

# Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud<sup>1</sup>

Paula Leite  
Xóchitl Castañeda

Estados Unidos tiene uno de los sistemas de provisión de salud más desiguales del mundo desarrollado, lo que se refleja en que un amplio sector de la población carece de seguridad médica, y, en consecuencia, cuenta con un limitado acceso a los servicios de salud y pocas oportunidades de beneficiarse de un monitoreo continuo y consistente de su estado de salud.

El sistema de salud de Estados Unidos descansa fundamentalmente en el sector privado, y la gran mayoría de los seguros médicos se obtiene por medio del empleo, mientras que la responsabilidad del Estado está circunscrita a la atención de los grupos más vulnerables y de escasos recursos. En el primer caso, el seguro de salud depende fundamentalmente de la voluntad del empleador y del margen de maniobra de los trabajadores para negociar prestaciones laborales. En el segundo, el acceso a programas públicos destinados a las personas de escasos recursos está condicionado por el cumplimiento de ciertos criterios de elegibilidad, asociados a los niveles de ingreso o, en ciertas circunstancias, a condiciones especiales de salud, y, en el caso de las poblaciones inmigrantes, también al estatus migratorio y al tiempo de residencia legal en el país (CONAPO, 2006 y 2002).

En este contexto, el nivel de acceso de la población a los diferentes tipos de seguridad médica guarda una estrecha relación con los moldes en que se lleva a cabo el proceso de su inserción a la sociedad estadounidense. Las inequidades subsistentes responden y expresan procesos

de integración social que difieren según la etnia/raza y también el estatus migratorio. Los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, por mucho la primera minoría inmigrante en el país, pero con un elevado índice de indocumentación, bajo nivel de ciudadanía y procesos de integración socioeconómica desfavorables, se encuentran sobrerrepresentados entre la población que está excluida del sistema de salud norteamericano. Es sobre esta problemática que habrá de enfocarse este estudio.

El propósito del presente trabajo es analizar la situación de desventaja de los inmigrantes mexicanos radicados en Estados Unidos en términos de la atención de la salud. Para tal efecto, se examinarán, desde una perspectiva comparativa con inmigrantes procedentes de otras regiones<sup>2</sup> y la población nativa blanca, las desigualdades prevalecientes en el acceso a los diferentes esquemas de seguridad médica y en la utilización de los servicios de salud estadounidenses. El ensayo concluye con algunas consideraciones sobre los costos que se desprenden de la actual situación y un breve análisis prospectivo en cuanto a los desafíos políticos que se imponen.

Para analizar el nivel de cobertura de seguridad médica se utilizará como fuente las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en la información de la *Current Population Survey (CPS)*, del mes de marzo de diferentes años. Por otra parte, el análisis de la utilización de los servicios de cuidado de salud procederá con referencia a las estimaciones del CONAPO basadas en el *National Health Interview Survey (NHIS)* de 2006.

---

<sup>1</sup> Este artículo se basa en los principales hallazgos del libro *Migración y Salud. Latinos en los Estados Unidos* (CONAPO, 2008), el cual fue elaborado conjuntamente por el Consejo Nacional de Población y la Universidad de California, con el apoyo de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Relaciones Exteriores, a través del Instituto de Mexicanos en el Exterior.

---

<sup>2</sup> En la categoría “inmigrantes procedentes de otras regiones” se incluyen a todos los inmigrantes que no provienen de América Latina.

