



# LA VULNERABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA EN LA MIGRACIÓN MÉXICO– ESTADOS UNIDOS

●  
GUILLERMO FOLADORI  
MIGUEL MOCTEZUMA  
HUMBERTO MÁRQUEZ

## RESUMEN

Durante los últimos años, la migración entre México y Estados Unidos ha sido relacionada con la transmisión del SIDA y la tuberculosis. Algunas voces en Estados Unidos sugieren que los mexicanos están introduciendo tuberculosis en su país. Ciertas voces en México sugieren que los migrantes mexicanos regresan a su país trayendo consigo el SIDA. En este artículo mostramos el contexto social que acrecienta la vulnerabilidad de los migrantes mexicanos ante la perspectiva de contraer enfermedades infecciosas. Planteamos que los proyectos basados en la movilización de las personas han resultado exitosos en el combate a las enfermedades infecciosas, y sugerimos que las organizaciones de los migrantes pueden coadyuvar al mejoramiento de la política de salud pública. **PALABRAS CLAVE:** migración internacional, enfermedades infecciosas, políticas de salud pública, organizaciones de migrantes, México–Estados Unidos.

## ABSTRACT

Over the last years migration between Mexico and the United States have been associated to the transmission of AIDS and Tuberculosis. Voices from the United States suggest that Mexicans are introducing Tuberculosis to their country. By the same token, voices from Mexico suggest that Mexican migrants return to their country carrying AIDS. We also suggest that bottom–up projects based on people’s mobilization showed being a successful path in combating infectious diseases and suggest that taking advantage of the organization of zacatecan migrants in clubs and federations could be of importance as a public health policy.

**KEYWORDS:** international migration, infectious diseases, public health policy, organization of migrants, Mexico–United States.

INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

Desde el desarrollo científico y tecnológico verificado en la biomedicina durante los últimos treinta años, la expansión de las enfermedades infecciosas no ha sido contenida (Foladori, 2004; DH, 2002; Kimball, 2000; WHO, 1999; Hughes, 1998; Morse, 1995). Es sabido que cada tipo de enfermedad posee su canal de transferencia, pero fenómenos socioeconómicos tan importantes como la migración internacional contribuyen, de forma inexorable, al aumento de los riesgos de contagio (Carrara, 2001). En ese sentido, uno de los circuitos migratorios más conspicuos del orbe tiene lugar entre México y Estados Unidos, ya no sólo por la impronta de la vecindad, historicidad y masividad del fenómeno (Durand y Massey, 2003), sino también por el peculiar mercado laboral que se configura y por las condiciones de vulnerabilidad social que experimentan los migrantes en ese escenario; una vulnerabilidad que, en distintos grados, es compartida lo mismo en los lugares de origen y destino.

Uno de los filones analíticos que los investigadores han venido explorando con perseverancia, en fechas recientes, se refiere a la relación entre migración y desarrollo, en particular con respecto al papel que las remesas de los migrantes pueden, eventualmente, desempeñar en el desarrollo de sus localidades y regiones de origen. Y no podría ser para menos, si México recibe, por concepto de remesas, un monto cuatro veces superior a la totalidad del aporte oficial que se consigna bajo la figura de ayuda para el desarrollo (Harris, 2004), una cifra cercana a los 19.3 mil millones de dólares anuales. Empero, no ha corrido con la misma suerte el análisis acerca del papel que los migrantes pueden desempeñar para cambiar las condiciones epidemiológicas que les son adversas (Carballo y Nerukart, 2001).

La relación entre el incremento del fenómeno migratorio y el esparcimiento de las enfermedades da lugar a que se ventilen acusaciones mutuas, en los medios de comunicación de México y Estados Unidos. En este último, por ejemplo, se argumenta que los inmigrantes mexicanos introducen la tuberculosis a aquel país, en tanto que en México suele aducirse que los migrantes traen consigo, de Estados Unidos a nuestro país, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Maxwell, 2003a, 2003b; FAIR, 2002; Mena, 2002; Frenk, 2001). En ambos casos se estigmatiza a los migrantes mexicanos como quienes portan y propagan enfermedades. Más allá de esta polémica, es menester señalar que existen proyectos específicos orientados a estudiar, monitorear y enfrentar el problema en la región fronteriza; algunos incluso tienen carácter binacional (Weinberg *et al.*, 2003; Worby, 2001). En esa tónica hay una considerable bibliografía que muestra cómo la migración internacional puede, también, prohijar programas de monitoreo, prevención y control de las enfermedades, los cuales, de manera eventual, complementarían los mecanismos implementados unilateralmente —de arriba a abajo— por el sector encargado de la salud pública (Shin *et al.*, 2004; Stoneburner y Low-Beer, 2004; Parkhurst y Lush, 2004; Gluber y Clark, 1996).

<sup>1</sup> Los autores agradecen el apoyo de Fomix Sivilla para la realización de este artículo.

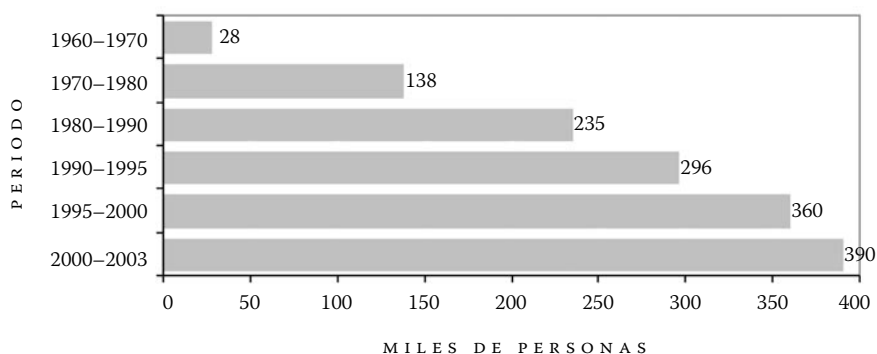


En esa perspectiva, este artículo muestra el contexto social que sitúa a los migrantes mexicanos en condiciones vulnerables frente a las enfermedades infecciosas y sugiere la posibilidad de que las organizaciones de migrantes se consoliden como instancias colaboradoras en las políticas de salud pública, en el entorno binacional.

