4/ Excluye a trabajadores de la construcción.

5/ Excluye a trabajadores de las fuerzas armadas y los no especificados de ocupación.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *Current Population Survey*, suplemento de marzo de 2007.

cierta medida, constituye un perfil de inserción laboral similar al de otros países de América Latina, pero muy distinto al de inmigrantes de otras nacionalidades y de la población nativa blanca. Factores como el elevado índice de indocumentación y el bajo nivel de capital humano determinan en buena medida su sobrerrepresentación en la base de la pirámide ocupacional (Véase figura 12).

Las ocupaciones de servicios de baja calificación, manufactura y construcción concentran cerca de 85 por ciento de los trabajadores mexicanos de ingreso reciente al país y a 70 por ciento de los de largo arribo. Estos indicadores contrastan con los que presentan tanto los inmigrantes no latinoamericanos como la población blanca nacida en Estados Unidos, quienes revelan un mayor acceso a puestos de trabajo de ejecutivos, profesionistas y técnicos (41 y 39%, respectivamente).

La marcada exclusión de los mexicanos de empleos del tope de la escala ocupacional resulta particularmente notoria entre aquellos que ingresaron recientemente al vecino país (3.8%).

Estas cifras expresan claramente la existencia de un mercado laboral inmigrante polarizado según el origen étnico, donde los trabajadores mexicanos y de otros países latinoamericanos responden a la demanda de trabajo poco calificado, mientras inmigrantes de otras regiones satisfacen las necesidades de trabajo calificado.

### ***Cerca de la mitad de los inmigrantes de bajos ingresos son mexicanos***

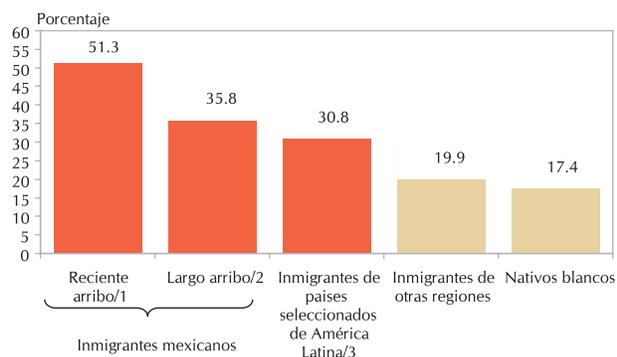
El elevado grado de marginación y exclusión socioeconómica de la población mexicana en territorio estadounidense tiene su correlato en la conformación de una subpoblación con escasos recursos de una alarmante magnitud. Cerca de 43 por ciento de los mexicanos viven en familias de bajos ingresos,<sup>2</sup> una proporción que supera en doce puntos porcentuales a la de otros países latinoamericanos, pero que duplica con creces a la que registran

<sup>2</sup> Se considera bajo ingreso el que se encuentra en 150% por debajo de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

otros grupos de inmigrantes y la población nativa blanca. Cabe destacar que esta situación resulta mucho más dramática entre los mexicanos de reciente ingreso al país (51%) (Véase figura 13).

Los datos apuntan a la existencia de cinco millones de mexicanos en Estados Unidos que tienen bajos ingresos, lo que representa ocho por ciento del total de población de ese país en esa condición. La sobrerrepresentación de bajos niveles de ingreso entre la población mexicana se aprecia más claramente al considerar solamente el universo de inmigrantes en Estados Unidos: casi la mitad de los inmigrantes en condiciones económicas más precarias es nativa de México.

**Figura 13. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca con bajo ingreso\* en Estados Unidos, 2007**



Notas: \*Ingreso por debajo de 150% de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

1/Reciente arribo: Ingresaron de 1996-2007.

2/Largo arribo: Ingresaron antes de 1996.

3/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.



## Capítulo II

### Cobertura y tipo de seguridad médica

El sistema de seguridad social de Estados Unidos descansa fundamentalmente en el sector privado, mientras que la responsabilidad del Estado está circunscrita a la atención de los grupos más vulnerables y de escasos recursos. En particular, el sistema de salud se basa en los seguros médicos privados que se adquieren fundamentalmente por medio del empleo (propio o de un familiar), mientras que la cobertura de los servicios públicos solamente cubre una quinta parte del total de población asegurada en el país. En el primer caso, el seguro de salud depende fundamentalmente de la oferta que el empleador hace para que sus trabajadores opten por él y del margen de maniobra de los trabajadores para negociar prestaciones laborales a través de los sindicatos, cuando están afiliados. En el segundo, el acceso a programas públicos destinados a las personas de escasos recursos, como por ejemplo *Medicaid*, está condicionado por el cumplimiento de ciertos criterios de elegibilidad, asociados a los niveles de ingreso y, 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 (Véase figura 27).

Lo anterior redundante en uno de los sistemas de provisión de salud más desiguales del mundo desarrollado, expresado por un muy significativo sector de la población que carece de seguridad médica, incluyendo a ciertos grupos inmigrantes. En este contexto, la incorporación de las poblaciones inmigrantes a los esquemas de seguridad médica constituye un tema clave en el debate actual sobre la reforma del sistema de salud en Estados Unidos. El nivel de acceso de los inmigrantes a los diferentes tipos de seguridad médica responde y expresa

la forma en que se lleva a cabo el proceso de su inserción a la sociedad receptora. Por ello, los deficientes procesos de integración de la población inmigrante latinoamericana en territorio estadounidense tienen su correlato en una mayor vulnerabilidad en el cuidado de su salud.

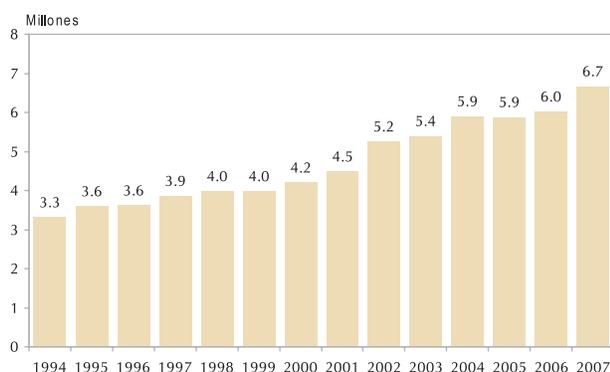
#### **Cobertura de seguridad médica**

##### ***Más de la mitad de los inmigrantes mexicanos residentes en Estados Unidos no está cubierto por el sistema de salud***

Los inmigrantes mexicanos enfrentan grandes obstáculos en términos de acceso a los sistemas de seguridad médica. En relación directa con el crecimiento de la migración mexicana, el volumen de población mexicana no asegurada más que duplicó en los últimos trece años, al pasar de 3.3 a 6.7 millones de personas. En la actualidad, 56 por ciento de la población inmigrante mexicana carece de todo el tipo de cobertura de salud. El patrón de cobertura de seguridad médica de los inmigrantes de otros países latinoamericanos es ligeramente más favorable (50%), pero muestra también una condición de profunda desventaja frente a otras poblaciones inmigrantes (19%) y a la población nativa blanca (12%). Estas cifras permiten identificar la existencia de profundas disparidades étnicas en el acceso a los sistemas de seguridad médica, donde los inmigrantes latinos se perfilan como el grupo poblacional más desprotegido (Véase figuras 14 y 15).

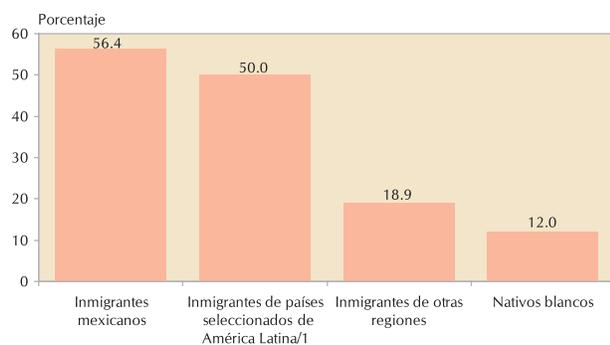
Esta situación resulta particularmente dramática entre los mexicanos y otros latinoamericanos de más reciente ingreso a Estados Unidos, quienes

**Figura 14. Población mexicana residente en Estados Unidos sin seguridad médica 1994-2007**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 1994-2007.

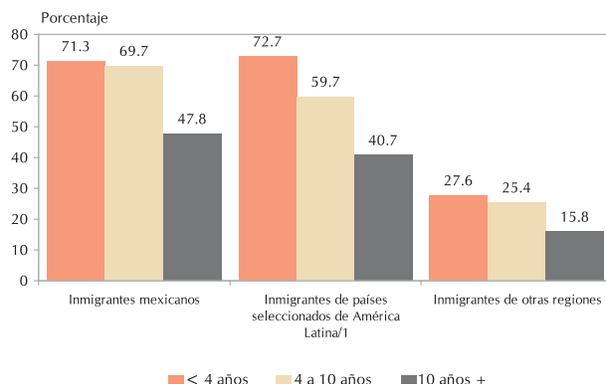
**Figura 15. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos sin seguridad médica en Estados Unidos, 2007**



Nota: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.  
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

registran niveles de desprotección ostensiblemente elevados: aquellos que tienen menos de diez años de residir en el país cuentan con un índice de desprotección de alrededor de 70 por ciento, mientras que los que tienen una estancia superior a diez años tienen tasas de desprotección inferiores en 20 o 30 por ciento. Así, el tiempo de estancia en la sociedad receptora constituye un factor que condiciona favorablemente los procesos de integración social de las poblaciones inmigrantes (Véase figura 16).

**Figura 16. Población inmigrante (de México y otras regiones) sin seguridad médica según tiempo de estancia en Estados Unidos, 2007**



Nota: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.  
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

Sin embargo, persiste en el tiempo el patrón de desventaja de los mexicanos con respecto a otras poblaciones, toda vez que, si bien se descubre una importante mejoría, los mexicanos con más tiempo de residencia en Estados Unidos se caracterizan por mayores niveles de desprotección que las poblaciones inmigrantes no latinas que cuentan con menos de cuatro años de vivir en el país (28% no cuenta con seguridad médica). El grado de exclusión de la población mexicana de los esquemas de cobertura de salud se hace más evidente al considerar que, pese a que corresponden solamente a cuatro por ciento de la población del país, representan 14 por ciento del total de población no asegurada.

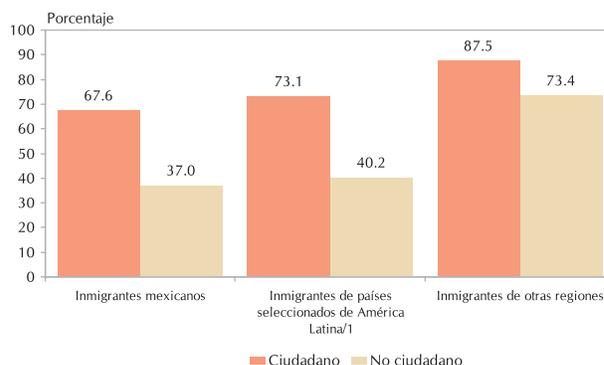
**La población mexicana no naturalizada y de bajo ingreso presenta los más bajos índices de cobertura de seguridad médica**

Pese al derecho a la salud ser universalmente reconocido, en los últimos años se ha asistido a la imposición de nuevos obstáculos que restringen severamente los horizontes de elección de las poblaciones inmigrantes. En cuanto a programas públicos de salud destinados a las familias de bajos ingresos, la condición de ciudadanía resulta determinante. Las personas que no cuentan con ciudadanía norteamericana enfrentan severas limitaciones en el acceso a beneficios sociales. Asimismo, para poder tener acceso a estos programas, la ley de seguridad social impone, en la mayoría de los casos, a las poblaciones inmigrantes el requisito de una estancia legal en el país de un mínimo de cinco años.

Uno de los fundamentos para este cambio de políticas pareciera ser el intento de disuadir la migración; una meta escasamente lograda, ya que el incentivo para la migración a Estados Unidos no radica en el eventual acceso a ventajas sociales, sino que es de naturaleza predominantemente laboral. Sin embargo, estas medidas han tenido el efecto contraproducente de profundizar las desigualdades en el país en materia de salud, no sólo entre nacionales y extranjeros, sino también entre distintos grupos étnicos.

Los datos muestran claramente cómo la obtención de la ciudadanía constituye un factor de integración social de las poblaciones inmigrantes, expresado por una mayor dotación de derechos y beneficios sociales y laborales, entre ellos, el de contar con seguridad médica: más de dos de cada tres mexicanos naturalizados tienen seguridad médica. La situación de los mexicanos no ciudadanos, que concentra a la población indocumentada ubicada en los eslabones más bajos de la pirámide ocupacional, es muy diferente: solamente 37 por ciento dispone de cobertura de salud (Véase figura 17).