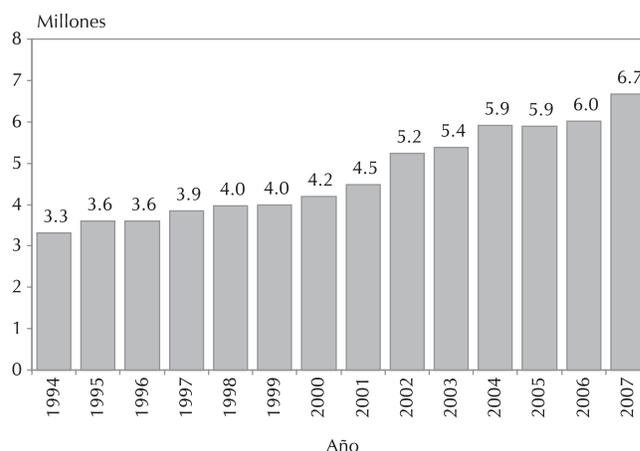
## Cobertura de seguridad médica

A diferencia de otras naciones desarrolladas, donde la provisión de los servicios de salud tiene una cobertura universal, existen en Estados Unidos cerca de 47 millones de personas que se encuentran excluidas del sistema de salud. Como ya se dijo, lo anterior es resultado de un sistema de provisión de servicios sociales que descansa fundamentalmente en el sector privado —concretamente, en la voluntariedad de los empleadores—, a la vez que el Estado tiene una responsabilidad limitada. De hecho, el porcentaje que representa el gasto público en el rubro de salud con respecto al PIB en Estados Unidos (6.7%) resulta significativamente inferior al que ocurre en países como Francia (7.6%) o Alemania (8%) (Giorguli y Gaspar, 2008).

En un contexto marcado por un continuo proceso de polarización ocupacional y social, los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos se han caracterizado por ubicarse en los escalones más bajos de la escala laboral y social (Giorguli y Leite, 2008; Leite y Acevedo, 2006; Levine, 2006; Giorguli, Gaspar y Leite, 2006). En consecuencia, la población mexicana se ha confrontado con graves problemas para acceder a los sistemas de seguridad médica, lo cual constituye el principal obstáculo para una utilización regular de los servicios de salud. En directa relación con el incremento de la migración mexicana, se ha asistido a un ostensible aumento del número de nativos mexicanos que carecen de seguridad médica. Basta decir que en los últimos trece años su volumen se duplicó con creces, al pasar de 3.3 a 6.7 millones de personas, y que ese crecimiento representó más de la mitad (53%) del incremento observado en el número de no asegurados en el país en el periodo 1997-2007 (5.3 millones) (véase gráfica 1). El grado de exclusión de la población mexicana de los servicios 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 en el 2007.

En la actualidad, 56 por ciento de la población inmigrante mexicana carece de todo el tipo de cobertura de salud, lo cual muestra una situación de profunda desventaja frente a poblaciones inmigrantes de otras regiones y a la población nativa blanca, en las que los índices de desprotección resultan ostensiblemente inferiores (19 y 12%, respectivamente) (véase cuadro 1). Estos índices vienen

Gráfica 1. Población mexicana residente en Estados Unidos sin seguridad médica 1994-2007



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

a corroborar las profundas disparidades étnicas en el acceso a los sistemas de seguridad médica evidenciadas en Doty, 2003; múltiples estudios (AHRQ, 2008; Lillie-Blanton, 2008; Cara *et al.*, 2007; Ku y Waidmann, 2003; Lillie-Blanton *et al.*, 2003; Ku y Matani, 2000; Brown *et al.*, 2000); en que los latinos, en general, y los mexicanos, en particular, se perfilan como el grupo poblacional más desprotegido.

Al analizar la cobertura de seguridad médica por grupos de edad se confirma la desventaja de los mexicanos en las distintas etapas del ciclo de vida: 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 cuadro 1). La gravedad de estas cifras se aprecia con mayor claridad si se considera que radican 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 seguridad médica.

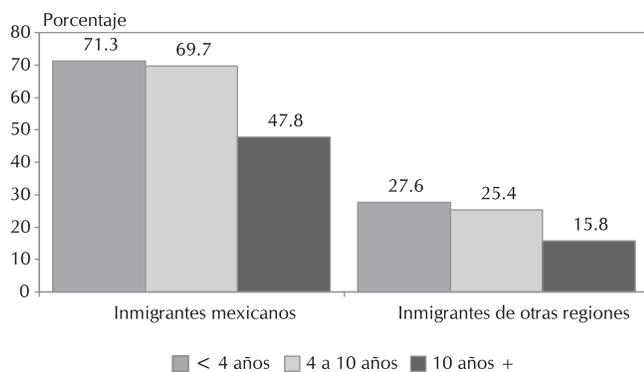
En nivel de exclusión del sistema de salud norteamericano resulta particularmente dramático entre los mexicanos de más reciente llegada a Estados Unidos: aquellos que tienen menos de diez años de residir en el país cuentan con un índice de desprotección de alrededor de 70 por

**Cuadro 1. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca por grupos de edad según cobertura de salud en Estados Unidos , 2007.**