### EL VERTIGINOSO ASCENSO MIGRATORIO DE MEXICANOS A ESTADOS UNIDOS

Siendo la migración laboral de México a Estados Unidos un fenómeno decimonónico, la escalada que tomó en el último tramo del siglo pasado, y en lo que va del presente, no tiene precedentes: el flujo migratorio internacional neto anual incrementó su tamaño en casi catorce veces en el curso de las últimas tres décadas y media, cuando pasó de un registro promedio anual de 28 mil migrantes, en los sesentas, a 390 mil en el periodo 2000–2003 (véase gráfica 1). El de los mexicanos es el mayor flujo de emigrantes en el mundo.

GRÁFICA 1  
Migración neta anual  
de mexicanos a Estados Unidos,  
1960–2003



Fuente:  
CONAPO (2004a)

Por añadidura, y de acuerdo con estimaciones recientes del Banco Mundial, México prácticamente se equipara a India como principal receptor de remesas del mundo, con un monto total de envíos de casi 10 mil millones de dólares en 2002 (Banco Mundial, 2003). Este flujo de remesas se quintuplicó en la última década hasta alcanzar, en 2003, un máximo histórico de 13,266 millones de dólares. En esa medida, la exportación de fuerza de trabajo figura como la tercera fuente de divisas del país, con un aporte, a la balanza de pagos, que supera el correspondiente al turismo y a las exportaciones agropecuarias, y sólo por debajo de la exportación de petróleo y de la industria maquiladora. El cuadro 1 ilustra la incidencia de la migración internacional en los estados con mayor dinamismo.



CUADRO 1  
Indicadores de migración a Estados Unidos.  
Estados con la principal intensidad migratoria  
ordenados de mayor a menor importancia relativa, 2000

Entidad	Hogares					Intensidad migratoria	
	Total	Receptores de remesas	Con migrantes en EU en quinquenio anterior	Con migrantes circulares en quinquenio anterior	Con migrantes de retorno del quinquenio anterior	Índice	Grado
Zacatecas	306,882	13,03	12,18	3,31	2,55	2,58352	Muy alto
Michoacán	893,671	11,37	10,37	2,82	2,31	2,05950	Muy alto
Guanajuato	990,602	9,20	9,55	2,18	1,60	1,36569	Muy alto
Nayarit	222,714	9,64	6,82	2,03	2,03	1,27041	Muy alto
Durango	331,242	9,70	7,31	1,82	1,57	1,09000	Muy alto
Aguascalientes	207,327	6,69	6,66	2,74	1,46	1,03883	Alto
Jalisco	1'457,326	7,70	6,53	1,78	1,68	0,88785	Alto
Colima	136,926	7,34	5,62	1,37	2,10	0,80260	Alto
San Luis Potosí	509,582	8,20	7,43	1,29	1,15	0,67344	Alto
Nacional	2'639,808	4,35	4,14	0,94	0,85		

Fuente:  
CONAPO (2002)

Si bien en la explicación de las causas del fenómeno hay elementos cruciales, como la diferencia salarial entre uno y otro país, la demanda de mano de obra barata en Estados Unidos y el exceso de fuerza de trabajo en México —además de factores socioculturales que contribuyen a perpetuar la migración—, no es coincidencia que ese ascenso pronunciado se registre a partir del la profundización de las políticas neoliberales y de la puesta en marcha de uno de sus instrumentos más señalados —el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)— bajo un esquema de integración asimétrica entre México y Estados Unidos. Esa política ha desquebrajado las estructuras productivas, segregado las regiones y localidades, expandido las condiciones de pobreza y marginalidad, degradado el ambiente, deteriorado los servicios de salud y educación y, en suma, puesto énfasis en las desigualdades sociales (Rubio, 2004; Villareal, 2004; Guillén, 2000; Calva, 2000; Guillén, 1997; Valenzuela, 1991).

La migración internacional de mexicanos hacia Estados Unidos gana en complejidad e importancia, como lo reporta el hecho de que se suscitan transformaciones cualitativas en la geografía de dicho fenómeno, en la inserción laboral, los patrones migratorios y el envío de remesas. Las dinámicas estructurales y los procesos que desencadenan producen, alternativamente, efectos negativos y positivos. Entre los primeros, se puede enumerar la tendencia fatal al desdoblamiento, el estancamiento productivo de las zonas de alta migración y los problemas de salud de los migrantes. Entre los segundos, el aporte de las remesas a la subsistencia de las familias de los migrantes y el desarrollo de organizaciones de estos últimos que, a la manera de un sujeto social en ciernes, despliegan una práctica multidimensional (Delgado, Márquez y Rodríguez, 2004).

La presencia de mexicanos en el vecino país del norte es insoslayable. Durante



el siglo pasado, la cuantía de inmigrantes de origen mexicano se multiplicó unas cien veces: para 1900 se calcula la presencia de 103 mil mexicanos, mientras que, para 2002, se estima en 9.5 millones; no obstante, el 90% de esta escalada acaeció en las últimas tres décadas (Zúñiga, 2003). El número de mexicanos radicados en Estados Unidos equivale a más del 8% de la población total de México y a 3% de la de aquel país. Por lo mismo, México se erige como el principal expulsor de migrantes en el mundo (División de Población de Naciones Unidas, 2002).

Un aspecto crucial para ir develando la vulnerabilidad a la que están expuestos los migrantes mexicanos tiene que ver con el modo en que se insertan en el mercado laboral estadounidense. El porcentaje de empleo de la población económicamente activa de mexicanos, establecidos en Estados Unidos, supera en 15 puntos al registrado por la población que vive en el país. La masa de trabajadores migratorios nacidos en México, que cuenta con ocupación formal en Estados Unidos, es de aproximadamente 5 millones; monto equivalente a una cuarta parte de la población empleada en el sector formal del país. Más específicamente, el 36.2% de los inmigrantes de origen mexicano laboran en el sector secundario (i.e. industrial), mientras que en México sólo lo hace el 27.8% (Inegi, 2000). Esta situación contrasta con la óptica estereotipada del migrante como trabajador agrícola, ya que sólo 13.3% de los migrantes de origen mexicano laboran en el sector primario. Esto da muestra de un cambio importante en la inserción laboral, que se conduce, sin embargo, por la vía de la precarización y flexibilización (Aragón, 2004; Levine, 2003).