**Figura 17. Población inmigrante (de México y otras regiones) con seguridad médica según condición de ciudadanía en Estados Unidos, 2007**



Nota: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

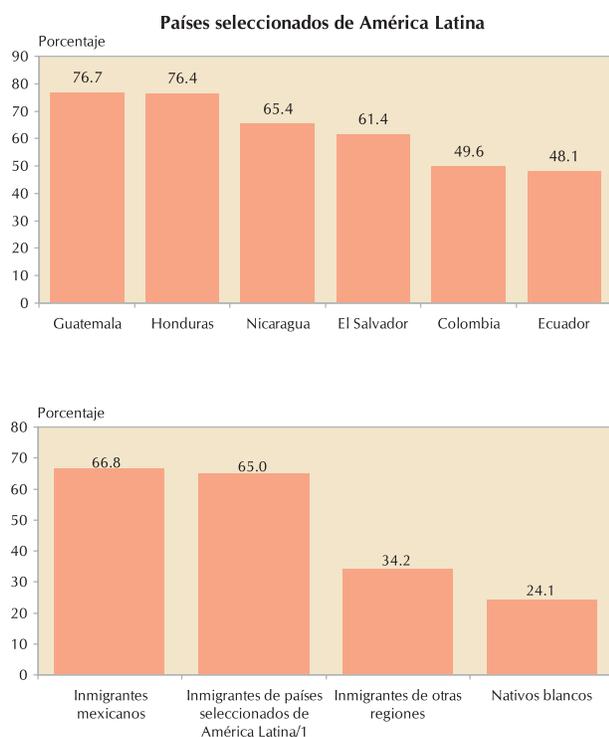
Sin embargo, cabe subrayar que, aún en condiciones similares de ciudadanía, los nativos de México presentan menores índices de cobertura que otras poblaciones inmigrantes, lo que, seguramente, guarda una estrecha relación con un patrón de inserción laboral caracterizado por ocupaciones que ofrecen prestaciones laborales limitadas o nulas.

Se constata, además, la condición de profunda desprotección de los inmigrantes mexicanos y de otros países de América Latina de escasos recursos, toda vez que más de dos de cada tres no disponen de seguridad médica (Véase figura 18). No es sorprendente que estos inmigrantes (muchos de ellos en condición indocumentada), que viven en contextos de recursos muy limitados, enfrenten una grave crisis financiera al tener que acudir a los centros hospitalarios en el caso de enfermarse gravemente o de sufrir un accidente.

No obstante la crudeza de las cifras mencionadas, que demuestran de manera contundente la exclusión de más de la mitad la población latinoamericana en general y mexicana en particular del sistema de provisión de salud norteamericano, y una so-

brerrepresentación de los no asegurados latinos dentro del total de no asegurados del país; resulta importante establecer que, por su tamaño, los nativos de México no constituyen el principal factor del problema de la falta de seguridad médica en el país. Al excluir a 47 millones de personas, dicho problema es, ante todo, el resultado de un sistema que delega una gran parte de la responsabilidad de provisión de seguridad social en los empleadores, los cuales tienden a no conceder prestaciones a los trabajadores de baja remuneración.

**Figura 18. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca de bajos ingresos\* sin cobertura de salud en Estados Unidos, 2007**



Notas: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

\*Ingreso por debajo de 150% de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

### **Cobertura de seguridad médica por grupos de edad**

**Tanto los niños como los adultos mexicanos presentan elevados índices de desprotección de seguridad médica**

Al analizar la cobertura de seguridad médica por grupos de edad se corrobora la desventaja de los mexicanos en las distintas etapas del ciclo de vida. Con excepción de los inmigrantes de otros países latinoamericanos, que también presentan elevados índices de desprotección (aunque ligeramente más favorables), resulta muy notoria la situación de profunda vulnerabilidad de los nativos de México: más de la mitad de los niños y adultos mexicanos carece de seguridad médica, a la vez que 16 por ciento de los adultos mayores no dispone de algún tipo de cobertura (Véase figura 19).

La gravedad de estas cifras se aprecia con mayor claridad si se considera que existen en territorio estadounidense cerca de 600 mil niños y jóvenes, seis millones de adultos y más de 100 mil adultos mayores nativos de México que no disponen de cobertura de salud.

La seguridad médica de la población de origen mexicano varía según el país de nacimiento, donde, naturalmente, la condición de ciudadano de los nacidos en Estados Unidos se refleja en mayores tasas de cobertura de salud. Aún así, en todos los grupos de edad la población de origen mexicano nacida en la Unión Americana presenta niveles de cobertura inferiores a los de otras poblaciones también nacidas en el país (Véase figura 20). Resulta importante destacar la situación particularmente delicada de aquellas familias mexicanas donde subsiste una situación de terrible desigualdad entre los hijos, en que unos, dada su condición de ciudadanos por haber nacido en territorio estadounidense, disponen de seguridad médica, mientras que otros, en virtud de haber nacido en México, no son elegibles.

Figura 19. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca sin cobertura de salud por grupos de edad en Estados Unidos, 2007

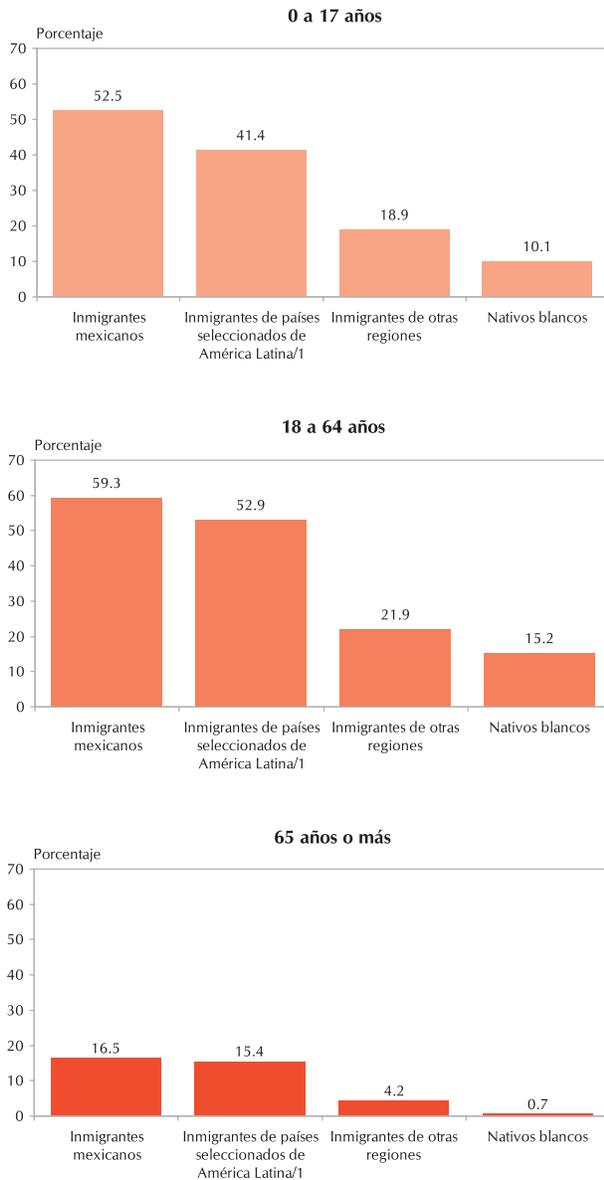
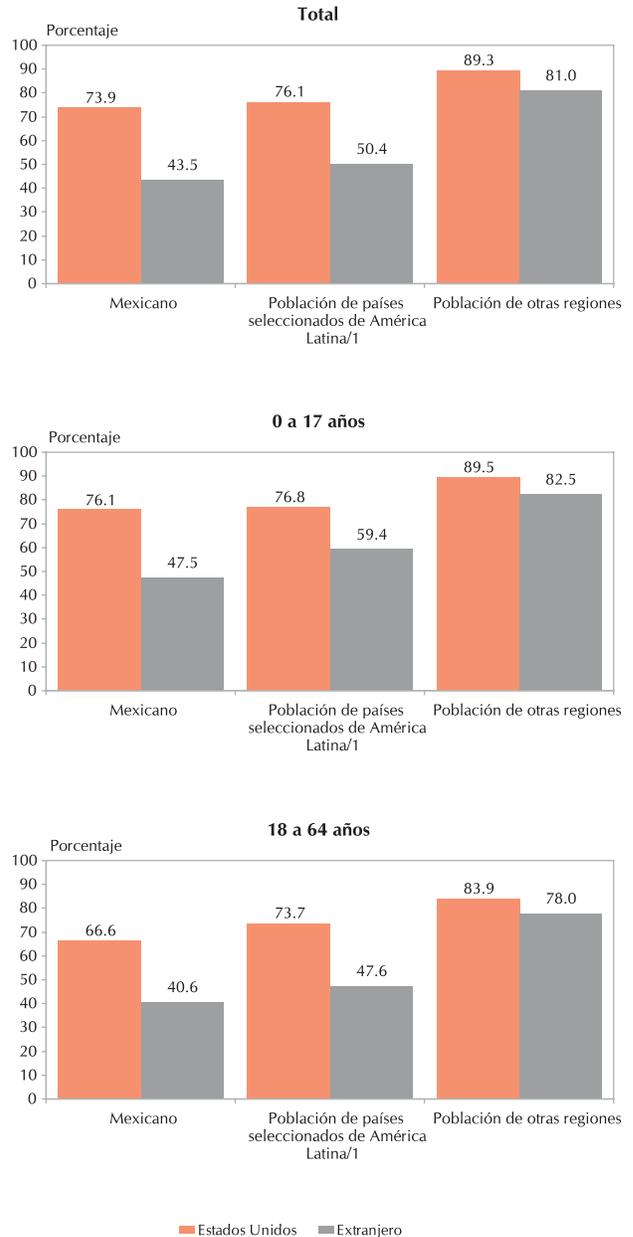


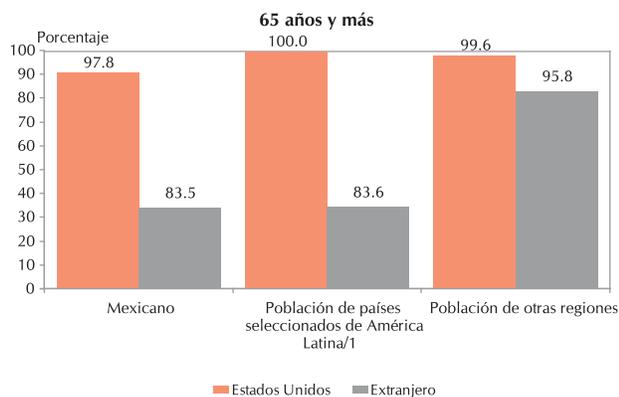
Figura 20. Población residente en Estados Unidos, con cobertura de salud según origen\*, lugar de nacimiento y grupos de edad 2007



Nota: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.  
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

Continúa...

**Figura 20. Población con cobertura de salud según origen\*, lugar de nacimiento y grupos de edad residente en Estados Unidos, 2007**



Notas: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

\*El origen esta determinado por el lugar de nacimiento de los padres.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

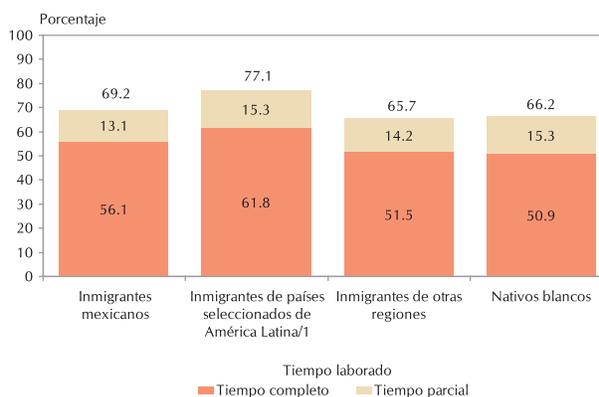
### Tipo de seguridad médica

#### **La vasta mayoría de la población adulta latinoamericana no asegurada labora en el mercado de trabajo estadounidense**

La reducida cobertura de salud de los inmigrantes mexicanos y de otros latinoamericanos residentes en Estados Unidos no se explica por los bajos índices de participación laboral: más de dos de cada tres adultos mexicanos y de otros países de la región que carecen de cobertura de salud se desempeñan en el mercado de trabajo de ese país, y la mayoría de ellos a tiempo completo (Véase figura 21).

Al ser menos propensos a adquirir un seguro médico a través del empleador, resulta previsible que, en virtud del elevado costo de los seguros privados y del acceso limitado a los programas públicos de salud, los mexicanos y otros latinoamericanos tengan elevadas tasas de desprotección.

**Figura 21. Población ocupada inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca sin cobertura de salud según jornada laboral en Estados Unidos, 2007**



Nota: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

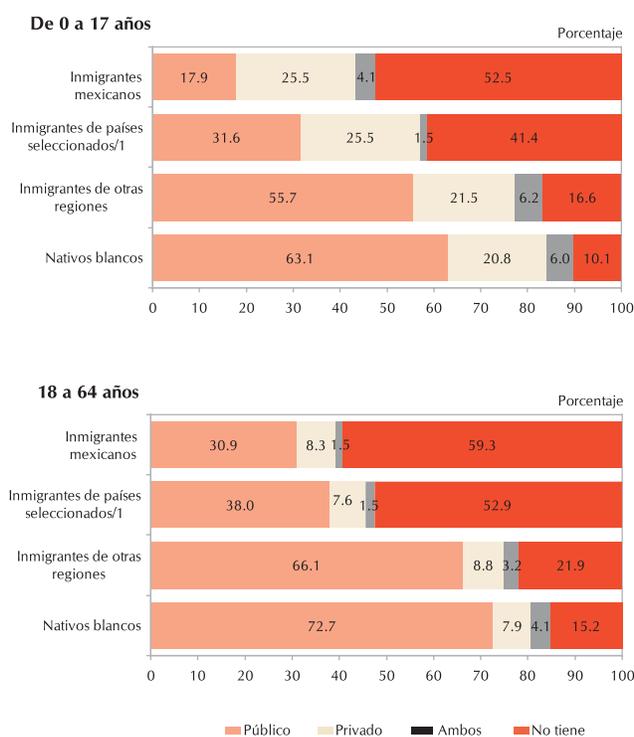
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

Los datos muestran que solamente 18 por ciento de los niños y jóvenes mexicanos y 31 por ciento de los adultos del mismo origen cuentan con un seguro médico privado, el cual es obtenido fundamentalmente mediante el empleo. Estos índices, en comparación con los correspondientes a los inmigrantes de otros países de Latinoamérica y, sobre todo, con los de los demás inmigrantes (56 y 66%) y la población nativa blanca (63 y 73%), resultan ser extraordinariamente bajos (Véase figura 22).