	Inmigrantes mexicanos			Inmigrantes de otras regiones			Nativos blancos		
	Total	Con cobertura	Sin cobertura	Total	Con cobertura	Sin cobertura	Total	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Población</b>									
Total	11 811 732	5 147 803	6 663 929	24 250 273	19 659 640	4 590 633	211 532 245	186 208 373	25 323 872
0-17	1 136 366	539 346	597 020	2 090 524	1 743 027	347 497	54 171 211	48 698 963	5 472 248
18-64	10 067 499	4 100 844	5 966 655	18 753 480	14 653 541	4 099 939	129 037 964	109 388 124	19 649 841
65 y más	607 867	507 613	100 254	3 406 269	3 263 073	143 197	28 323 069	28 121 286	201 784
<b>Porcentajes</b>									
Total	100.0	43.6	56.4	100.0	81.1	18.9	100.0	88.0	12.0
0-17	100.0	47.5	52.5	100.0	83.4	16.6	100.0	89.9	10.1
18-64	100.0	40.7	59.3	100.0	78.1	21.9	100.0	84.8	15.2
65 y más	100.0	83.5	16.5	100.0	95.8	4.2	100.0	99.3	0.7

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

**Gráfica 2. Población mexicana residente en Estados Unidos sin seguridad médica 1994-2007**



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

ciento, mientras que los que tienen una estancia superior a diez años tienen un índice de cobertura cercano a 48 por ciento. Lo anterior es revelador de cómo el tiempo de estancia en la sociedad receptora condiciona favorablemente los procesos de integración social de las poblaciones inmigrantes. 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 de otras regiones que cuentan con menos de cinco años de vivir en el país (sólo 28% no cuenta con seguridad médica) (véase gráfica 2).

## Tipo de seguridad médica

Como ya fue mencionado, el sistema de salud norteamericano descansa fundamentalmente en las prestaciones obtenidas a través del empleo, y la posibilidad de contar con este tipo de prestación está condicionada por el tipo de ocupación desempeñada, en desfavor 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. De este modo, el bajo índice de cobertura de seguridad médica de la población mexicana respecto de otras poblaciones es producto, en primera instancia, de su sobrerrepresentación en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales, en general, no incluyen la prestación de beneficios por parte del empleador. El bajo nivel de capital humano y el estatus de indocumentado que caracteriza a una significativa parte de los trabajadores mexicanos los remite a actividades menos valoradas económicamente, al mismo tiempo que “desobliga” a los empleadores de otorgarles algún tipo de prestación. Basta decir que la proporción de mexicanos

que se beneficia de cobertura de seguridad médica privada es de solamente 28 por ciento, lo que contrasta profundamente con las cifras correspondientes de los inmigrantes de otras regiones y de la población nativa blanca (57 y 61%, respectivamente) (véase cuadro 2).

**Cuadro 2. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca según fuente de atención médica en Estados Unidos, 2006**

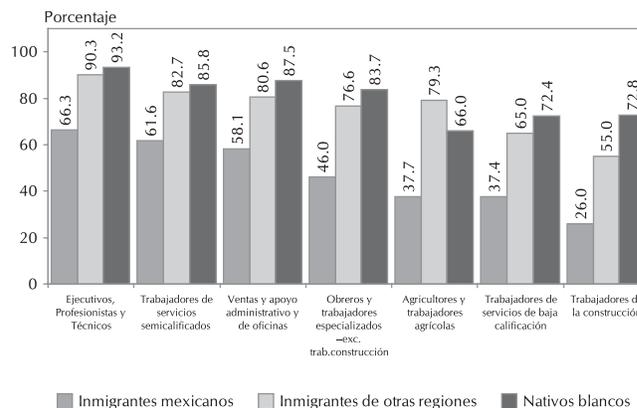
	Inmigrantes mexicanos	Inmigrantes de otras regiones	Nativos blancos
Público	12.7	15.8	14.6
Privado	28.3	56.9	61.1
Ambos	2.6	8.4	12.4
No tiene	56.4	18.9	12.0

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

Las ocupaciones de la construcción, agricultura y servicios de baja calificación —que concentran a un elevado número de trabajadores mexicanos— 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 construcción y 38 por ciento de los que trabajan en la agricultura están asegurados (véase gráfica 3), pese a que existe una elevada incidencia de accidentes laborales en estos sectores. Al respecto, resulta alarmante constatar que casi la mitad (44%) de las víctimas de accidentes laborales mortales registrados entre las poblaciones inmigrantes en Estados Unidos es de origen mexicano. 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 (91 y 93% en inmigrantes de otras regiones y nativos blancos, respectivamente). Lo anterior sugiere que la posibilidad de negociar prestaciones laborales se halla supeditada, entre otros factores, a los estereotipos respecto del “trabajo mexicano”, el cual tiende a ser menos valorado que el desempeñado por otros grupos poblacionales.