Históricamente, desde las primeras etapas migratorias hasta la culminación del Programa Bracero (1942–1964), los trabajadores migrantes mexicanos laboraban, de manera primordial, en el sector agrícola de Estados Unidos; no obstante, con el devenir del tiempo han ido diversificando su ocupación en la economía del vecino país del norte. Hoy, según las cifras del Current Population Survey (2002), el mayor contingente se concentra en el comercio (25.4%); aunque, entre los hombres, la construcción (23.6%) casi iguala al comercio (24.8%). Empero, es importante dejar asentado un fenómeno por demás singular: la agricultura estadounidense, por influjo de la innovación tecnológica, ha aminorado drásticamente la ocupación de mano de obra, al tiempo en que los migrantes mexicanos casi han copado ese específico sector, al grado de que se habla de la «mexicanización de la agricultura» y, más recientemente, de su «indigenización» (Durand y Massey, 2003).

En su mayoría, y en consonancia con la demanda laboral estadounidense, la fuerza de trabajo mexicana que se incorpora a la economía de aquel país, destaca por su juventud: promedia 34 años de edad —dos tercios (65.7%) están ubicados entre 20 y 39 años de edad—, en tanto que la participación económica de los migrantes mexicanos es de un 64.4% (79.8% en la masculina y 45.2% en la femenina, esta última en ascenso).

A pesar de que insertarse en el campo laboral se ha vuelto más difícil y exige mayor grado de calificación, los emigrantes mexicanos poseen niveles educativos muy bajos, si se les compara con migrantes de otras nacionalidades y con la misma población de origen mexicano, pero nacida en Estados Unidos: 2.2% de los migrantes mexicanos no cuentan con escolaridad alguna; 60% tiene 12 años cursados o menos, en tanto que 5.5% tiene licenciatura o posgrado. Por su parte, las mujeres migrantes poseen, en promedio, una mejor escolaridad si se las compara con los hombres. Otra evidencia interesante es que a mayor estancia, mayor escolaridad.

La mayoría de los trabajadores migrantes mexicanos, en Estados Unidos, tra-



bajan en puestos de baja calificación y precarización laboral. Del mencionado grupo inmigrante, se ocupa como operario y obrero el 28.6%; en restaurantes, bares y otros servicios es el 23%, y en trabajo de precisión, oficio y compostura es el 19.1% (véase cuadro 2). De igual forma se observa que a mayor estancia, mejor ocupación.

CUADRO 2  
Población económicamente activa inmigrante y  
de origen mexicano por ocupación en Estados Unidos

Tipo de ocupación	Inmigrantes mexicanos	Origen mexicano
Profesionistas, gerentes y administradores	5.8	19.6
Ocupaciones técnicas, administrativas y de ventas	12.6	34.0
Servicios domésticos y profesionales	1.9	3.3
Trabajadores en restaurantes, bares y otros servicios	22.9	12.9
Trabajo de precisión, oficio y compostura	19.1	12.8
Operarios y obreros	28.6	15.5
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	9.1	2.0

Fuente:  
CPS (2002)

Por si fuera poco, los trabajadores migrantes mexicanos perciben el menor ingreso anual —en comparación con otros grupos de inmigrantes—, el cual es similar al que recaudan los centroamericanos. En este caso, los mexicanos perciben 17,167 dólares como ingreso promedio anual, casi la mitad del promedio nacional estadounidense, pero muy superior al promedio anual mexicano. Debido a factores como la indocumentación, las desventajas educativas y el desconocimiento del inglés, aunados a los abusos de los empleadores y la desprotección de las autoridades de Estados Unidos y México, la mayoría de los trabajadores mexicanos tiene empleos inestables e inseguros; muchos son, inevitablemente, de corta duración, además de que la tercera parte de esos trabajadores está ocupada a tiempo parcial. Y si a ello le aunamos la baja tasa de sindicalización en el sector (10.5%), podemos corroborar la apabullante desprotección (véase cuadro 3).

CUADRO 3  
Indicadores laborales de la población económicamente  
activa mexicana inmigrante y de origen mexicano en Estados Unidos

Sector	Migrantes mexicanos (%)					
	Total	Hombres	Mujeres	Arribaron antes de 1990	Arribaron entre 1990–2002	Origen mexicano
Participación económica	2.2	2.6	1.2	2.0	2.4	0.1
Promedio de edad (años)	27.0	28.7	23.2	26.1	27.9	2.1
Promedio de ingreso anual (dólares)	30.7	32.0	27.7	27.9	33.6	18.4
PEA que trabaja tiempo parcial (%)	23.2	21.6	26.8	23.6	22.8	37.2



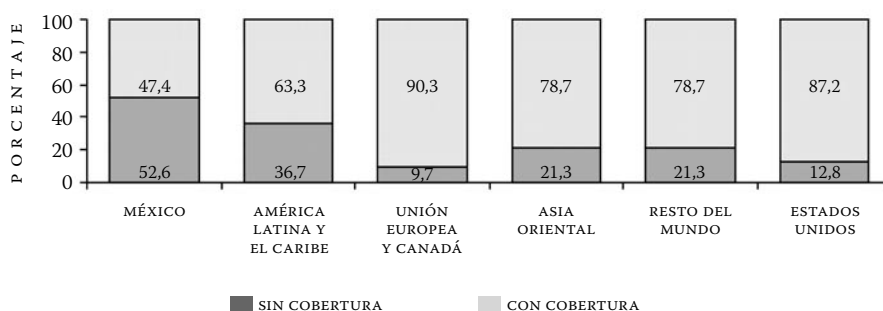
Promedio horas trabajadas a la semana	11.4	9.8	14.8	13.8	9.0	31.4
PEA sin seguro médico (%)	5.5	5.2	6.2	6.6	4.5	11.0
PEA sindicalizada (%)	100 (5'793,212)	100 (3'982,274)	100 (1'810,938)	100 (2'923,823)	100 (2'869,394)	100 (4'437,303)

Fuente:  
CPS (2002)

A la precariedad laboral se suma el acceso limitado a los servicios de salud. Pese a la contribución que los migrantes mexicanos hacen a la economía estadounidense, las políticas públicas suelen relegarlos, cuando no excluirlos de los servicios de salud (Mines y Kearney, 1982; Mines, 1997). Esta situación afecta, mayormente, a los trabajadores agrícolas que viven en barracas y a los grupos étnicos provenientes de Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Veracruz, Puebla, entre otros estados. Hay evidencias de que más de la mitad de los migrantes mexicanos —entre 18 y 64 años— no tenían seguro médico en 2000, en tanto que dos tercios de niños, pertenecientes a este grupo social, estaban en las mismas condiciones (Gutiérrez, Wallace y Castañeda, 2004). La cobertura de salud a la población nacida en México, residente en Estados Unidos, es limitada, puesto que un 53% de los migrantes mexicanos, en aquel país, no tiene acceso a ningún tipo de servicio en materia de salud, esto es, 5.4 millones de migrantes, a pesar de que 3.5 millones de ellos sean trabajadores activos (Conapo, 2004b).