#### **La concentración de los latinoamericanos en empleos que implican ciertos riesgos 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 según el tipo de ocupación, en disfavor de los trabajadores que laboran en las actividades menos calificadas y en beneficio de aquellos que se insertan en el tope de la escala ocupacional.

**Figura 22. Población inmigrante (de México y otras regiones) y Nativa blanca por grupos de edad y tipo de cobertura de salud en Estados Unidos, 2007**



Nota: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

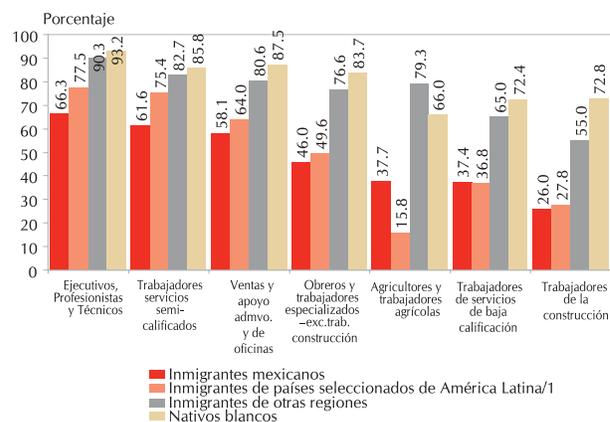
El bajo nivel de escolaridad y el *estatus* de indocumentado que caracterizan a una significativa parte de los trabajadores inmigrantes latinoamericanos contribuyen a su sobrerrepresentación en actividades menos valoradas económicamente, al mismo tiempo que “desobligan” a los empleadores de otorgarles algún tipo de prestación.

Las ocupaciones en la industria de la construcción, agricultura y servicios de menor calificación —que concentran a un elevado número de trabajadores inmigrantes latinos— son, por mucho, las que muestran las mayores tasas de desprotección en materia de seguridad médica. Solamente 26 por ciento de los mexicanos que trabajan en la cons-

trucción y 38 por ciento de los que trabajan en la agricultura están asegurados (Véase figura 23), pese a que existe una elevada incidencia de accidentes laborales en estos sectores. Al respecto, resulta alarmante constatar que casi la mitad de las víctimas de accidentes laborales mortales registrados entre las poblaciones inmigrantes en Estados Unidos es de origen mexicano (Véase figura 24).

En el otro extremo, las ocupaciones profesionistas y técnicas se caracterizan por altos niveles de cobertura de seguridad médica, aunque persiste el patrón de desventaja de los mexicanos (66%) frente a otras poblaciones (78, 90 y 93% en otros latinoamericanos, otros inmigrantes y nativos blancos, respectivamente). Lo anterior sugiere que la posibilidad de negociar prestaciones laborales se halla supeditada, entre otros factores, a los estereotipos respecto a la “mano de obra mexicana”, la cual tiende a ser menos valorada que otros grupos poblacionales, sobre todo blancos.

**Figura 23. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca con seguridad médica según tipo de ocupación en Estados Unidos, 2007**

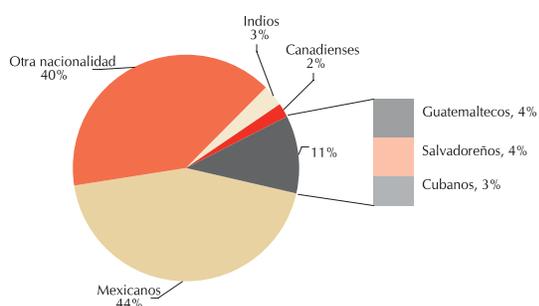


Nota: \*/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Bureau of Census, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

**Figura 24. Riesgos laborales entre la población inmigrante en Estados Unidos**

Heridas mortales relacionadas con el trabajo sufridas por trabajadores extranjeros en Estados Unidos según nacionalidad de origen, 2006



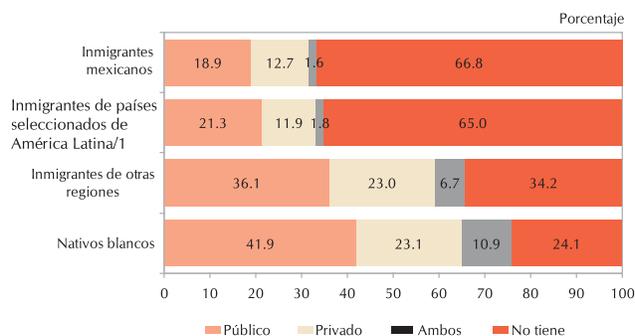
Fuente: Estados Unidos, Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, 2007.

**La falta de cobertura de seguridad médica afecta mayoritariamente a la población mexicana de menores ingresos**

La mitad de la población mexicana residente en Estados Unidos que carece de seguridad médica se inserta en familias de bajos ingresos. Sin embargo, se registra un muy limitado acceso de esta población a los programas federales orientados a atender la salud de las poblaciones con mayores carencias: sólo uno de cada cinco cumple con los criterios de elegibilidad que le permite beneficiarse de un seguro público de salud, a la vez que 67 por ciento se encuentra sin seguridad médica. Esta situación es compartida por los inmigrantes procedentes de otros países latinoamericanos, lo que corrobora las desventajas socioeconómicas de la población inmigrante latina en territorio estadounidense (Véase figura 25).

El patrón desigual de seguridad médica de los mexicanos y otros latinoamericanos de menor edad que viven en contextos de escasos recursos es similar al observado en los demás grupos de edad. Los niños y jóvenes de este origen se encuentran en una situación de gran desventaja respecto a la población

**Figura 25. Población inmigrantes (de México y otras regiones) y nativa blanca de bajo ingreso\* por tipo de cobertura de salud en Estados Unidos, 2007**



Notas: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

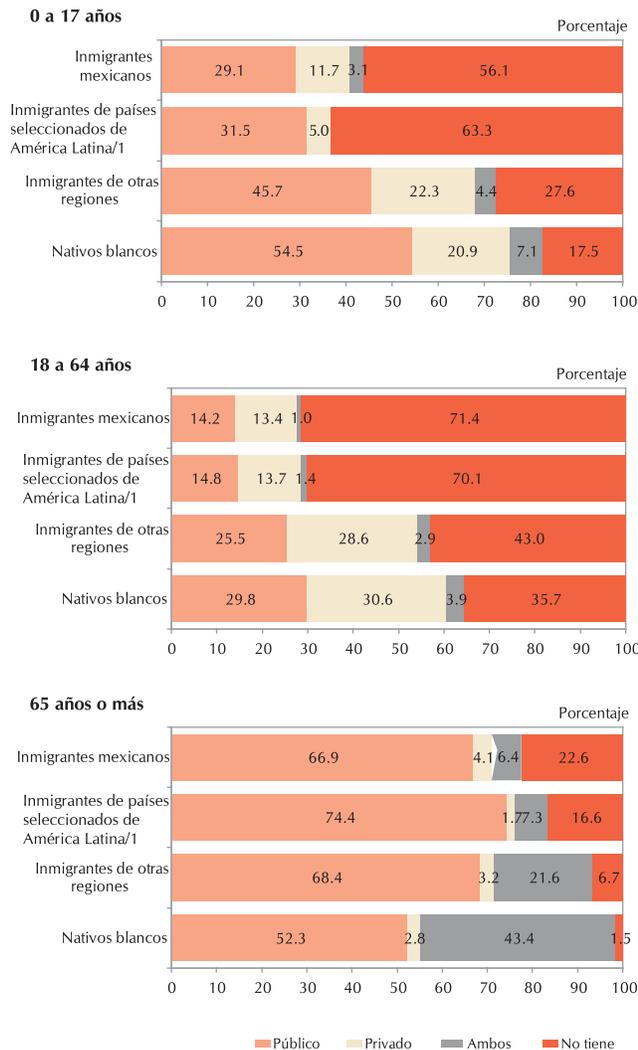
\*Ingreso por debajo de 150% de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, marzo de 2007.

de otros países y, sobre todo, la nativa blanca: 56 y 63 por ciento carecen de seguridad médica, mientras que las cifras correspondientes a los inmigrantes de otras nacionalidades y a los nativos blancos son de 28 y 18 por ciento, respectivamente (Véase figura 26). Los programas de salud públicos, como *Medicaid* y el Programa de Seguro de Salud para los Niños-*Children's Health Insurance Program (CHIP)*, por sus siglas en inglés), son determinantes para garantizar la protección de los menores de edad de escasos recursos. Sin embargo, en virtud de su condición migratoria (o la de sus padres), los niños y jóvenes mexicanos se caracterizan por un menor acceso a los programas públicos de salud (32% global, del que 29% está exclusivamente asegurado por un programa público y 3% se beneficia también de un seguro privado), en comparación con los inmigrantes de otras regiones y los nativos blancos.

Asimismo, cabe destacar la condición sumamente alarmante de casi uno de cada cuatro adultos mayores mexicanos que viven en Estados Unidos en condición de pobreza, toda vez que carecen de todo tipo de seguridad médica. De nueva cuenta,

**Figura 26. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca de bajo ingreso\* por grupos de edad y tipo de cobertura de salud residente en Estados Unidos, 2007**



Notas: 1/Incluye: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador.

\*Ingreso por debajo de 150% de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

resultan notorios los obstáculos que enfrentan los adultos mayores mexicanos para tener acceso a los programas públicos de salud: sólo dos de cada tres cuentan con este tipo de cobertura. Naturalmente, el estado de salud de esta población —migrante, vieja y de escasos recursos— se encuentra en una situación de enorme vulnerabilidad, ante la imposibilidad de acudir a los servicios de cuidado médico; situación que es compartida por más de uno de cada cuatro adultos mayores.

Figura 27. Principales programas gubernamentales de salud en los Estados Unidos.

Programa	Definición básica	Número de esquemas bajo este nombre	Principales criterios de elegibilidad	Fuentes de financiamiento	Grupos Ampliados.	Coberturas / partes Obligatorias / sin prima	Básicas del Programa. Opcionales / con prima.
<b>MEDICAID</b>	El programa otorga beneficios médicos a personas de bajos recursos que no tienen seguro médico, o que tienen un seguro médico no apropiado. MEDICAID es un programa a nivel federal y/o estatal, administrado por cada estado, los cuales establecen sus propias normas de elegibilidad, servicios y cobertura, dentro de las pautas federales.	51 programas, uno para cada estado de la Unión Americana; incluyendo el Distrito de Columbia, más los programas de los territorios de los Estados Unidos <sup>1</sup> , todos bajo una denominación diferente.	En función principalmente del nivel de ingresos; además de cualquiera de los siguientes supuestos: 1-. Familias de escasos recursos con niños o menores dependientes, que reciben ayuda económica por medio de Seguridad Social; 2-. Niños menores de 6 años de edad de familias de escasos recursos; 3-. Mujeres embarazadas de familias de escasos recursos; 4-. Personas que por su condición de vejez, ceguera o discapacidad, cumplen con los requisitos de elegibilidad. Entre la población inmigrante se requiere también de la ciudadanía de los EUA y/o residencia legal permanente de un mínimo de 5 años continuos en el país	Federal / Estatal <sup>2</sup> / Local <sup>2</sup> .	Incluye a otros grupos poblacionales <sup>3</sup> , los cuales varían según el estado de la Unión Americana.	Algunos servicios deben cubrirse obligatoriamente por cada estado, a fin de recibir fondos federales. 1-. Servicios hospitalarios del paciente internado 2-. Servicios hospitalarios del paciente no internado (ambulatorio) 3-. Cuidado prenatal 4-. Inmunizaciones para los niños 5-. Servicios del médico general 6-. Servicios de enfermería de oficina 7-. Servicios de laboratorio clínico y de radiodiagnóstico 8-. Evaluaciones de diagnóstico y tratamiento 9-. Servicios pediátricos y a la familia por expertos de la salud 10-. Equipo médico duradero y cuidados médicos en el hogar a personas elegibles 11-. Transportación de emergencia incluyendo servicio de ambulancia 12-. Servicios en casa de asistencia	Existen servicios adicionales que son optativos en el programa y cada estado decide que otros servicios desea incluir dentro de su cobertura. 1-. Servicios clínicos rurales de salud 2-. Evaluaciones preventivas de diagnóstico 3-. Servicios de rehabilitación 4-. Cuidado dental de emergencia y dentaduras 5-. Cuidados para pacientes en etapa terminal 6-. Cuidado en hospital para pacientes internados por enfermedades mentales 7-. Medicamentos con prescripción médica (pacientes internos y externos)

Continúa...

Figura 27. Principales programas gubernamentales de salud en los Estados Unidos.