Cabe subrayar que la mitad de la población mexicana que carece de cobertura de seguridad médica en Estados

**Gráfica 3 . Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca con seguridad médica según tipo de ocupación en Estados Unidos, 2007.**



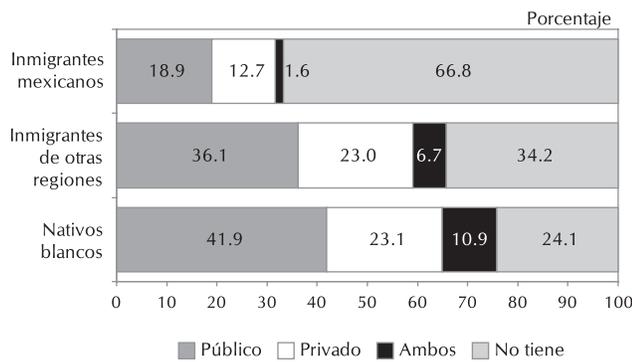
Fuente: Estimaciones del CONAPO, con base en *Bureau of Census, Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

Unidos se inserta en la categoría de bajos ingresos,<sup>3</sup> lo que significa que en una situación de emergencia, en la que tuviera que acudir a algún centro hospitalario, enfrentaría una grave crisis financiera. No es pues sorprendente que, en este contexto, muchos mexicanos tiendan a postergar hasta el límite el diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad. Las cifras son contundentes al mostrar el elevado grado de exclusión de los programas federales orientados a atender la salud de las poblaciones con mayores carencias: más de dos de cada tres mexicanos que pertenecen a familias de bajos ingresos no cuentan con seguridad médica, a la vez que sólo 21 por ciento cumple con los criterios de elegibilidad que le permite beneficiarse de un seguro público de salud (19% está exclusivamente asegurada por un programa público y casi 2% cuenta también con un seguro privado) (véase gráfica 4).

En buena medida lo anterior es resultado de 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

<sup>3</sup> Se considera “bajo ingreso” el que está 150% por debajo de la línea oficial de pobreza, el cual constituye uno de los criterios de elegibilidad para poder acceder a los programas públicos de seguridad médica.

**Gráfica 4. Población inmigrantes (de México y otras regiones) y nativa blanca de bajo ingreso\* por tipo de cobertura de salud en Estados Unidos, 2007**



\*Ingreso por debajo de 150% de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.  
Fuente: Estimaciones del CONAPO, con base en Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), marzo de 2007.

las familias de bajos ingresos. En consecuencia de la *Ley de Seguridad Social de 1996 (Welfare Reform Act)*, la condición de ciudadanía y la estancia legal en el país de un mínimo de cinco años pasaron a ser requisitos determinantes para tener acceso a estos programas. 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 entre distintos grupos étnicos.

Un aspecto que amerita subrayar, aunque no será analizado con profundidad en este trabajo, guarda relación con la situación de terrible desigualdad en términos de seguridad médica al interior de las familias mexicanas, que resulta particularmente dramática cuando algunos de sus miembros se encuentran cubiertos, mientras que otros no. Lo anterior deriva, sobre todo, del país de nacimiento de los hijos: el que nació en Estados Unidos tiene más derechos y por ello cuenta con cobertura, mientras que el que nació en México, cuenta con menos derechos y no la tiene (CONAPO, 2006). Sin duda, esta situación pone de manifiesto la imperiosa necesidad de establecer criterios

más justos de elegibilidad a los programas públicos, y de eliminar la inhumana división intrafamiliar entre miembros que cuentan con cobertura y aquellos que carecen de ella.

## Acceso a los servicios de cuidado de salud

Un monitoreo consistente del estado de salud implica, perentoriamente, disponer de un lugar de atención médica regular. Existen notorias discrepancias entre los diferentes grupos poblacionales, y los mexicanos se encuentran en una posición de mayor desventaja relativa: casi la mitad no cuenta con un lugar de atención médica periódica, mientras que esta situación sólo afecta a 16 por ciento de la población inmigrantes originarios de otras regiones y a once por ciento de la población nativa blanca (véase cuadro 3). La condición de desventaja de los mexicanos se reproduce en todos los grupos de edad, aunque es 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.