Los inmigrantes mexicanos disponen, en Estados Unidos, de menor cobertura médica, comparados con el resto de la población. En 2003, se reportaba más de la mitad de los mexicanos sin cobertura medica (52.6%), una proporción mayor a la de grupos inmigrantes originarios de América Latina y el Caribe (36.7%), y mucho mayor a la de otras regiones del mundo (véase gráfica 2).

GRÁFICA 2  
Residentes en Estados Unidos por país o región de nacimiento y cobertura de salud, 2003



Fuente:  
Elaborado sobre la base de CONAPO (2004c)

A sabiendas de que en México existen pocos y limitados programas gubernamentales de ayuda a los migrantes en materia de salud (Programa Vete Sano Regresa



Sano, por ejemplo), y de que la coordinación entre los gobiernos de ambos países para acometer el problema es insuficiente, y más aún de que, en Estados Unidos, tanto el gobierno (a través de la Ley de Seguridad Social de 1996 — *Welfare Reform Act*) como los empleadores restringen los mecanismos de acceso a la salud, uno de los caminos a la mano estriba en impulsar desde abajo, desde la base social misma, estrategias de prevención y cuidado a la salud de los migrantes, en espera de que los gobiernos de ambos países hagan lo propio. Si bien la estructura organizativa de los migrantes se presenta en distintos niveles y grados de desarrollo, es factible que sus organizaciones contribuyan a difundir medidas oportunas de prevención y monitoreo para enfrentar las enfermedades, en el contexto de una dinámica movilidad de las personas.

Según el Instituto de los Mexicanos en el Exterior, en mayo de 2003 existían 623 clubes de migrantes registrados en los distintos consulados mexicanos en Estados Unidos (Vega, 2004). No obstante, es necesario reconocer que el número de clubes está subestimado porque muchas de estas asociaciones mantienen un distanciamiento respecto de las instancias oficiales y, por esa razón, su registro no forma parte de los archivos gubernamentales (Escala-Rabadán, 2004). Los estados de Zacatecas, Jalisco, Michoacán, Guerrero, Guanajuato y Oaxaca concentran el 66.1% del total de clubes (más de 400) y su distribución, en Estados Unidos, abarca las principales ciudades de California, Illinois y Nueva York (Imaz, 2004).

Así como existe incertidumbre sobre el número de clubes, también hay una polémica acerca de la cantidad de miembros con que cuenta cada uno de ellos. No obstante, más allá de estas dudas, la investigación *in situ* muestra que este tipo de organismo tiene un amplio radio de influencia, basado fundamentalmente en su legitimidad social, que se extiende más allá de los confines de su membresía. Los distintos grados de desarrollo se expresan en el nivel de organización alcanzado —según sean clubes aislados o clubes asociados (federaciones), tengan diferentes grados de institucionalización (formalidad y funciones complejas)— al tiempo que poseen permanencia, legitimidad social y desdoblamiento institucional (separación de funciones comunitarias, políticas y empresariales) (Moctezuma, 2004).

Esta referencia a la organización migrante ya indica distintas opciones para promover programas destinados a este sector social. Por supuesto, uno de tales aspectos consiste en respetar la autonomía de las organizaciones, al tiempo que se aprovecha la infraestructura y su radio de influencia. Empero, también se requiere incidir del lado mexicano, sobre todo en aquellos estados que cuentan con mayor número e intensidad de migrantes: Michoacán, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, Durango y Zacatecas.

#### LA EXPANSIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

En el curso de las tres últimas décadas, la humanidad se ha visto sacudida por el retorno alarmante de las enfermedades infecciosas. Estos padecimientos —que constituyeron un verdadero flagelo desde los orígenes del ser humano— habían dejado de ser una causa importante de muerte, en los países desarrollados, en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, y lo mismo se esperaba para los países subdesarrollados, en consonancia con la teoría de la transición demográfica.

En un tono optimista, se auguraba que los microbios perjudiciales para el ser





humano estaban en retirada o que, al menos, serían controlados por vacunas y antibióticos. En 1969, el Cirujano General de Estados Unidos decía, en un informe al Congreso: «(...) es tiempo de cerrar el libro de las enfermedades infecciosas. La guerra contra la pestilencia acabó», al tiempo en que recomendaba prestar más atención al cáncer y a las enfermedades del corazón (Patlak, 1996). Pero la alegría duró poco. Entre 1980 y 1992, las muertes por enfermedades infecciosas, en Estados Unidos, se incrementaron en 58% (Hughes, 1998). A principios de la década de los noventa, este mal era ya la tercera causa de muerte, luego de los ataques al corazón y el cáncer. Al resurgimiento de las viejas enfermedades se sumó la emergencia de nuevos padecimientos infecciosos (Farmer, 1996). Más aún, si consideramos que muchas defunciones registradas debido a enfermedades como el cáncer, o a problemas de los aparatos circulatorio, respiratorio o digestivo, pueden tener su causa en las enfermedades infecciosas, se colige que el peso de éstas es, en realidad, mayor (WHO, 1999). En 2003, el *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), una emergente afección infecciosa, orilló a implantar la cuarentena en ciudades como Pekín y Toronto. En tanto, la malaria acaba con 2.7 millones de personas al año, más de 42 millones de personas portan el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) —causante del SIDA— y la tuberculosis se ha vuelto resistente a las multidrogas (MIM, 2001; WHO, 2000a). Precisamente, el SIDA y la tuberculosis son dos de los padecimientos que se han puesto sobre el tapete entre Estados Unidos y México, como resultado de la escalada migratoria.