Programa	Definición básica	Número de esquemas bajo este nombre	Principales criterios de elegibilidad	Fuentes de financiamiento	Grupos Ampliados.	Coberturas / partes	
						Obligatorias / sin prima	Básicas del Programa. Opcionales / con prima.
Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (SCHIP, por sus siglas en inglés) <sup>4</sup>	El programa otorga beneficios de salud a ciertos menores que cumplen con los requisitos de elegibilidad. SCHIP es un programa a nivel federal y/o estatal, administrado por cada estado, los cuales establecen sus propias normas de elegibilidad, servicios y cobertura, dentro de las pautas federales.	51 programas, uno para cada estado de la Unión Americana; incluyendo el Distrito de Columbia, más los programas de los territorios de los Estados Unidos <sup>1</sup> , todos bajo una denominación diferente.	En función principalmente del nivel de ingresos; además de cualquiera de los siguientes supuestos: 1-. Dirigido en la mayoría de los estados de la Unión Americana, a menores de 19 años de edad; 2-. A pesar de la flexibilidad de los estados de la Unión Americana para establecer los niveles de ingresos para ser elegible al programa, la mayor parte de ellos cubren a niños y/o menores de familias que se encuentran en o por debajo del 200% de la línea federal de pobreza <sup>2</sup> (FPL, por sus siglas en inglés); 3-. Niños y/o menores no asegurados de aquellas familias cuyos ingresos son altos para acceder a MEDICAID, pero demasiado bajos para acceder a los servicios de medicina privada. Entre la población inmigrante se requiere también de la ciudadanía de los EUA y/o residencia legal permanente de un mínimo de 5 años continuos en el país	Federal cuando el programa SCHIP es extensión del programa MEDICAID. Estatal cuando el programa SCHIP es independiente a MEDICAID, o ambos simultáneamente	No incluye.	Algunos servicios deben cubrirse obligatoriamente por cada estado, a fin de recibir fondos federales. 1-. Visitas generales al médico 2-. Inmunizaciones 3-. Hospitalizaciones y gastos derivados de éstas 4-. Servicios de laboratorio y de radiodiagnóstico 5-. Visitas médicas de emergencia 6-. Determinados medicamentos recetados 7-. Asistencia odontológica 8-. Atención oftalmológica 9-. Equipo médico duradero	Existen servicios adicionales que son optativos en el programa y cada estado decide que otros servicios desea incluir dentro de su cobertura.

Continúa...

Figura 27. Principales programas gubernamentales de salud en los Estados Unidos.

Programa	Definición básica	Número de esquemas bajo este nombre	Principales criterios de elegibilidad	Fuentes de financiamiento	Grupos Ampliados.	Coberturas / partes Obligatorias / sin prima	Opcionales / con prima.
<b>MEDICARE</b>	MEDICARE es un programa de seguro de salud federal, disponible solamente para ciertos individuos que caben dentro del grupo de elegibilidad reconocido por las pautas federales, para su administración, servicios y cobertura.	51 programas, uno para cada estado de la Unión Americana; incluyendo el Distrito de Columbia, más los programas de los territorios de los Estados Unidos <sup>1</sup> , todos bajo una misma denominación "MEDICARE".	En función principalmente del <i>status</i> de cualquiera de los siguientes supuestos: 1-. Personas de 65 años o más de edad (automático en parte A); 2-. Ciertas personas menores de 65 años de edad que presentan alguna discapacidad; 3-. Individuos con condiciones renales en etapa terminal (fallo permanente que requiere de diálisis o trasplante de riñón). Entre la población inmigrante se requiere también de la ciudadanía de los EUA y/o residencia legal permanente de un mínimo de 5 años continuos en el país	Federal.	No incluye.	<p><b>Parte A —Seguro de hospital o internación—</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-. Estadías hospitalarias o en sitios similares autorizados</li> <li>2-. Servicios y suministros hospitalarios recibidos durante una estancia hospitalaria</li> <li>3-. Algunos cuidados y atención de la salud en el hogar de manera limitada y razonable</li> <li>4-. Cuidados de hospicio que incluyen: Cuidado de personas en etapa terminal para el control de síntomas y alivio del dolor, etc.</li> </ol>	<p><b>Parte B —Seguro médico—</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-. Cuidado médico durante la hospitalización (honorarios)</li> <li>2-. Cuidado médico ambulatorio en el hospital</li> <li>3-. Servicios de laboratorio y de radiodiagnóstico</li> <li>4-. Equipo médico duradero (sillas de ruedas, tanques de oxígeno, andaderas, etc.)</li> <li>5-. Servicio médico de especialidades</li> <li>6-. Hospitalización parcial siquiátrica</li> <li>7-. Servicio de ambulancia</li> <li>8-. Algunas evaluaciones preventivas de diagnóstico</li> <li>9-. Algunos servicios y atenciones que no cubre la parte A</li> </ol> <p><b>Parte C —MEDICARE Advantage—</b> Ofrece la cobertura de las partes A y B del programa y beneficios adicionales que no cubren dichas partes, en una condición de plan privado sin importar si la persona utiliza o no los servicios médicos.</p> <p><b>Parte D —Medicamentos recetados—</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-. Medicamentos recetados y otros insumos necesarios tales como: Jeringas, agujas, toallitas con alcohol, gasas, etc.</li> </ol>

Notas: 1/ Los territorios de los Estados Unidos incluyen: Las Islas Vírgenes, Puerto Rico e islas en el Pacífico (excepto Hawaii).

2/ La participación estatal y en su caso local es voluntaria.

3/ Incluye a otros grupos poblacionales en un sentido más amplio, entre los que se encuentran: Infantes de hasta 1 año de edad y mujeres embarazadas no cubiertas bajo ciertas reglas en el nivel de ingresos o renta fijadas por cada estado; Menores de 21 años de edad de acuerdo a criterios más liberales en el nivel de ingresos y renta de la familia; Ciertas personas discapacitadas que trabajan, entre otros grupos.

4/ La información corresponde al programa SCHIP financiado con fondos federales.

5/ De acuerdo a la línea federal de pobreza, manejada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

6/ Existe un plan privado ofrecido por las aseguradoras que supe al programa original de MEDICARE, denominado MEDIGAP el cual ofrece todos beneficios del plan original de MEDICARE y servicios accesorios, además de cubrir otros costos para el cuidado de la salud (deducibles, co-seguros y otros gastos de las partes A y B).

7/ El alcance de las coberturas de los distintos programas corresponde a las normas y reglas federales para efecto de coberturas, las cuales pueden variar de un estado a otro, o de acuerdo al plan de cobertura al que tiene derecho el beneficiario o beneficiarios.

Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en datos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

## Capítulo III

### Utilización de servicios de cuidado de salud y seguridad médica

Una de las principales fracturas sociales en Estados Unidos es la que distingue grupos étnicos y raciales. Las inequidades en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos responden y expresan procesos de integración social que difieren según estas categorías, junto con el *estatus migratorio*. En este sentido, el conjunto de la población inmigrante latina se encuentra en condiciones de mayor vulnerabilidad y desprotección. Los magros procesos de integración de esta población, en particular la mexicana, tienen su correlato en menores posibilidades de acceder con regularidad a los centros de cuidado médico, lo que incide negativamente en su estado de salud.

La seguridad médica constituye el principal mecanismo para acceder a los servicios de atención médica de manera periódica, en tanto 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— 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 bajos ingresos. Lo anterior significa que, aún si se cuenta con seguridad médica, las disparidades socioeconómicas entre grupos contribuyen a determinar prácticas diferenciadas de cuidado de la salud. Por otro lado, es importante referir que,

además de las limitaciones financieras, las poblaciones inmigrantes de escasos recursos también pueden enfrentar barreras culturales, lingüísticas y legales que dificultan el acceso a los servicios de cuidado médico.

#### Acceso a servicios de salud y seguridad médica

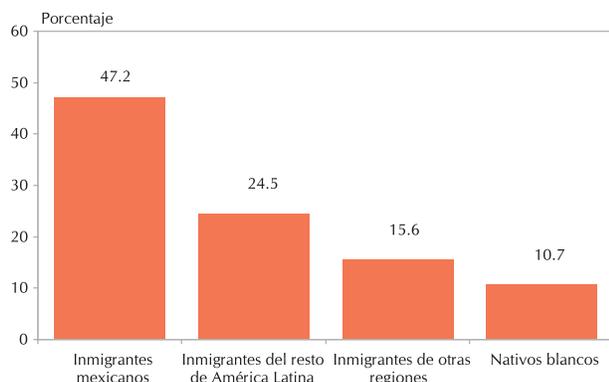
#### *Casi la mitad de la población mexicana residente en Estados Unidos declara no contar con un lugar donde recibir atención médica periódica*

Un monitoreo consistente del estado de salud implica, perentoriamente, disponer de un lugar de atención médica regular. Existen notorias discrepancias entre grupos poblacionales, y los mexicanos se encuentran en una posición de mayor desventaja relativa: casi la mitad no cuenta con una fuente de atención médica periódica, mientras que esta situación sólo afecta a una cuarta parte de los restantes inmigrantes latinoamericanos,<sup>3</sup> a 16 por ciento de los inmigrantes no latinos y a once por ciento de la población nativa blanca (Véase figura 28).

La situación de desventaja de los mexicanos se reproduce en todos los grupos de edad, aunque es

<sup>3</sup> A diferencia de los capítulos anteriores, que analizaban la situación de un conjunto de países latinoamericanos seleccionados (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Colombia y Ecuador); en este capítulo y en el siguiente la categoría "resto de América Latina" incluye a todas las naciones latinoamericanas, con excepción de México. Este tratamiento de la información se debe a que existen limitaciones en las fuentes que impiden un análisis estadístico significativo diferenciado por país.

**Figura 28. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca que no cuenta con un lugar de atención médica regular en Estados Unidos, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

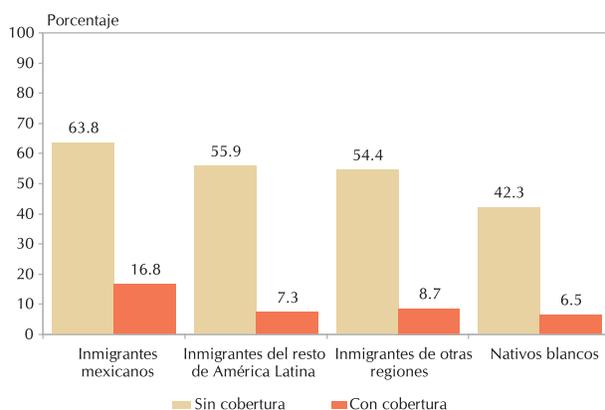
importante establecer que las implicaciones de no contar con un médico regular tienen un diferente grado de gravedad, según la etapa del ciclo de vida.

Sin duda, no disponer de cobertura de seguridad médica afecta negativamente la utilización regular de servicios de cuidado de salud, tanto para fines de prevención como para fines de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Como ya fue mencionado, un vínculo débil de una población con los servicios de salud incide desfavorablemente en su estado de salud.

En el capítulo anterior se demostró que la falta de seguridad médica afecta mayoritariamente a los grupos poblacionales más desfavorecidos. Los datos muestran claramente que las personas que no disponen de un seguro de salud son más proclives a no contar con un médico regular, y esa propensión es más frecuente en los nativos de México (64%) que en otros grupos inmigrantes (alrededor de 55%) y la población nativa blanca (42%) (Véase figura 29). Es muy probable que el bajísimo nivel de utilización de servicios médicos de manera regular por parte de los mexicanos no asegurados

esté relacionado no sólo con mayores dificultades financieras, sino también con el temor asociado a la carencia de documentos y a barreras de orden lingüístico y cultural.

**Figura 29. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca que no cuenta con un lugar regular de atención médica en Estados Unidos según cobertura de seguridad médica, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

### **Tipo de servicio de atención médica**

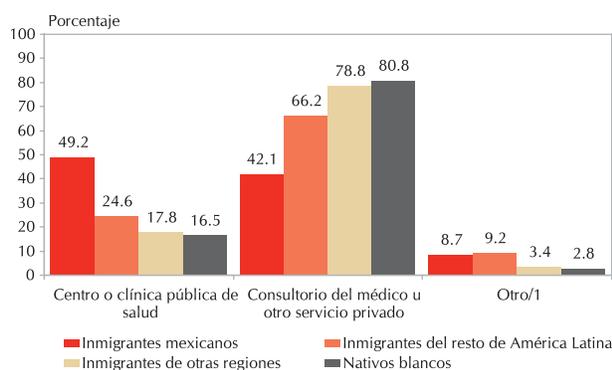
#### ***Los inmigrantes mexicanos son menos propensos a ser atendidos por médicos privados***

La calidad del servicio médico recibido está muy vinculada con el tipo de fuente de atención médica. 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. Naturalmente, el tipo de servicio de salud utilizado refleja las disparidades socioeconómicas prevaletentes entre grupos poblacionales.

Entre los mexicanos que cuentan con una fuente regular de atención de la salud, la mayoría utiliza

centros o clínicas públicas (49%). En contraparte, la proporción que cuenta con una fuente regular de atención médica privada (42%) es significativamente inferior a la que presentan otros latinos (66%) y, sobre todo, los inmigrantes de otras regiones (79%) y los nativos blancos (81%) (Véase figura 30). Estas cifras hablan de desigualdades sociales en el sistema de salud, donde los grupos menos favorecidos son, con mucha mayor frecuencia, objeto de una supervisión médica menos personalizada y menos especializada.