Asimismo, cabe destacar que los mexicanos que acuden con regularidad a los servicios médicos son más propensos a acudir a clínicas públicas, mientras que la gran mayoría de los inmigrantes de otras regiones del mundo y la población nativa blanca recurre a médicos privados (véase cuadro 3). Esta situación expresa rotundamente las desigualdades sociales en el acceso a la salud, donde los grupos menos favorecidos son, con mucha mayor frecuencia, objeto de una supervisión médica menos personalizada y menos especializada.

Como ya fue mencionado, la seguridad médica constituye el principal mecanismo para tener acceso regular a los servicios de atención médica, en tanto que provee acceso financiero a una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, por lo general, los seguros médicos no cubren cabalmente los costos de dichos servicios, toda vez 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

**Cuadro 3. Población según disponibilidad, fuente de atención médica regular y percepción de salud en Estados Unidos, 2006**

	Inmigrantes mexicanos	Inmigrantes de otras regiones	Nativos blancos
Lugar de atención médica regular	100.0	100.0	100.0
Dispone	52.8	84.4	89.3
No dispone	47.2	15.6	10.7
<i>Menor de 18 años</i>	100.0	100.0	100.0
Dispone	67.0	90.9	95.7
No dispone	33.0	9.1	4.3
<i>18 a 64 años</i>	100.0	100.0	100.0
Dispone	49.4	81.8	85.0
No dispone	50.6	18.2	15.0
<i>65 años y más</i>	100.0	100.0	100.0
Dispone	84.5	94.4	97.0
No dispone	15.5	5.6	3.0
Fuente de atención	100.0	100.0	100.0
Centro o clínica pública de salud	49.2	17.8	16.5
Consultorio del médico u otro servicio privado	42.1	78.8	80.8
Otro <sup>1</sup>	8.7	3.4	2.8
Percepción de salud	100.0	100.0	100.0
<i>18 a 64 años</i>	88.2	94.0	90.9
Buena	11.8	6.0	9.1
Mala	–	–	–
<i>65 años y más</i>	100.0	100.0	100.0
Buena	41.4	76.5	77.4
Mala	58.6	23.5	22.6

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

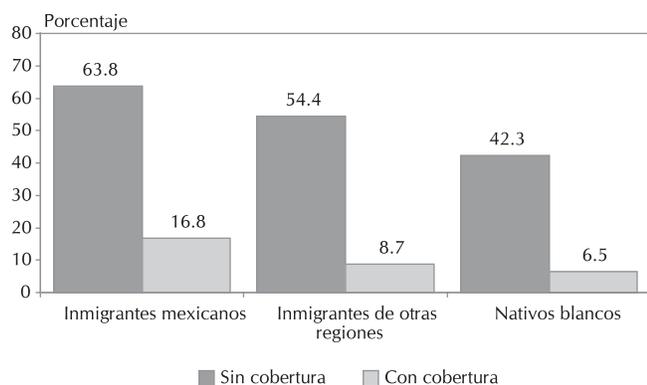
significa que, aún si se cuenta con un seguro médico, pueden persistir obstáculos económicos que impiden recibir la atención médica adecuada.

Diferentes estudios han documentado que no disponer de cobertura de seguridad médica afecta negativamente la utilización regular de servicios de cuidado de salud (Cara *et al.*, 2007; Ku y Waidmann, 2003; Doty, 2003; Brown *et al.*, 2000). El presente trabajo corrobora lo anterior al mostrar claramente que las personas que no disponen de un seguro de salud son más proclives a no contar con un médico regular, siendo esa propensión más

frecuente entre los nativos de México (64%) (véase gráfica 5). 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.

Un mito común consiste en considerar que las poblaciones inmigrantes que carecen de un seguro de salud y de un lugar de atención médica regular tienden a utilizar con mayor frecuencia las unidades hospitalarias de urgencia.

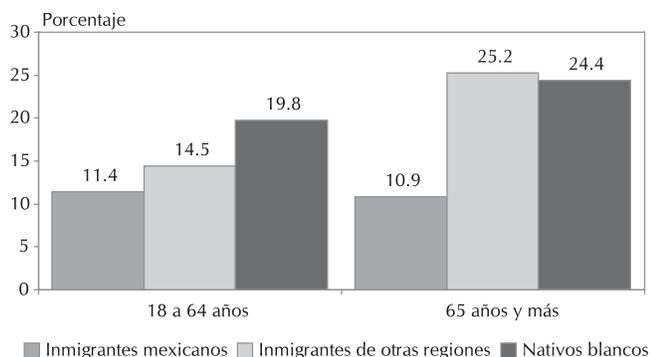
**Gráfica 5. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca que no cuenta con un lugar regular de atención médica en Estados Unidos, según cobertura de seguridad médica, 2006**



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

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 gráfica 6).