El resurgimiento de las enfermedades infecciosas es atribuido a diversas causas. El cuadro 4 resume las más aludidas y agrega una breve explicación acompañada de ejemplos.

CUADRO 4  
Causas del resurgimiento de las enfermedades infecciosas

Causa	Explicación / ejemplo	Enfermedad
Nuevas tecnologías	Cambio en regímenes alimenticios Uso de aire acondicionado	BSE (vaca loca), enfermedad del legionario
Cambio en ecosistemas y uso del suelo	Nuevas áreas agrícolas, mineras o forestales	Fiebre de Ébola, Fiebre de Lassa, hantavirus
Viajes y comercio internacional	Incremento en los viajes aéreos de personas y en el transporte de mercancías	SARS, dengue, malaria, cólera, tuberculosis, meningitis, virus del Nilo
Cambio climático	Ampliación del ecosistema de determinados vectores	Malaria, dengue, fiebre amarilla
Relajamiento de las medidas sanitarias	Caso de la ex Unión Soviética Caso del relajamiento de la cobertura de vacunas básicas durante los noventa en África subsahariana Las políticas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial debilitaron sistemas de salud en África, Asia y América Latina	Difteria, tosferina, cólera, hepatitis malaria, dengue
Guerra, terrorismo y migración	Guerras contaminan el ambiente y debilitan la estructura sanitaria	Cólera, ántrax, leishmaniasis, desnutrición y mortalidad infantil
Cambios demográficos y en el comportamiento humano	Concentraciones urbanas, prácticas sexuales y uso de drogas	SIDA, sífilis, hepatitis B y C



Debilitamiento de sistemas inmunológicos	Terapias para el cáncer, la tuberculosis, el SIDA y alimentos producidos con antibióticos han debilitado la inmunidad de las personas	Infecciones
Adaptación de los microbios	Adaptación al tratamiento de antibióticos Adaptación a los insecticidas	Dengue, tuberculosis, SIDA, gonorrea

Fuente:

Elaborado a partir de DH (2002), Kimball (2000), WHO (1999) y Morse (1995)

Las nuevas tecnologías dieron lugar a nuevas enfermedades: el aire acondicionado fomentó el desarrollo de la bacteria *Legionella*. El cambio en los regímenes alimenticios dio paso al «mal de las vacas locas» (*Bovine Spongiform Encephalopathy*) en el ganado y a la variante llamada *Creutzfeldt–Jakob* en los humanos. Los cambios en el ambiente y en el uso del suelo —como la explotación de nuevas áreas agrícolas, forestales o mineras— expandieron la fiebre de *Ébola* o la fiebre *Lassa*. La contaminación de cursos o fuentes de agua facilitaron la expansión de la *Cryptosporidiosis*. El aumento de la migración internacional y del comercio mundial de mercancías puede haber expandido la malaria, el dengue, el SARS, la meningitis, entre otras. También la variación climática permite el desplazamiento de vectores a nuevas áreas, donde transmiten la malaria, el dengue y la fiebre amarilla. Ciertos cambios en el comportamiento humano —relaciones sexuales, consumo de drogas inyectadas o aplicación de tatuajes— pueden ayudar a la difusión de determinadas enfermedades infecciosas, entre ellas el SIDA. El relajamiento de las medidas sanitarias, ya sea por razones económicas o porque ciertas enfermedades se consideren erradicadas, propicia, sin embargo, rápidos rebrotes; es el caso de la difteria, el cólera y varios más. En tanto, las guerras devastan los ecosistemas, contaminan el ambiente, arrasan con la infraestructura, así como con otros servicios y crean las condiciones idóneas para la expansión de las enfermedades infecciosas. El desarrollo urbano; el hacinamiento en ciudades sin sistemas eficientes de drenaje, agua potable y recolección de desechos, además del crecimiento de la pobreza, también constituyen un caldo de cultivo para la expansión de las enfermedades infecciosas.

La adaptación de los microbios a los antibióticos es otra de las causas preocupantes. Mediante modificaciones genéticas, los microbios se vuelven más resistentes a las drogas y disminuyen la eficiencia de los tratamientos. Es el caso de la tuberculosis —que resiste las multidrogas—, del SIDA, o la resistencia de los vectores de la malaria y la del dengue a los insecticidas. El propio cuerpo humano debilita su sistema inmunológico al consumir, directamente, antibióticos en abundancia, o en forma indirecta, mediante el consumo de aquellos alimentos cuya producción incluyó el uso de antibióticos, los cuales se tornan un arma en contra, una vez que acaban con las defensas.

Las causas del resurgimiento de las enfermedades infecciosas cuestionan, en general, el modo de vida moderno. Objetan los efectos de la producción para el mercado, que guiados por el móvil de la ganancia conducen al monocultivo, al uso de insecticidas y plaguicidas, al desplazamiento de la población rural y a su congregación en áreas urbanas, a concentrar el ingreso y a la ampliación de la pobreza. Cuestionan, asimismo, la trayectoria tecnológica, cuando acelera el movimiento internacional de



personas y mercancías; en el momento que genera cadenas alimenticias propicias al surgimiento de nuevas enfermedades; al tiempo que interviene en la estructura genética, creando incertidumbre sobre resultados imprevistos; cuando focaliza los esfuerzos curativos en drogas que curan al individuo, a la vez que crean una sociedad menos inmune y microbios más resistentes.

Las alternativas para acometer estos problemas no son simples, menos aún en los países subdesarrollados, que no disponen de los recursos necesarios para comprar medicinas, o que sufren de aquellas enfermedades para las cuales no existen medicamentos o vacunas adecuadas. No obstante, es posible hallar muchas experiencias sociales que han puesto en práctica mecanismos de prevención, monitoreo y cura de epidemias con métodos basados, principalmente, en la movilización popular o en la participación de las organizaciones de base (Parkhurst y Lush, 2004; Shin *et al.*, 2004; Stoneburner y Low-Beer, 2004; Gubler y Clark, 1996).

A partir de diversas experiencias en el mundo, en que la población se ha involucrado activamente para enfrentar problemas de salud, es posible pensar en las organizaciones de migrantes como promotoras de iniciativas destinadas a ser adoptadas a partir del radio de influencia que tiene su membresía. Esto puede impulsarse en aquellas zonas que concentran a tales organismos. Más allá de intereses localistas, estas instancias tienen la potencialidad de concitar la conjunción de esfuerzos de las distintas organizaciones de migrantes y de los gobiernos del país emisor y del receptor. De igual forma, es factible encontrar una buena respuesta en grupos y asociaciones sociales constituidos del país receptor —ONG, sindicatos y agrupaciones defensoras de los derechos humanos—, ya que los problemas de salud epidemiológica interpelan a la sociedad en general.