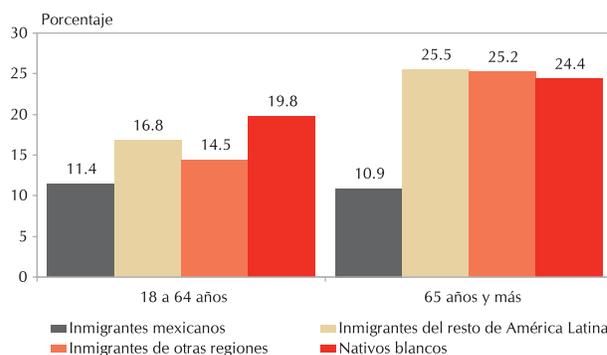
**Figura 30. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca según tipo de fuente de atención médica en Estados Unidos, 2006**



Nota: 1/Otro: incluye unidad de emergencias, departamento de pacientes externos de un hospital y otros lugares.  
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

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 los inmigrantes nativos de México (11%) respecto de otras poblaciones permite negar tal aseveración, más aún teniendo en consideración su mayor exposición a accidentes laborales, muchos de ellos mortales (Véase figuras 31 y 24).

**Figura 31. Población inmigrante de 18 años y más (de México y otras regiones) y nativa blanca que utiliza unidades hospitalarias de emergencia en Estados Unidos, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

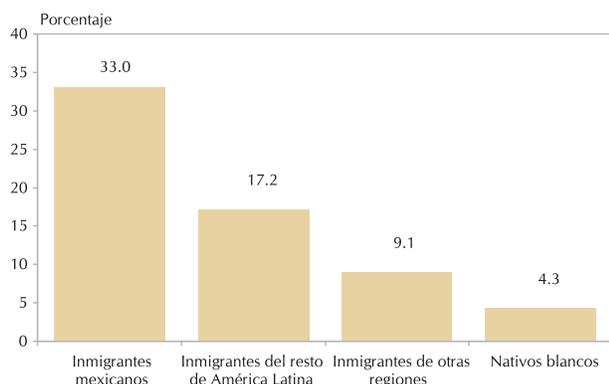
## Niños y adolescentes

### Cuidados médicos preventivos y primarios

**Uno de cada tres niños y adolescentes mexicanos no cuenta con un lugar de atención médica regular**

La niñez y la adolescencia constituyen etapas del ciclo de vida que requieren de una supervisión médica continua e integral. Una tercera parte de los niños y adolescentes mexicanos no cuenta con un lugar donde recibir atención médica de manera regular, lo cual obstaculiza un monitoreo consistente de su desarrollo físico e intelectual y de su estado de salud. La mayor vulnerabilidad de este grupo resulta más notoria, al considerar que esta cifra duplica la que presentan otros inmigrantes latinoamericanos, más que triplica la de los inmigrantes de otras regiones y supera en cerca de 30 puntos porcentuales la correspondiente a los niños y adolescentes nativos blancos (Véase figura 32).

**Figura 32. Población menor de 18 años inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca que no cuenta con un lugar de atención médica regular en Estados Unidos, 2006.**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

**Casi la mitad de los niños y adolescentes mexicanos no cumple con los criterios mínimos de cuidado de salud**

La periodicidad con la que los niños y adolescentes acuden a los servicios médicos constituye un indicador importante del cuidado de la salud. La Academia Americana de Pediatría enfatiza la importancia de que estos grupos sean objeto de un cuidado continuo en un contexto integral de atención a la salud. Esta organización recomienda que los niños mayores de dos años de edad tengan, como mínimo, una visita médica al año para evitar problemas de salud.<sup>4</sup> Se supone que aquellos que cumplen con este requisito son objeto de prácticas de prevención regulares que determinan favorablemente su desarrollo físico e intelectual (inmunizaciones, supervisión de su crecimiento, etcétera) y el estado de su salud a lo largo de la vida.

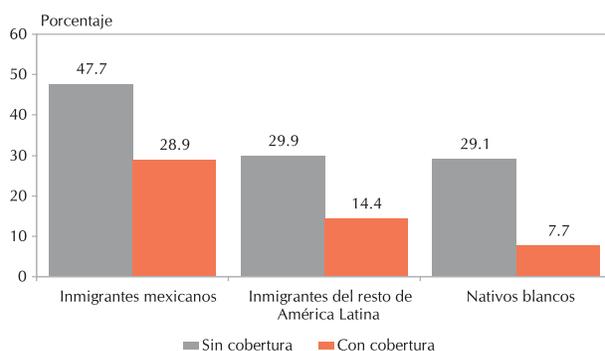
Los datos disponibles muestran cómo casi la mitad de los niños (mayores de dos años) y adolescentes mexicanos que residen en Estados Unidos

<sup>4</sup> Para los niños con menos de 24 meses, la Academia Americana de Pediatría recomienda un mayor número de visitas.

no cumplen con el estándar mínimo de monitoreo médico. Están así más expuestos al riesgo de no atender oportunamente enfermedades o de padecer problemas de desarrollo, lo que, a la larga, puede afectar su desempeño físico y escolar y situarlos en condiciones de alta vulnerabilidad frente algunos padecimientos y problemas relacionados con la salud.

No contar con una cobertura de seguridad médica se refleja en un mayor incumplimiento de dichos estándares en todas las poblaciones analizadas, aunque esta situación resulta particularmente patente en la población mexicana: 48 por ciento no visitó o hizo una visita extemporánea al médico (Véase figura 33). A su vez, en comparación con otras poblaciones, la baja proporción de niños y adolescentes mexicanos asegurados que recibió una supervisión oportuna de su estado de salud sugiere que las limitaciones financieras para poder cubrir la fracción del gasto que les corresponde siguen siendo determinantes.

**Figura 33. Población de 2 a 17 años inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos que no acudió al médico en el último año según cobertura de seguridad médica, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

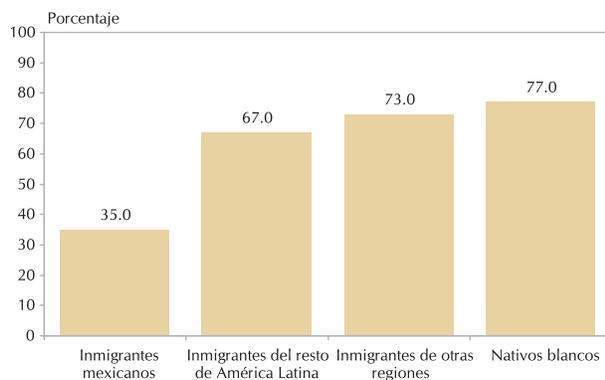
Cabe subrayar la situación sumamente alarmante de todos aquellos que nunca acudieron a un médico en Estados Unidos. Esta situación afecta a 78 mil

niños y adolescentes mexicanos que radican en el país; la gran mayoría de ellos (68%), carece de un seguro médico.

### ***Las visitas al dentista son poco frecuentes entre los mexicanos***

Las visitas rutinarias al dentista constituyen un indicador importante de las acciones preventivas y paliativas de salud llevadas a cabo por una población. Los datos disponibles muestran que los niños y adolescentes mexicanos, en comparación con otros grupos, son poco propensos a ir al dentista, lo que dificulta la posibilidad de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades dentales con oportunidad. Sólo 35 por ciento de los mexicanos de este grupo de edad acude a un consultorio de esta especialidad en un lapso inferior a un año, lo que representa prácticamente la mitad de la proporción correspondiente a otros latinos (67%), inmigrantes de otras regiones (73%) y nativos blancos (77%) (Véase figura 34). De nueva cuenta, disponer de seguridad médica incide favorablemente en la frecuencia de visitas al dentista.

**Figura 34. Población de 2 a 17 años inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca que acudió al dentista en el último año en Estados Unidos, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

## ***Adultos y adultos mayores***

### ***Cuidados médicos preventivos y primarios***

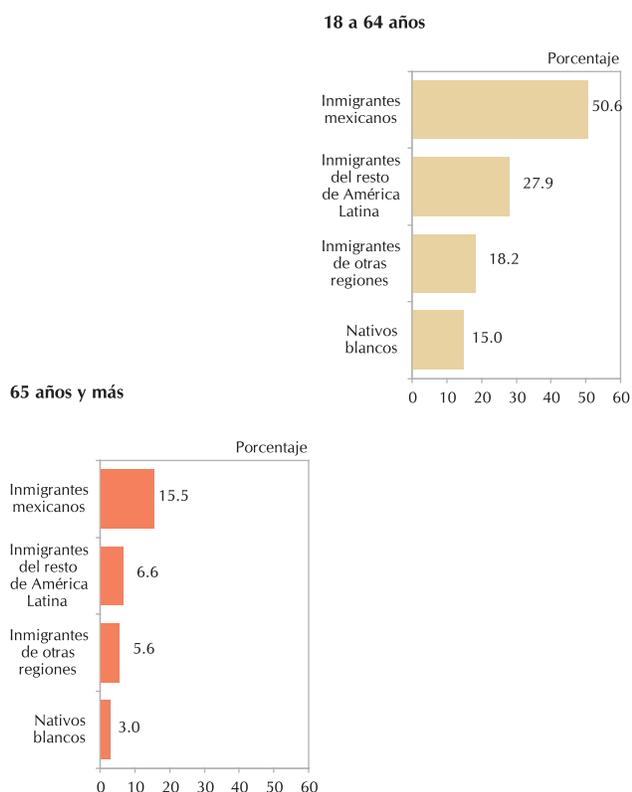
#### ***Los adultos y adultos mayores mexicanos tienen menos posibilidades de contar con un lugar de atención médica regular***

En comparación con otros grupos poblacionales del mismo rango de edad, los inmigrantes adultos mexicanos son mucho menos propensos a contar con una fuente regular de atención médica en Estados Unidos, lo que habla de la existencia de notorias discrepancias en las oportunidades de beneficiarse de un monitoreo continuo y consistente del estado de salud. La mitad no dispone de un lugar donde acudir normalmente para recibir cuidados de salud, a la vez que las proporciones correspondientes para el conjunto de los demás inmigrantes latinoamericanos, inmigrantes de otras regiones y nativos blancos ascienden, respectivamente, a 28, 18 y 15 por ciento (Véase figura 35).

Estas mismas cifras referentes a los adultos mayores corroboran la desventaja relativa de los mexicanos, dado que 16 por ciento no cuenta con un lugar regular para la atención de su salud; situación que sólo ocurre en alrededor de seis por ciento entre los demás inmigrantes y en tres por ciento entre los nativos blancos (Véase figura 35).

Si bien la población mexicana de mayor edad cuenta más frecuentemente que los adultos del mismo origen con una fuente médica regular, es importante reconocer que ese grupo se encuentra en una etapa de la vida en que el estado de la salud se deteriora más rápidamente y se desarrollan enfermedades crónico-degenerativas. En consecuencia, los problemas asociados con la falta de un cuidado médico continuo y consistente se multiplican cuando la población se encuentra en la vejez.

**Figura 35. Población de 18 años y más inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca que no cuenta con un lugar de atención médica regular en Estados Unidos, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

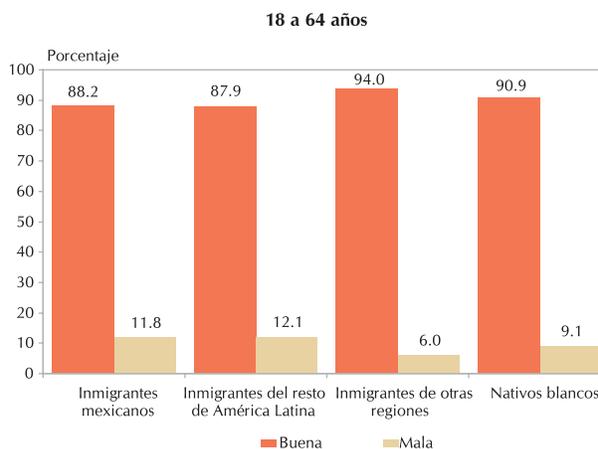
***A diferencia de la población adulta, la gran mayoría de la población mexicana de edad mayor se percibe con problemas de salud***

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 o excelente. 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. En contraparte, el estándar mínimo para aquellos que se perciben con un buen o excelente estado de salud es de una visita médica cada dos años, en el caso de la población adulta,<sup>5</sup> y cada año, en caso de los adultos mayores.

No se descubren diferencias importantes entre poblaciones en las percepciones de los adultos sobre su estado de salud: solamente alrededor de uno de cada diez reporta un regular o malo estado de salud. Las discrepancias ocurren, sin embargo, entre la población de mayor edad, toda vez que casi 60 por ciento de los adultos mayores mexicanos (que en total corresponden a poco más de 5% del total de mexicanos en el país) considera tener problemas de salud; mientras que sólo 34 por ciento de los inmigrantes latinoamericanos y poco más de una quinta parte de los inmigrantes de otras regiones y nativos blancos se autoevalúa de esa manera (Véase figura 36).

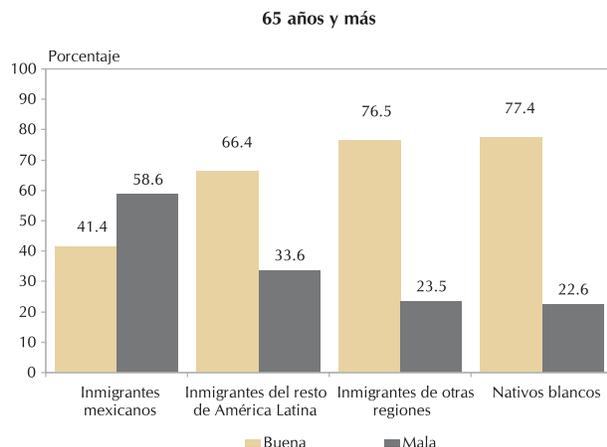
**Figura 36. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos según percepción de salud, 2006**



Continúa...