**Gráfica 6. 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 del CONAPO, con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2006.

La información disponible permite constatar que los mexicanos que cuentan con una fuente regular de atención de la salud son más propensos a utilizar centros o clínicas públicas (49%). En contraparte, la proporción que cuenta con una fuente regular de atención médica privada (42%) resulta significativamente inferior a la que presentan los inmigrantes de otras regiones (79%) y los nativos blancos (81%) (véase cuadro 3).

### *Niños y adolescentes*

La niñez y la adolescencia constituyen etapas del ciclo de vida que requieren de una supervisión médica continua e integral. Los datos ponen a manifiesto que 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 triplica con creces la de los inmigrantes no latinos y supera en cerca de 30 puntos porcentuales la correspondiente a los niños y adolescentes nativos blancos (véase cuadro 3).

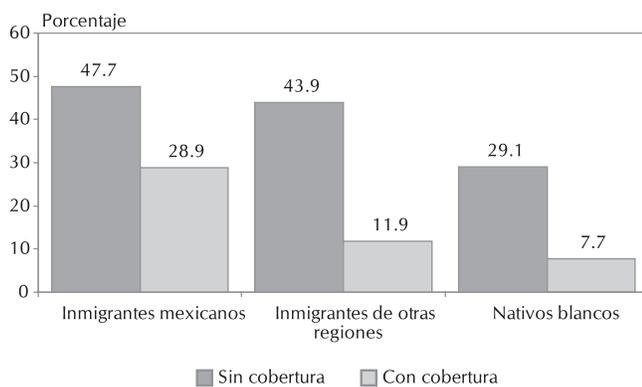
La periodicidad con la que los niños y adolescentes acuden a los servicios médicos constituye un indicador importante del cuidado de la salud. La Academia Americana de Pediatría enfatiza la importancia de que estos grupos sean objeto de un cuidado continuo en un contexto integral de atención a la salud. 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 (Brown *et al.*, 2000).

Los datos disponibles muestran que casi la mitad de los niños mayores de dos años y adolescentes mexicanos que residen en Estados Unidos no cumple con el estándar

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

mínimo de monitoreo médico, por lo que están más expuestos al riesgo de no atender oportunamente enfermedades o de padecer problemas de desarrollo. 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 gráfica 7). A su vez, 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 le corresponde siguen siendo determinantes. 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.

**Gráfica 7. 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 del CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

### Adultos y adultos mayores

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. Mientras la mitad de los nativos de México no dispone de un lugar donde

acudir normalmente para recibir cuidados de salud, las proporciones correspondientes para el conjunto de los inmigrantes procedentes de otras regiones y nativos blancos son, respectivamente, de 18 y 15 por ciento. Los datos hablan de la existencia de notorias discrepancias en las oportunidades de beneficiarse de un monitoreo continuo y consistente del estado de salud. Estas mismas cifras referentes a los adultos mayores corroboran la desventaja relativa de los mexicanos: 16 por ciento no cuenta con un lugar regular para la atención de su salud, mientras que esta situación sólo ocurre en alrededor de seis por ciento de los demás inmigrantes y en tres por ciento de los nativos blancos (véase cuadro 3).

Es importante reconocer que si bien la población mexicana de mayor edad cuenta más frecuentemente que los adultos de mismo origen con una fuente de atención médica regular, ese grupo se encuentra en una etapa de la vida en que el estado de 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.

A diferencia de la población que se encuentra en las etapas de la niñez y adolescencia, 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 (Brown et al., 2000). En este estudio, se considera que una consulta médica en un periodo 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 el caso de los adultos mayores.