#### LAS MIGRACIONES HAN SIDO UN FACTOR FAVORABLE A LA TRANSMISIÓN

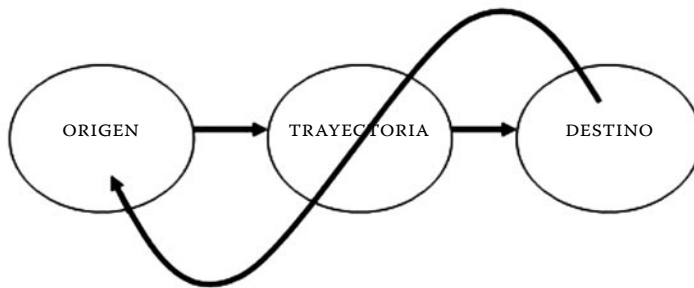
La movilidad poblacional estuvo asociada a enfermedades infecciosas desde los homínidos, antepasados del *Homo sapiens* (Cockburn, 1971; Krause, 1992). En el periodo reciente, debido al incremento de la población mundial y a la diversidad y rapidez de los medios de transporte —esto sin mencionar las causas socioeconómicas que están en la base del fenómeno—, la migración internacional es cuantitativamente mayor, en virtud de que los desplazamientos son más rápidos y pueden ser más distantes. Esta situación enfrenta a la población migrante a ecosistemas y climas muy diferentes y a condiciones de vida y trabajo distintas.

Entre 1975 y 2000, el número de migrantes se duplicó, mientras que la población mundial creció un 50% (Martin, 2004). Para 2000, Naciones Unidas (NU) estimaba que 175 millones de personas eran migrantes (UNPD, 2003). En ese tenor, el flujo de dicho grupo social al año es de entre cinco y diez millones de personas, incluyendo los indocumentados (IOM, 2003a). Las principales causas de la migración son económicas y, en menor medida, resultado de guerras o de catástrofes naturales. En los últimos años, la participación de las mujeres y los niños en las migraciones se ha incrementado sustancialmente. Para el año 2000 se estimaba que 48% de los migrantes eran mujeres. En Filipinas, el 70% de los trabajadores migrantes que salieron al extranjero eran mujeres, la mayoría de las cuales se habían desplazado sin familia (IOM, 2003a).



Norteamérica es la región que más migrantes recibe como porcentaje de su población (13%), seguida de Europa (7.7%) (Weekers y Motus, 2003). En 2002, los inmigrantes en Estados Unidos eran unos 30 millones (Rapidimmigration.com, 2004); en tanto que la cantidad de migrantes ilegales era de 3 a 5 millones, 55% de los cuales sería de origen mexicano (Passel, *et al.*, 2004; Bean *et al.*, 2001).

Es conocido que los migrantes están sujetos a un mayor riesgo de ser contagiados por enfermedades infecciosas (Carballo y Nerukar, 2001; CDC, 1992).<sup>2</sup> Desde el punto de vista epidemiológico, es conveniente distinguir fases en el proceso migratorio que reflejan los diferentes riesgos a que están sometidos los migrantes. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la primera fase es el estado de salud con que parten los migrantes. Esta etapa refleja las condiciones en los lugares de origen. La segunda fase cubre los riesgos a los cuales los migrantes están sometidos en su trayecto, entre los lugares de origen y destino. El último aspecto refleja los riesgos a los que son sometidos en los lugares de destino (OIT, 2002). Esta clasificación es útil para el análisis de los migrantes mexicanos que tienen como destino Estados Unidos, debido tanto a las diferencias en las condiciones de salud y asistencia, entre los lugares de origen y destino, como a la duración y trayectoria del desplazamiento. No obstante, la clasificación da la idea de un proceso unidireccional, que tiende a privilegiar los impactos que la migración tiene en las comunidades de destino. Para el caso del desplazamiento de personas entre México y Estados Unidos, hay que considerar el continuo flujo circular entre los lugares de origen y destino, de manera que, desde un punto de vista epidemiológico, los efectos de la migración son sentidos tanto en los lugares de destino como en los de origen y tránsito. El esquema debe ser completado de esta forma:



A esto se suman los patrones migratorios —del migrante circular y del migrante establecido— que implican una intensidad desigual en la transmisión de las enfermedades, no sólo debido al tiempo de estadía, sino también a las características del trabajo, alojamiento y acceso a los servicios de salud en cada lugar. Estas diferencias implican riesgos físicos y psicológicos (Prothero, 1977; Martens y Hall, 2000).

En el caso de la migración México–Estados Unidos, existen varios factores que inciden en el riesgo epidemiológico. Primero, gran parte de este fenómeno puede considerarse temporal o circular, ya que muchos de quienes migran a Estados Unidos

<sup>2</sup> «[...] [En] México el riesgo de exposición al VIH/SIDA es cinco veces mayor en la población migrante que en la población general del país [...] [;] en el caso de la tuberculosis [...] el 20 por ciento de los casos nuevos en los Estados Unidos corresponden a migrantes mexicanos» (Frenk 2001).



regresan, de forma eventual, para participar en fiestas o simplemente para vacacionar. Segundo, porque muchos migrantes son hombres jóvenes que viajan sin compañera y son, por tanto, más susceptibles de contraer enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA (Gayet y Magis, 2000). Tercero, porque si bien, el patrón migratorio ha estado cambiando en los últimos años, el éxodo proveniente de zonas pobres es muy significativo, más aún si se trata de personas ya contagiadas antes de iniciar la carrera migratoria, o que no disponen de las defensas suficientes para hacer frente al contagio. Cuarto, porque muchos de los migrantes trabajan, en Estados Unidos, en las peores condiciones y viven hacinados, además de disponer de una escasa, cuando no nula, cobertura médica, lo cual es también un elemento de riesgo.<sup>3</sup>

### LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS MIGRANTES MEXICANOS ES DE ALTO RIESGO

En Estados Unidos una de las características más significativas de la estructura de salud de la población es su disparidad, en correspondencia con su situación de clase. Ello se manifiesta en los 44 millones de personas que no tienen cobertura médica, es decir, más del 12% de sus habitantes. Además, buena parte de quienes sí la tienen, reciben un servicio inadecuado a sus necesidades (Navarro, 2003). Los pobres y trabajadores son los más afectados, ya que los sistemas de salud en Estados Unidos son preponderantemente privados y costosos, o están sujetos al contrato laboral, lo cual significa que cuando quedan desempleados, pierden el seguro. Los pobres —esto es, el sector de la población donde se concentran las minorías étnicas y los inmigrantes— están más afectados por las enfermedades y disponen de menos posibilidades de atención médica. El SIDA, por ejemplo, prevalece entre las minorías. A pesar de que estas últimas no representan más del 30% de la población, concentran el 60% de los casos de VIH/SIDA (40% en negros y 20% en latinos) (Amaro *et al.*, 2001). Con la tuberculosis sucede algo parecido y la relación con los migrantes es mucho más estrecha. De 1953 a 1985, la tuberculosis estaba en retroceso en Estados Unidos, al decrecer a un promedio anual de 5.8%. Sin embargo, a partir de 1986 comienza a crecer y, 6 años después, ya había aumentado en un 20%, siendo que el 60% de los casos nuevos correspondía a inmigrantes, de donde se infiere que se trata de una importación realizada por dicho grupo social desde sus países de origen (Cantwell *et al.*, 1994).<sup>4</sup> En 1998, el 42% de los casos de tuberculosis correspondía a inmigrantes, a pesar de que éstos representaban el 10% de la población total. En la ciudad de Nueva York, en 1988, el 55% de los casos se concentraba en los inmigrantes (Sachs, 2002).

En Estados Unidos, los niveles del sector sin cobertura médica se incrementaron rápidamente durante los noventa, para llegar, a fines de la década, a más de 10 millones de personas; 59% del crecimiento, entre 1994 y 1998, se adjudica a los mi-

<sup>3</sup> Gayet y Magis (2000) señalan que, en el caso del SIDA, la migración interna de México y la internacional de Centroamérica son muy importantes, ya que la República Mexicana es un territorio de paso hacia Estados Unidos para los centroamericanos.

<sup>4</sup> «[...] el alto riesgo de TB entre inmigrantes se atribuye en primer lugar a las altas tasas de infección por tuberculosis en los países de nacimiento» (Cantwell *et al.*, 1994, 536).



grantes (CIS, 2000). La razón principal de esta situación es el tipo de empleo ofrecido a los migrantes, el cual no les proporciona cobertura médica, aunque otros elementos, como el idioma y los hábitos, deben ser tomados en cuenta (Fiscella *et al.*, 2002; Furino y Munoz, 1991; Ginzberg, 1991).

De acuerdo a estimaciones de Conapo (2004b), el 53% de los mexicanos residentes en Estados Unidos no tiene acceso a los servicios de salud. Esto es, 5.4 millones de personas de dicha nacionalidad, en aquel país, no disponen de un amplio acceso a los servicios de salud, no obstante que 3.5 millones de ellos están trabajando. A su vez, más de la mitad de niños mexicanos no dispone de seguro médico. Tener la ciudadanía estadounidense no garantiza gran cosa, puesto que sólo 68% de los mexicanos que poseen ese estatus alcanzan la cobertura de salud, circunstancia que es comparativamente peor frente a inmigrantes provenientes de otras nacionalidades. Debido a que los mexicanos se insertan, de manera laboral, en trabajos precarios —con baja calificación y paga— que no incluyen prestaciones que en otras circunstancias debería cubrir el patrón, se explota la condición del trabajador indocumentado, para eludir cualquier responsabilidad y hostigar al trabajador en un clima de inestabilidad laboral.

En Estados Unidos los inmigrantes mexicanos experimentan en general restricciones de todo tipo para tener algún acceso tanto al seguro médico privado como a los programas públicos de salud. El problema es más grave tratándose de los nacidos en México, pues un 53% de ellos —unos 5 millones— están por completo excluidos. En ese tenor, uno de cada ocho residentes, que no tienen cobertura de salud, es mexicano. El grueso de los inmigrantes mexicanos se ubica entre los 15 y 39 años de edad (60%), es decir, el rango de edad de mayor rendimiento y fecundidad, pero también el lapso en que se intensifican más los riesgos de trabajo y la posibilidad de contraer enfermedades, particularmente infecciosas. Los bajos niveles en la cobertura de los servicios médicos devienen, claramente, de la precariedad ocupacional de los migrantes mexicanos, instalados, de forma mayoritaria, en puestos de trabajo de baja remuneración y de carácter estacional —más de la mitad de estos trabajadores atienden a la modalidad temporal—. También repercute la elevada incidencia de la pobreza entre este grupo social, que afecta a uno de cada cuatro residentes nacidos en México (Conapo, 2004b). Apenas la tercera parte de la población mexicana en condiciones de pobreza está cubierta por algún esquema de salud, sobre todo proveniente de programas públicos.

La información estadística estadounidense sobre morbilidad y mortalidad dificulta la identificación de los pacientes por su país de origen, ya que la mayoría de los inmigrantes son catalogados como hispanos (Furino y Munoz, 1991). Sin embargo, algunas inferencias pueden establecerse. Entre los trabajadores agrícolas, el riesgo de contraer tuberculosis es 6 veces mayor que en el resto de la población, siendo que más del 90% de los asalariados agrícolas son de origen mexicano, además de que sólo el 12% tiene algún tipo de seguro médico (Villarejo, 2003; Poss, 1998; CDC, 1992; Ginzberg, 1991). En 2000, el 92% de los trabajadores agrícolas asalariados, en California, eran mexicanos (Rodríguez *et al.*, 2003). Investigaciones realizadas en la Costa Este muestran que los trabajadores agrícolas migrantes tienen una tasa positiva de tuberculosis del 37%, en la península compartida por Delaware, Maryland y Virginia; del 41%, en North Carolina; del 44%, en Florida; y del 48% en Virginia (Poss, 2000). Es una paradoja, del país más rico del mundo, el hecho de que los trabajadores migrantes enfermos se vean en la imperiosa necesidad de regresar a su país de origen, México, para acceder a una atención médica más barata o gratuita (Ginzberg, 1991).