<sup>5</sup> Este criterio se basa en las recomendaciones de la Asociación Americana Médica y de otras asociaciones afines.

Figura 36. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos según percepción de salud, 2006



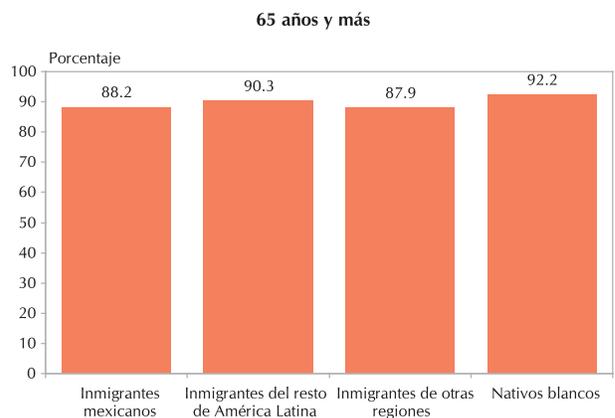
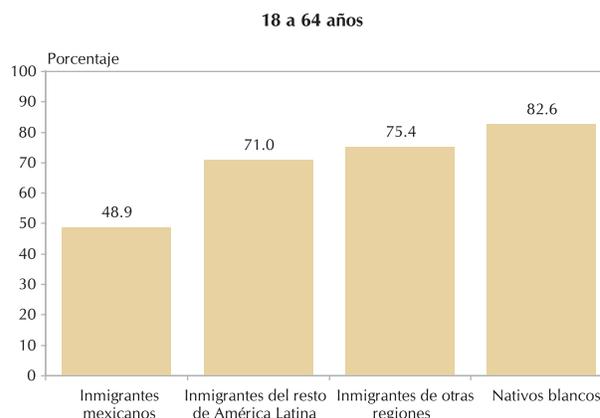
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

**Los adultos mexicanos no asegurados con problemas de salud son menos propensos a recibir atención médica oportuna**

Los datos muestran que los adultos mexicanos que perciben su estado de salud como regular o malo son mucho menos propensos que otros grupos poblacionales para consultar un médico en un corto espacio de tiempo: menos de la mitad acude al médico en un lapso inferior a seis meses, una cifra que resulta muy inferior a la que presentan otras poblaciones inmigrantes y la población nativa blanca (Véase figura 37).

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 38). Sin embargo, se descubren importantes discrepancias que sugieren que los nativos mexicanos, sobre todo los no asegurados, se confrontan con mayores dificultades para acudir

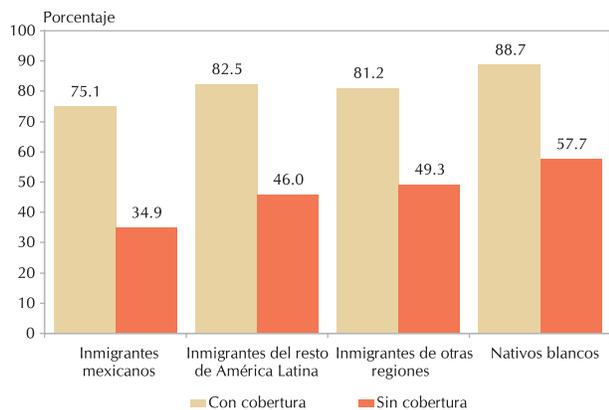
Figura 37. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos que percibe como regular o mala su salud y acudió al médico en los últimos seis meses en Estados Unidos, 2006



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

al médico. Mientras que 75 por ciento de la población adulta mexicana asegurada que se percibe con un estado de salud regular o malo visita un médico en un lapso inferior a seis meses, la proporción correspondiente para los no asegurados del mismo origen es de solamente 35 por ciento. Estas cifras reiteran nuevamente la condición de mayor vulnerabilidad de los nativos de México.

**Figura 38. Población de 18 a 64 años inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos que percibe como regular o mala su salud y acudió al médico en los últimos seis meses en Estados Unidos, 2006**



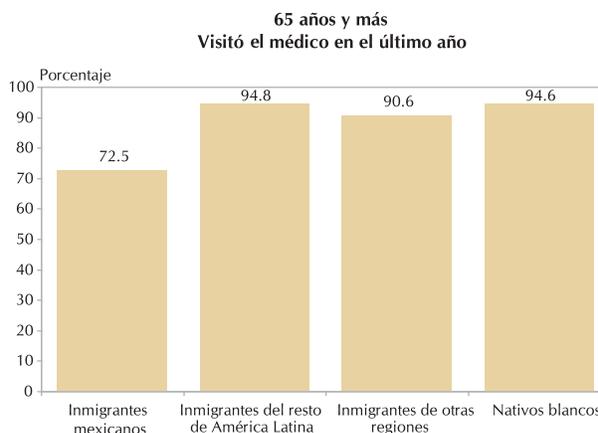
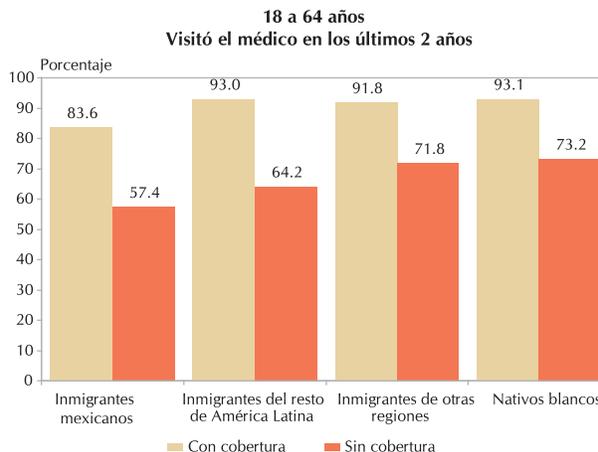
Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

**Los mexicanos que se perciben con buena salud visitan el médico con menor frecuencia**

A su vez, entre los adultos que se consideran con buena salud, los mexicanos, particularmente los que carecen de un seguro de salud, destacan por ser los que menos acuden a los servicios médicos en un periodo inferior a dos años (84% los asegurados y 57% los no asegurados) (Véase figura 39).

También entre los adultos mayores mexicanos persiste una menor tendencia para recibir un monitoreo médico en un lapso recomendable: sólo 73 por ciento recibe atención médica en un periodo inferior a un año, mientras que las proporciones correspondientes de los demás inmigrantes latinoamericanos, inmigrantes de otras regiones y nativos blancos resultan bastante superiores (95, 91 y 95%, respectivamente).

**Figura 39. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos que se percibe en buen estado de salud, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

En cambio, existe una significativa proporción de adultos mexicanos que reportan contar con un buen estado de salud pero que no ha acudido a los servicios de salud en los lapsos recomendables (17% los asegurados y 43% los no asegurados); situación que comparte el 28 por ciento de la población mexicana de mayor edad (Véase figura 40). Lo anterior se traduce en una mayor exposición al

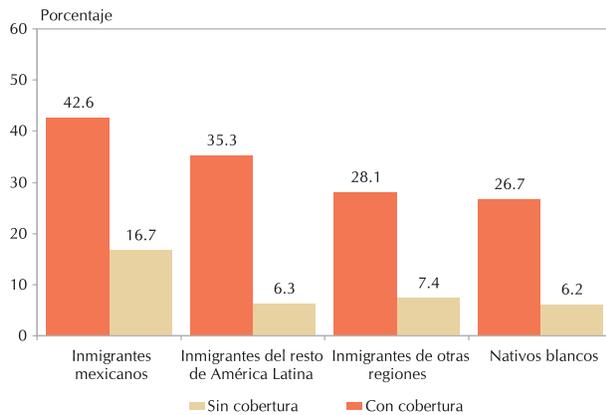
riesgo de no prevenir oportunamente el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, u otro tipo de enfermedades que tienen una elevada incidencia entre mexicanos.

### Exámenes de detección de cáncer

#### Los latinos realizan con menor frecuencia exámenes de detección de cáncer

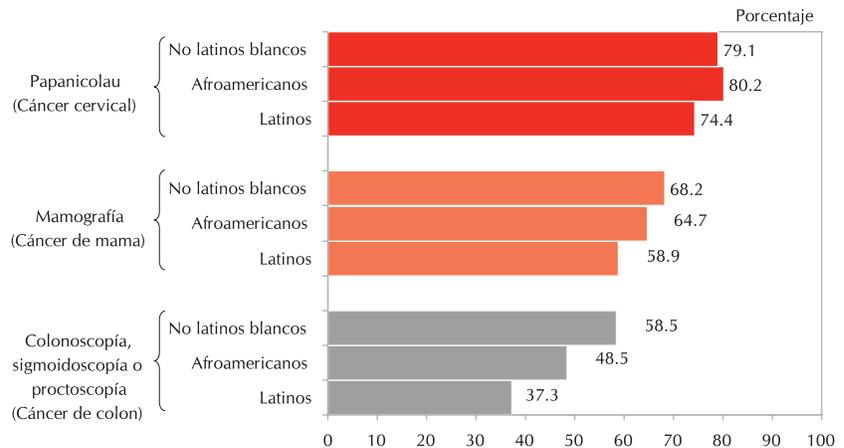
Las disparidades en el acceso al cuidado de la salud descritas anteriormente se reflejan también en las acciones llevadas a cabo para prevenir el desarrollo de cáncer. De nueva cuenta, los exámenes orientados a prevenir oportunamente el desarrollo de este tipo de enfermedad son realizados en menor proporción por la población latina en Estados Unidos (Véase figura 41). Como ya fue acusado, estas discrepancias entre grupos resultan y expresan otras formas de desigualdad social en Estados Unidos.

Figura 40. Población de 18 a 64 años inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos que se percibe con buena salud y no acudió al médico en los últimos dos años, 2006



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

Figura 41. Exámenes para la detección oportuna de cáncer, 2005



Nota: Hombres y mujeres de 50 años y más que nunca han informado de una colonoscopia, sigmoidoscopia o proctoscopia o ha tenido un examen fecal de sangre en los 2 últimos años. Mujeres de 40 y más años que hicieron una mamografía en un periodo inferior a dos años. Mujeres de 18 años y más que hicieron un papanicolau en un periodo inferior a tres años.

Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en *National Healthcare Disparities Report*, 2007.



## Capítulo IV

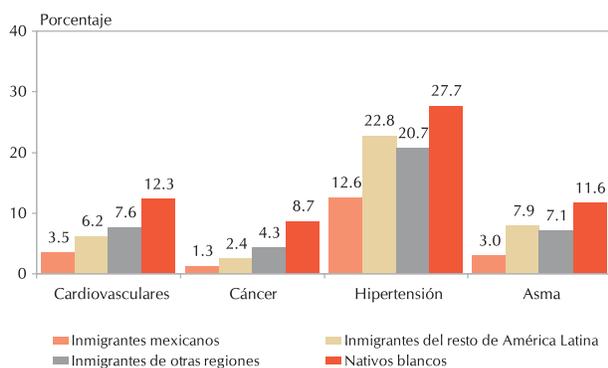
### Padecimientos de salud

#### Prevalencia de enfermedades

##### *Los inmigrantes mexicanos presentan indicadores de salud más favorables que otras poblaciones*

Las estadísticas disponibles sobre la prevalencia de una amplia gama de padecimientos sugieren que los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos, en particular los mexicanos, perfilan una mejor condición de salud que otros grupos poblacionales.

**Figura 42. Padecimientos de la población de 18 años y más inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos, 2006**



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

Por ejemplo, los datos relativos a enfermedades cardiovasculares y cáncer —las dos principales causas de muerte entre latinos en Estados Unidos—, así como sobre hipertensión y asma, ponen de manifiesto una menor prevalencia de estos padecimientos entre los inmigrantes mexicanos, que entre los otros inmigrantes latinoamericanos, los inmigrantes de otras regiones y los nativos blancos (Véase figuras 42 y 43).

El buen estado de salud de los nativos mexicanos respecto de otros grupos reportado por las estadísticas disponibles resulta, por diversas razones, paradójico y, de algún modo, engañoso. En otras palabras, la prevalencia de enfermedades puede ser más elevada que la registrada en las estadísticas. Por lo general, al llegar al país receptor, las poblaciones inmigrantes revelan mejores indicadores de salud que la población nativa. Una razón comúnmente aceptada para explicar lo anterior radica en que el proceso migratorio es, por naturaleza, exigente y auto-selectivo, y son los más aptos los que más migran. Otra razón es el carácter más joven de las poblaciones inmigrantes respecto a la población nativa. Sin embargo, con el tiempo, los inmigrantes tienden a adquirir una cultura de hábitos poco saludables, propios de la sociedad en que se insertan, los cuales inciden negativamente en su estado de salud.