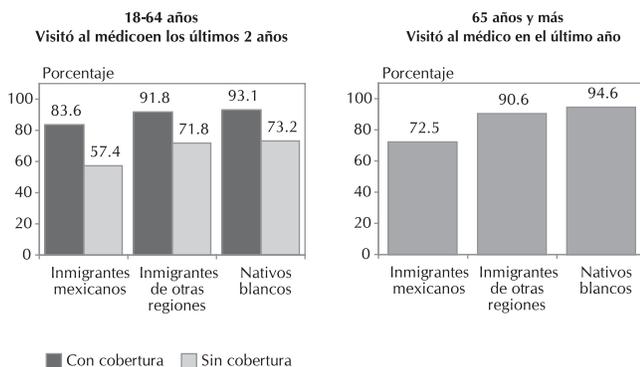
No se descubren diferencias importantes entre poblaciones en las percepciones de los adultos sobre su estado de

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

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 poco más de una quinta parte de los inmigrantes no latinos y nativos blancos se autoevalúa de esa manera (véase cuadro 3).

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 58% los no asegurados). 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 inmigrantes de otras regiones y nativos blancos resultan bastante superiores (91 y 95%, respectivamente) (véase gráfica 8). 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.

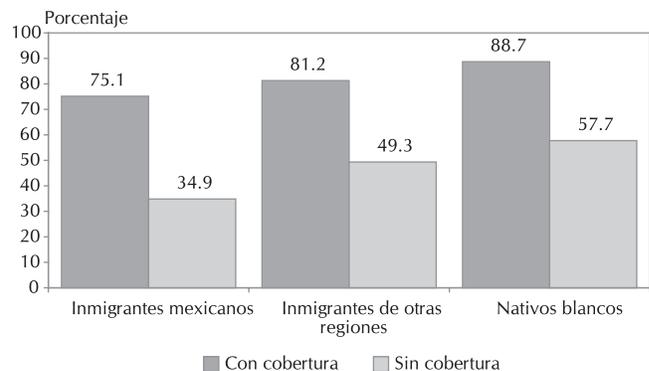
**Gráfica 8. Población inmigrante (de México y otras regiones) y nativa blanca en Estados Unidos que se percibe en buen estado de salud, 2006**



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

A su vez, es posible constatar que los adultos mexicanos que perciben su estado de salud como regular o malo son mucho menos propensos que otros grupos poblacionales a consultar un médico en un corto espacio de tiempo: menos de la mitad acude al médico en un lapso inferior a seis meses. 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 gráfica 9). Sin embargo, se descubren importantes discrepancias que sugieren que los nativos mexicanos, sobre todo los no asegurados, se confrontan con mayores dificultades financieras para acudir 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.

**Gráfica 9. 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 del CONAPO, con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2006.

En síntesis, las disparidades socioeconómicas entre grupos contribuyen a determinar prácticas diferenciadas de cuidado de la salud, no sólo en términos de la periodicidad y oportunidad con la que se acude a los servicios médicos, sino también en cuanto a la calidad del servicio recibido: los grupos más favorecidos pueden acudir oportunamente

a los servicios de salud de calidad, mientras los más marginados enfrentan dificultades ingentes para recibir un monitoreo médico periódico y especializado.

## Consideraciones finales

El extraordinario incremento de la inmigración mexicana en Estados Unidos observado a lo largo de las últimas décadas ha tenido un profundo impacto sobre la etnicidad de la sociedad estadounidense, al punto que los latinos han desplazado la población afro-americana y se han convertido en la primera minoría étnica en el país. Este cambio del 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, el cual, en buena medida, es producto de una política migratoria que no reconoce la real necesidad de trabajadores inmigrantes por parte de la economía. 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 fundamentalmente de México, Estados Unidos ha optado por una política que busca disuadir por la ley y por la fuerza los flujos inmigratorios, lo cual ha tenido consecuencias imprevistas e indeseadas: la migración indocumentada no se ha detenido, y se ha conformado en el país una comunidad mexicana de magnitud muy considerable, pero con elevados índices de marginación.

Los magros procesos de integración socioeconómica de la población mexicana 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 contingente extranjero en el país, se caracterizan por los más bajos niveles de cobertura de seguridad médica, lo que obstaculiza un monitoreo regular de su estado de salud. Esta situación contrasta con el elevado nivel de cobertura de salud de los inmigrantes no latinos y de la población nativa blanca. Sin duda, 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 *status* migratorio.

No obstante la crudeza de las cifras expuestas en el presente trabajo, que demuestran de manera contundente la exclusión de más de la mitad la población mexicana del sistema de provisión de salud norteamericano y una sobrerrepresentación de los no asegurados mexicanos 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 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 con bajo nivel de capital humano y baja remuneración.