Esta paradoja se incrementa si se considera también que existe una estrecha correlación entre nivel socioeconómico, seguridad médica y estado de salud. Dado el bajo nivel de ingresos y la limitada cobertura de seguridad médica (Véase capítulo II), se podría esperar que el estado de salud de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos no fuera

Figura 43: Principales causas de muerte por grupo étnico. Estados Unidos, 2005

Rango	Total	Latinos	Blancos no latinos	Afroamericanos no latinos	Asiáticos/Pacífico	Indios Americanos
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Cáncer	Enfermedades del corazón
2	Cáncer	Cáncer	Cáncer	Cáncer	Enfermedades del corazón	Cáncer
3	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes
4	Enfermedades crónicas de vías respiratorias bajas	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades crónicas de vías respiratorias bajas	Accidentes	Accidentes	Diabetes
5	Accidentes	Diabetes	Accidentes	Diabetes	Diabetes	Enfermedades cerebrovasculares

Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en CDC/NCHS, *National Vital Statistics System*, 2008.

tan promisorio, sobre todo para quienes cuentan con una larga estancia en el país. Si a todo lo anterior se añade también la menor frecuencia y oportunidad con que los mexicanos reciben atención médica –ya sea por barreras financieras, culturales o lingüísticas- (Véase capítulo III), es posible aventurar que la prevalencia de enfermedades en esta población está, de algún modo, subestimada.

Otro aspecto que respaldaría el argumento de la subestimación de padecimientos entre los inmigrantes mexicanos guarda relación con la migración de retorno. Es posible que algunos de los efectos de una salud poco cuidada en Estados Unidos se resientan ya en territorio mexicano, una vez que los migrantes en edad más avanzada retornen a sus comunidades de origen. En estos casos, serían las estadísticas epidemiológicas mexicanas, y no las norteamericanas, las que captarían los padecimientos de esa población.

Finalmente, cabe reconocer que ante la situación de enorme vulnerabilidad de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, otros actores están cumpliendo el papel de proveedores de salud, con lo que contribuyen a llenar el vacío dejado por el sistema de salud de este país. Destacan las iniciativas llevadas a cabo por las clínicas comunitarias, promotores de salud e iglesias, entre otros interlocu-

tores, que promueven el cuidado de la salud entre la población latina, incluyendo a quienes, por su condición migratoria, está excluida de los programas públicos orientados a los grupos más vulnerables. En este contexto, destacan los programas como la *Iniciativa de Salud de las Américas*<sup>6</sup> que han implementado diversas estrategias para mejorar la calidad de vida de los inmigrantes en territorio estadounidense, incluyendo la movilización de redes para la provisión de servicios de salud, formación de recursos, y el desarrollo de proyectos de investigación para profundizar en el conocimiento sobre el estado de la salud de la población latina. A su vez, el gobierno mexicano ha impulsado diversas iniciativas binacionales y desplegado una serie de programas enfocados a satisfacer las necesidades de salud de sus connacionales en Estados Unidos.<sup>7</sup>

### ***Ciertas enfermedades crónicas son muy frecuentes entre los mexicanos***

Pese a los indicadores que apuntan a un buen estado de salud, en general, diversos estudios han

<sup>6</sup> Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley.

<sup>7</sup> Destacan la Semana Binacional de Salud, el Programa de Salud del Migrante, el Programa Ventanillas de Salud, entre otros.

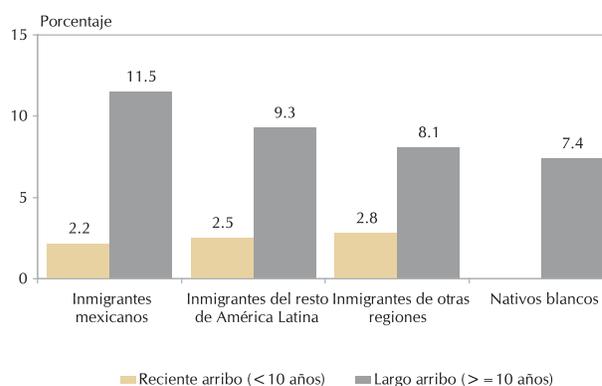
demostrado que los inmigrantes latinoamericanos, en particular los mexicanos, experimentan una elevada prevalencia de ciertas enfermedades crónicas e infecciosas —como la diabetes, el VIH/SIDA o la tuberculosis, entre otras— que demandan cuidados especiales a lo largo de la vida. El manejo efectivo de estas enfermedades requiere obligatoriamente de una atención médica continua e integral.

## Diabetes

Las fuentes de datos norteamericanas de cobertura nacional proporcionan una información muy limitada sobre ciertas enfermedades crónicas e infecciosas que afectan de manera sobresaliente a ciertos grupos inmigrantes. Sin embargo, es posible hacer un análisis comparativo de la prevalencia de la diabetes entre distintas poblaciones. Esta enfermedad resulta particularmente elevada entre los inmigrantes mexicanos de más larga estancia en Estados Unidos (12%), y es incluso mayor que la de la población nativa. A su vez, entre los inmigrantes mexicanos de reciente arribo sólo dos por ciento reporta padecer esta enfermedad; una cifra que es inferior a la que presentan otros inmigrantes con similar tiempo de estancia en el país (Véase figura 44). Lo anterior sugiere que los malos hábitos de alimentación adquiridos en Estados Unidos, conjugados con los efectos de un monitoreo médico insuficiente, han impulsado 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) (Véase figura 44).

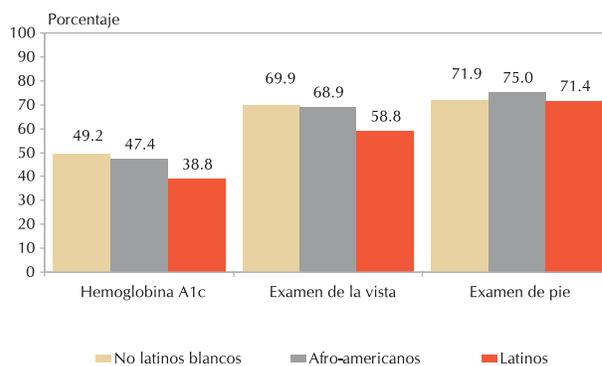
La diabetes es una enfermedad de gran gravedad que requiere ser manejada a lo largo de la vida. Sin un tratamiento y control adecuados, acarrea el riesgo de desarrollar complicaciones severas, tales como ceguera, amputaciones de los miembros inferiores, afecciones cardíacas y renales, entre otras. Por ello, el monitoreo continuo de la evolución de esta enfermedad constituye un requisito crucial para prevenir dichas complicaciones. Así pues, re-

Figura 44. Población diabética de 18 años y más en Estados Unidos, 2006



Fuente: Estimaciones de CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

Figura 45. Exámenes recomendables a población diabética en Estados Unidos, 2004

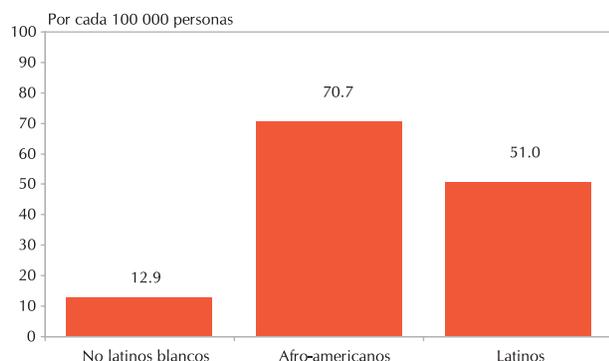


Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en *National Healthcare Disparities Report*, 2007.

sulta sumamente alarmante el bajo número de análisis de hemoglobina A1c, exámenes de la vista y otros estudios clínicos realizados por la población latina diabética residente en Estados Unidos<sup>8</sup> (Véase figura 45).

Ante una menor supervisión médica, no es sorprendente que los latinos en Estados Unidos registren, junto con los afro-americanos, las mayores tasas de admisión en los hospitales por complicaciones graves derivadas de diabetes no controlada (véase figura 46). La terrible disparidad en las tasas de amputaciones de miembros inferiores entre grupos minoritarios, como los latinos, y la población nativa blanca expresa de manera contundente la desventaja de no poder contar con un monitoreo efectivo de la diabetes (véase figura 47).

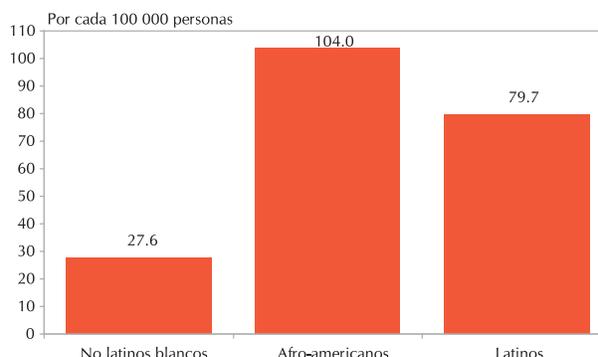
**Figura 46. Tasa de admisión a hospitales por complicaciones derivadas de diabetes no controlados, 2004**



Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en *National Healthcare Disparities Report*, 2007.

<sup>8</sup> En virtud de la escasez de información sobre los padecimientos que afectan los inmigrantes mexicanos y latinoamericanos —poblaciones analizadas en los capítulos previos—, en este capítulo se optó por añadir información referente a la población latina asentada en Estados Unidos, la cual, en rigor, incluye tanto a los inmigrantes latinoamericanos como a la población de ese origen que nació en dicho país.

**Figura 47. Tasa de admisión a hospitales para amputación de miembros inferiores por complicaciones derivadas de diabetes no controlados, 2004**



Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en *National Healthcare Disparities Report*, 2007.

## Accidentes

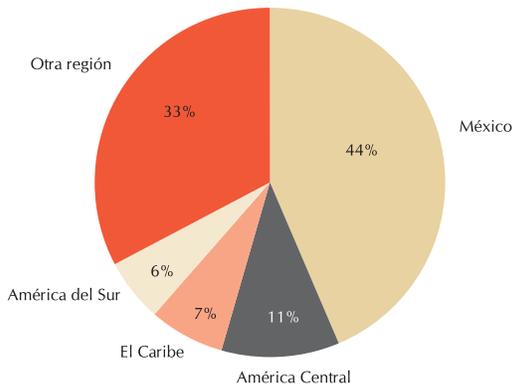
### *Los inmigrantes mexicanos están más expuestos a los accidentes laborales mortales*

Los accidentes constituyen la tercera causa de muerte de la población latina en Estados Unidos. Muchos de los accidentes que afectan a los inmigrantes latinoamericanos y en particular a los mexicanos ocurren en el espacio laboral. En efecto, estos grupos —que conforman el mayor contingente inmigrante en el país— están más expuestos a la negligencia en los mecanismos de protección y seguridad laboral, sobre todo los inmigrantes que se encuentran en una situación irregular.

Los datos disponibles sobre los accidentes laborales que afectan a los inmigrantes denuncian esta terrible situación: casi la mitad de las víctimas es nativo de México, a la vez que once por ciento es de Centroamérica y seis por ciento de América del Sur (Véase figura 48).

Lo anterior se inscribe en un contexto de creciente vulnerabilidad y desprotección laboral de la población latina en Estados Unidos que se expresa por

Figura 48. Distribución de accidentes mortales de inmigrantes en el trabajo en Estados Unidos por región de origen, 2007

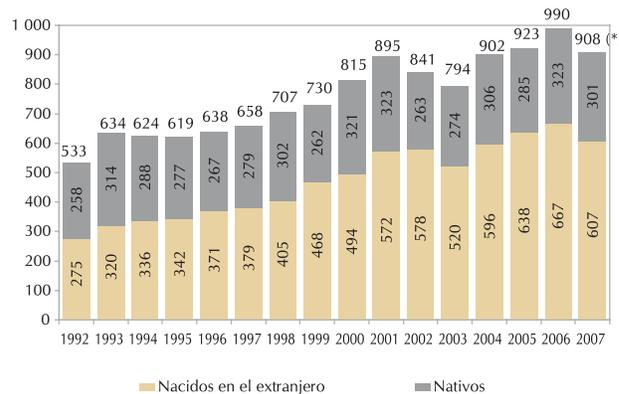
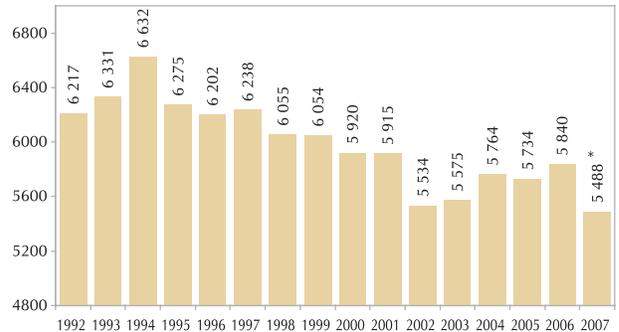


Fuente: U.S. Bureau of Labor Statistic, U.S. Department of labor, 2008.

un paulatino incremento en el tiempo del número de muertes relacionadas con accidentes de trabajo. Basta señalar que estos eventos duplicaron en los últimos 15 años, hasta alcanzar en 2007 a una cifra preliminar de 908 personas. De éstas, cerca de dos tercios nacieron en el extranjero. Esta tendencia es contraria a la observada a nivel nacional: los 5 488 decesos registrados en 2007<sup>9</sup> representan una disminución de trece por ciento respecto al total de 6 217 personas reportado en 1992 (Véase figura 49). La gravedad de estas cifras se evidencia con mayor claridad al constatar que el conjunto de latinos (inmigrantes y nativos) que fallecieron en el 2007 a raíz de un accidente laboral representó a 17 por ciento del total de accidentes de esa naturaleza en el país, al tiempo que los 607 trabajadores inmigrantes latinoamericanos fallecidos representaron once por ciento.