El elevado nivel de desprotección de la población mexicana en la Unión Americana se relaciona con su elevada concentración en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales, en 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 ningún 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 matizar las debilidades de un sistema que deja la provisión de salud en manos de los empleadores. Sin embargo, las poblaciones inmigrantes, en particular la mexicana, enfrentan severos obstáculos para acceder 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 motivación de acceder a beneficios sociales. Obviamente, disposiciones de esa naturaleza no han disuadido una inmigración que es de carácter eminente-

mente 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 al interior de cada grupo, y, lo más dramático, al interior de las familias de estatus migratorio mixto.

Ante la falta de cobertura médica que caracteriza a un elevado número de inmigrantes mexicanos y de otros países latinoamericanos —ya sea a través del empleador, o bien de los programas públicos—, y la inviabilidad de 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.

El estudio muestra claramente cómo la falta de cobertura de seguridad médica constituye el principal inhibidor del 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 acceder con oportunidad a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Más que cualquier otro grupo, los inmigrantes mexicanos 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 atenderse 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 nunca fueron revisados por un médico en Estados Unidos.

Los elementos anteriores destacan la imperiosa necesidad de que el gobierno estadounidense desarrolle iniciativas que permitan enfrentar el problema de la exclusión del sistema de salud de un importante segmento de la población. El sistema de salud vigente expresa y reproduce la desigualdad social en el país, la cual tiene un fuerte componente étnico. El debate en Estados Unidos sobre la reforma del sistema de salud tiene necesariamente que incluir el tema del acceso a los sistemas de seguridad médica de los grupos minoritarios más desfavorecidos,

entre ellos los inmigrantes. Un gobierno no puede ser representativo si excluye de su universo a una importante parte de su población.

Al propio tiempo, en México se requiere redoblar esfuerzos para atender las necesidades de salud de la población migrante y sus familiares en todas las etapas del proceso migratorio. Si bien ya se llevan a cabo programas orientados a mejorar el acceso de los migrantes mexicanos a la salud, resulta crucial implementar una política integral de provisión de salud. En otras palabras, toda discusión en torno a iniciativas de mejoramiento debiera sustentarse en la certeza de que el limitado acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud genera efectos no sólo a nivel individual/familiar, sino también en las comunidades en que ellos se “mueven”; esto es, en las comunidades de origen, tránsito y destino.

## Referencias bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008), *National Healthcare Disparities Report 2007*, United States Department of Health and Human Services, Maryland.
- Brown, R., Ojeda, V., Wyn, R. and Levan, R. (2000). *Racial and Ethnic Disparities in Access to Health Insurance and Health Care*. UCLA Center for Health Policy Research and Henry J. Kaiser Family Foundation.
- CONAPO (2006). *Los hogares de los mexicanos en Estados Unidos*. Boletín de Migración Internacional 20, Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2002). *Cobertura de salud de la población de origen mexicano en Estados Unidos*. Boletín de Migración Internacional 17, Consejo Nacional de Población.
- 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 y S. Gaspar (2008). *Inserción Ocupacional, ingreso y prestaciones de los migrantes mexicanos en Estados Unidos*, Temas de Migración, Consejo Nacional de Población.
- Giorguli, Silvia y Paula Leite (2008). "La inserción laboral de los mexicanos en Estados Unidos como objeto de políticas públicas" en *Memorias del Foro Nacional Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012*, Consejo Nacional de Población, pp. 27-31.
- Giorguli, S., S. Gaspar y Paula Leite (2006). *La migración mexicana y el mercado laboral estadounidense. Tendencias, perspectivas y ¿oportunidades?* Temas de Migración, Consejo Nacional de Población.
- James, Cara et al. (2007), *Key Facts: Race, Ethnicity and Medical Care*, actualización a enero de 2007, 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, 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.
- 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*, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Leite, Paula y L. Acevedo (2006), "Migraciones internacionales en México. Balance y retos políticos" en *La situación demográfica de México 2006*, Consejo Nacional de población, pp. 149-165.
- Levine, Elaine (2006). "Inserción de mexicanos y otros latinos en el mercado laboral de Estados Unidos", en *Papeles de Población*, Centro de Estudios Avanzados de Población, pp.39-70.
- Lillie-Blanton, Marsha (2008), *Addressing Disparities in Health and Health Care: Issues for Reform*, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Lillie-Blanton, Marsha et al. (2003), *Key Facts: Race, Ethnicity and Medical Care*, actualización a junio de 2003, The Henry J. Kaiser Family Foundation.