En buena medida la elevada incidencia de accidentes laborales mortales entre la población latina en Estados Unidos guarda relación con un patrón

Figura 49. Número de accidentes mortales de trabajadores en Estados Unidos, 1992-2007

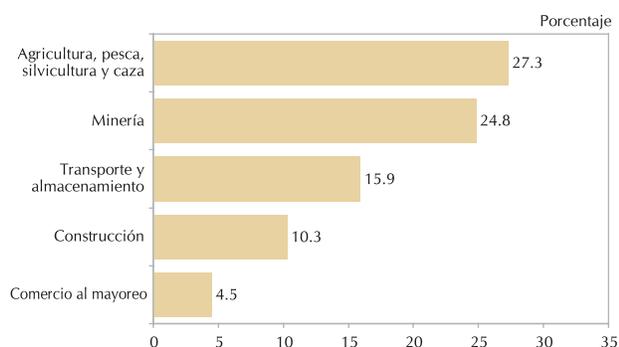


Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en *National Healthcare Disparities Report*, 2007.

de inserción laboral poco favorable, marcado por una fuerte concentración en el segmento menos valorado del mercado laboral en actividades que se caracterizan por su alto riesgo y también por una mayor vulnerabilidad en términos de protección laboral y social. Destacan ciertas labores de los sectores agrícola, minero, de transporte y construcción por su mayor probabilidad de generar un accidente fatal (Véase figura 50).

<sup>9</sup> Datos preliminares.

**Figura 50. Tasa de accidentes mortales relacionados con el trabajo según ocupación, Estados Unidos, 2007**



Fuente: U.S. Bureau of Labor Statistic, U.S. Department of labor, 2008.

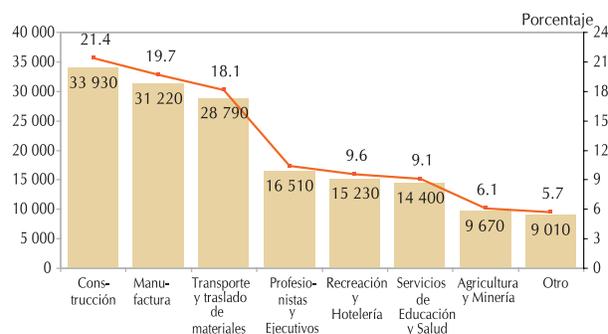
**Muchos latinos que se desempeñan en la agricultura y construcción son víctima de accidentes y enfermedades no fatales asociados al trabajo**

Por otra parte, cerca de 60 por ciento de las heridas y enfermedades laborales que afectan a la población latina en Estados Unidos se da en tan sólo tres sectores de actividad de baja remuneración: construcción (21%), manufactura (20%) y transporte y traslado de materiales (18%) (Véase figura 51). Cabe recordar que estos sectores se caracterizan por una fuerte presencia mexicana, por lo que es factible suponer que una parte significativa de las víctimas sea nativa de México.

Asimismo, no deja de ser abrumador el peso desproporcionado que representa la mano de obra latina que ha sido víctima de heridas o enfermedades derivadas de su trabajo en los sectores de la agricultura y minería (37%) y de la construcción (22%) respecto del total nacional de víctimas en esos sectores (Véase figura 52).

La vulnerabilidad ante un accidente laboral se multiplica entre los inmigrantes latinos, dado que muchos de ellos carecen de cobertura de seguridad

**Figura 51. Heridas y enfermedades laborales de la población Latina en Estados Unidos que requieren faltar al trabajo, 2006**



Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of labor, Survey of Occupational Injuries and Illnesses in cooperation with participaing State agencies.

**Figura 52. Porcentaje que representan los latinos con heridas y enfermedades ocupacionales respecto del total de cada sector de actividad en Estados Unidos, 2004**



Fuente: Elaborado por CONAPO, con base en Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of labor, Survey of Occupational Injuries and Illnesses in cooperation with participaing State agencies.

médica, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud (Véase capítulos II y III), y, a la vez, no reciben beneficios de ningún esquema de protección laboral en caso de discapacidad, largo periodo de recuperación, etcétera. Los inmigrantes indocumentados latinos que sufren un accidente, mexicanos en su gran mayoría, son objeto de una

especial negligencia por parte de los empleadores y se encuentran en una situación sumamente dramática al tener que enfrentar las consecuencias de los accidentes con sus propios recursos, ya de por sí, escasos. El sistema prevaleciente —que, por un lado, delega al empleador la responsabilidad de otorgar prestaciones laborales y, por el otro, no supervisa con efectividad el cumplimiento de las leyes laborales— pone en entredicho un derecho humano universalmente aceptado: el derecho a la protección en el trabajo.



## Capítulo V

### Consideraciones finales

El extraordinario incremento de la inmigración latinoamericana en Estados Unidos observado a lo largo de las últimas décadas ha tenido un profundo impacto sobre el perfil demográfico de la sociedad estadounidense, al punto que los Latinos se han convertido en la primera minoría étnica en el país.

Este cambio en el rostro de la Unión Americana ha suscitado considerables inquietudes al interior de la sociedad. Un foco problemático guarda relación con el carácter mayoritariamente indocumentado de la inmigración latinoamericana en general, y de la mexicana en particular. Ésta, en buena medida, es producto de una política migratoria que no reconoce la real necesidad de trabajadores latinoamericanos por parte de la economía estadounidense, sobre todo en aquellas actividades de la base de la pirámide ocupacional. En respuesta a la presión de la opinión pública y de algunos sectores políticos frente a los eventuales costos asociados a una migración masiva procedente de la región latinoamericana, fundamentalmente de México; Estados Unidos ha optado por una política que busca disuadir por la ley y por la fuerza los flujos migratorios, lo cual ha tenido consecuencias imprevistas e indeseadas: la migración indocumentada no se ha detenido, y se ha conformado en el país una comunidad latina de considerable magnitud, pero con elevados índices de marginación.

Las inequidades en el acceso a los esquemas de seguridad médica en Estados Unidos responden y expresan procesos de integración que difieren según la etnia/raza y el estatus migratorio. De acuerdo con la información estadística que se presenta en este reporte, los magros procesos de integración socioeconómica de la población latina en Estados

Unidos tienen su correlato en la exclusión de un importante segmento poblacional del sistema de salud. Los inmigrantes mexicanos, por mucho el primer grupo extranjero en el país, pero con un elevado índice de indocumentación, un bajo índice de ciudadanía y una desfavorable integración laboral, constituyen el grupo poblacional más marginado entre los inmigrantes y, en consecuencia, el que menos cuenta con seguridad médica. Esta situación contrasta con el elevado nivel de cobertura de salud de los inmigrantes de otras regiones y de la población nativa blanca.

Lo anterior es resultado de un sistema de seguridad social que delega gran parte de la responsabilidad de provisión de salud en el sector privado, mientras que la responsabilidad del Estado descansa en una serie de programas públicos dirigidos a los grupos más vulnerables y de escasos recursos que cumplan con ciertos criterios de elegibilidad. El elevado nivel de desprotección de la población latina en la Unión Americana, en particular la inmigrante mexicana, se relaciona con su predominio en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales, por lo general, no incluyen la prestación de beneficios por parte del empleador. Obviamente, el grupo más desprotegido está conformado por los inmigrantes indocumentados, quienes son remitidos a las actividades menos valoradas económicamente y no cuentan con un margen de maniobra para negociar prestaciones laborales. Resulta particularmente alarmante la condición de enorme vulnerabilidad de los trabajadores mexicanos en la agricultura y la construcción, dado que sólo una pequeña proporción cuenta con seguridad médica, pese a la elevada incidencia de accidentes en estos sectores, muchos de ellos con un desenlace fatal.

Los programas públicos destinados a las familias de bajo ingreso podrían contribuir a mitigar los efectos de un sistema que deja la provisión de salud en manos de la voluntariedad de los empleadores. Sin embargo, las poblaciones inmigrantes, en particular la mexicana, enfrentan severos obstáculos para tener acceso a dichos programas, toda vez que la ley de seguridad social les impone como requisito obligatorio la condición de ciudadanía o la estancia legal por un periodo mínimo de cinco años. De cierto modo, estas medidas pretenden fungir como una herramienta más del control migratorio, al descansar en el supuesto erróneo de que una buena parte de la migración a Estados Unidos obedece a la búsqueda de beneficios sociales. Obviamente, disposiciones de esa naturaleza no han disuadido una inmigración que es de carácter eminentemente laboral, pero sí han tenido el efecto de profundizar las desigualdades en el acceso a la salud, no sólo entre distintos grupos étnicos, sino también en el seno de cada grupo, e incluso, de manera más dramática, al interior de las familias de estatus migratorio mixto.

Ante la falta de cobertura médica que caracteriza un elevado número de inmigrantes mexicanos y de otros países latinoamericanos –ya sea a través del empleador, o bien de programas públicos–, y la inviabilidad de la contratación individual de un seguro de salud, se puede avizorar que éstos enfrentarían una grave crisis financiera en el caso de enfermarse o accidentarse gravemente y de tener que recurrir a los centros hospitalarios. Obviamente, frente a este escenario, dichos migrantes tienden a postergar hasta el límite el tratamiento de alguna enfermedad o accidente.

La falta de cobertura de seguridad médica constituye el principal inhibidor al acceso regular a los servicios de salud de Estados Unidos. El buen estado de salud – un derecho universalmente reconocido– es así vulnerado ante la mayor dificultad de acudir con oportunidad a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Más que cualquier otro grupo, los inmigrantes con

bajos niveles de ingreso enfrentan enormes dificultades para recibir atención médica en las distintas etapas del ciclo de vida. Especialmente problemática es la ausencia de un monitoreo médico integral y periódico de un importante número de niños y adolescentes mexicanos, lo cual incrementa el riesgo de no atender oportunamente eventuales enfermedades o problemas de desarrollo físico o intelectual. Más alarmante aún es el caso de los casi 80 mil niños y adolescentes mexicanos que no han sido revisados por un médico durante su estancia en Estados Unidos. Las consecuencias a largo plazo pueden ser severas. La exclusión de niños y adolescentes migrantes de programas básicos de salud, sitúa este segmento de la población en una condición de extraordinaria vulnerabilidad y desprotección, comprometiendo de esa forma su desarrollo y estado de salud futuros.

Por último, cabe mencionar que la paradoja en torno a los indicadores de salud de los inmigrantes latinoamericanos, aparentemente más favorables que entre otras poblaciones, se resuelve parcialmente si se considera la alta probabilidad de que los padecimientos de esta población estén subregistrados, en virtud de una utilización menos frecuente de los servicios de salud. Asimismo, es posible que algunos de los efectos de una salud poco cuidada en Estados Unidos se resientan en sus países y comunidades de origen, una vez que los migrantes en edad más avanzada retornen a sus comunidades de origen. Aún así, existe evidencia empírica de la elevada prevalencia de ciertas enfermedades crónicas entre la población latina, como es el caso de la diabetes, la cual, en muchos casos, no es debidamente supervisada durante la estancia en Estados Unidos, lo que deriva en complicaciones catastróficas futuras.

Los elementos anteriores manifiestan la imperiosa necesidad de que el gobierno estadounidense desarrolle iniciativas que permitan enfrentar la crisis de salud que afecta a la población latina y particularmente a los inmigrantes de ese origen. El sistema de salud vigente expresa y reproduce la desigual-

dad social en el país, la cual tiene, como ya fue acusado, un fuerte componente étnico. El debate en Estados Unidos sobre la reforma del sistema de salud tiene necesariamente que incluir el tema de la cobertura de seguridad médica de los grupos minoritarios más desfavorecidos, entre ellos los inmigrantes latinos. Un gobierno no puede ser representativo si excluye de su universo a una parte creciente de su población. Ampliar la cobertura de seguridad médica de estos grupos constituye un requisito fundamental para reducir las disparidades sociales en el cuidado de la salud.

## Referencias bibliográficas

- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2005), *Migración México-Estados Unidos. Panorama regional y estatal*. México.
- Doty, Michelle M. (2003), *Insurance, Access and Quality of Care Among Hispanic Populations*, presentación para National Alliance for Hispanic Health Meeting, Washington, D. C., Estados Unidos, 15 a 17 de octubre de 2003.
- Giorguli, Silvia et al. (2008), *Inserción ocupacional, ingreso y prestaciones de los migrantes mexicanos en Estados Unidos*, México: CONAPO.
- James, Cara et al. (2007), *Key Facts: Race, Ethnicity and Medical Care*, actualización a enero de 2007, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *Key Facts*. Actualización a agosto de 2003, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *Key Facts*. Actualización a marzo de 2008, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Ku, Leighton y Sheetal Matani (2001), "Left Out: Immigrants' Access to Health Care and Insurance", en revista *Health Affairs*, enero/febrero de 2001, Maryland, Estados Unidos.
- Ku, Leighton y Timothy Waidmann (2003), *How Race/Ethnicity, Immigration Status and Language Affect Health Insurance Coverage, Access to Care and Quality of Care among the Low-Income Population*, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Leite, Paula et al. (2003), "Tendencias recientes de la migración México-Estados Unidos" en *La situación demográfica de México 2003*, México: CONAPO, p. 97-115.
- Lillie-Blanton, Marsha (2008), *Addressing Disparities in Health and Health Care: Issues for Reform*, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Lillie-Blanton, Marsha et al. (2003), *Key Facts: Race, Ethnicity and Medical Care*, actualización a junio de 2003, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- United States Department of Health and Human Services (2008), *National Healthcare Disparities Report 2007*, Maryland, Estados Unidos.
- United States Department of Labor (2007), *News: Bureau of Labour Statistics*, Washington, D. C., Estados Unidos.