En Estados Unidos, la expansión de las enfermedades infecciosas y el incremento del flujo inmigratorio corrieron de manera paralela en los últimos diez o quince años. Muchas de estas enfermedades fueron, y son, adjudicadas a los inmigrantes. La relación entre enfermedades contagiosas y extranjeros está en el origen de la epidemiología. La Salud Pública, como institución, nació, especialmente, para tratar las enfermedades infecciosas y para garantizar la seguridad pública y la defensa. Este propósito se funda en la teoría del germen, desarrollada hacia fines del siglo XIX. Según esta teoría, cada enfermedad es causada por un microorganismo específico. Durante el siglo XX, dicha teoría se convirtió en la concepción hegemónica, debido al gran desarrollo de la genética y la microbiología. Y, como es de suponer, tuvo importantes implicaciones políticas y sociales. Al establecer una relación causal entre agente patógeno y enfermo, menosprecia la dinámica evolutiva de los propios microorganismos y las condiciones de vida de los grupos humanos.<sup>5</sup> En razón de lo cual achaca, a los infectados, la responsabilidad de las enfermedades, y crea el estigma del extranjero enfermo. Las primeras medidas de salud pública fueron la cuarentena y los cordones sanitarios; con ello manifestaban el carácter policiaco e ideológico de la institución que representaban. No es de sorprender que una vez establecidos una teoría científica (teoría del germen), una institución de defensa (salud pública) y los mecanismos de control (cuarentena y cordones sanitarios), se utilizara a la salud pública contra los grupos sociales que podían poner en peligro la seguridad nacional, particularmente aquellos que eran susceptibles de ser identificados por su origen étnico o lingüístico, como lo ilustra la represión llevada a cabo en San Francisco, en 1900, contra los chinos, o en New York, en 1925, contra los irlandeses (King, 2002). Sin embargo, esta teoría del germen no consigue explicar por qué, por ejemplo, apenas entre el 25 y 50% de quienes se exponen a la tuberculosis resultan infectados, o por qué sólo un 10% de los infectados desarrollan, plenamente, la tuberculosis (Ho, 2004). Por momentos, esta teoría puede tomar la forma de una explicación cultural, cuando argumenta que el desconocimiento y determinados hábitos, o inclusive las diferencias lingüísticas, pueden ser responsables de la transmisión de la enfermedad y que son las minorías, o los inmigrantes, quienes reúnen dichas características. Sin embargo, ya se han efectuado investigaciones que muestran cómo la percepción acerca de la tuberculosis entre trabajadores asalariados agrícolas mexicanos, en Estados Unidos, no constituye ninguna barrera para su tratamiento (Poss, 1998). Por su parte, Ho (2004), en un análisis de la tuberculosis entre los chinos en Nueva York, muestra que no son los hábitos ni la ignorancia, ni tampoco las prácticas médicas tradicionales, las causas de su expansión, sino las condiciones en que emigran, el hacinamiento en que viven, la pobreza y las condiciones de trabajo, y que, por el contrario, son las estrechas relaciones de parentesco las que facilitan el apoyo psicológico y material para la recuperación. Farmer sugiere que son las barreras estructurales, la falta de cobertura médica, el racismo y los factores ambientales, no las creencias individuales, lo que constituye el principal factor para que la epidemia de la tuberculosis afecte a los pobres de manera desproporcionada (Farmer, 1997; Poss, 2000).

A mediados de los ochenta se culpó a la minoría gay de difundir el SIDA en Es-

<sup>5</sup> En oposición, la teoría ecológica sostiene que cualquier cambio en el modo de vida, sea demográfico, económico, tecnológico, etc., provocan cambios en la relación con los agentes patógenos, sus hábitat y con los vectores de las enfermedades (Levins, 2000).



tados Unidos, posteriormente los culpables señalados fueron los haitianos (Manning, 2000). Asimismo, en la actualidad se responsabiliza a los mexicanos de la introducción de la tuberculosis en aquel país. En esa perspectiva, la *Federation for American Immigration Reform* promueve el descenso de la inmigración, entre otras cosas por que se le visualiza como el medio de esparcimiento de las enfermedades infecciosas (FAIR, 2002). También los voceros científicos se unen a esta proclama, tal es el caso del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y la American Medical Association (Sachs, 2002). La respuesta mexicana no se ha hecho esperar, con el argumento de que los migrantes que regresan introducen el SIDA en México, al tiempo que se establece una correlación entre los estados con mayor migración y mayores tasas de VIH positivo (Maxwell 2003a, 2003b; Mena, 2000). Noticias periodísticas divulgan que 30% de los infectados por VIH, en México, trajeron la enfermedad de Estados Unidos (Mena, 2000). Una investigación realizada en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México, entre 1986 y 1998, muestra, entre otras conclusiones, que existe una sobreestimación de inmigrantes con SIDA que estuvieron en Estados Unidos (Gayet y Magis, 2000).

Otros investigadores sugieren que la expansión de las enfermedades contagiosas, entre los migrantes, se debe a las condiciones de vida y trabajo así como a la falta de asistencia médica en Estados Unidos. El problema central no lo constituyen los lugares y regiones de origen, sino las condiciones sanitarias y los servicios de salud pública en los lugares de destino en Estados Unidos. Los centros de detención de personas que intentan cruzar la frontera de Texas, por ejemplo, hacían a los inmigrantes mientras esperan los exámenes de rayos X para detectar tuberculosis, con lo cual se facilita el contagio (Sachs, 2000). Aunque no está claro que los exámenes practicados a los inmigrantes indocumentados, o inclusive a los documentados, provenientes de varios países, puedan ser ventajosos. Un informe reciente, elaborado por un centro de estudios británico, alerta sobre la posibilidad de que esto sea contraproducente; por un lado, porque puede conducir a que quienes se saben infectados se oculten; por otra parte, porque omite a los turistas y a toda la población que entra y sale del país, donde también hay posibles portadores de enfermedades (Mayor, 2003). Además, hay denuncias de pacientes indocumentados que se deportan, de Estados Unidos, con tratamientos inconclusos contra la tuberculosis, lo que favorece el desarrollo de la variedad resistente a las multidrogas (Nolan *et al.*, 2003).

Algunos estudios muestran que los mexicanos empeoran su salud cuando residen en Estados Unidos. Entre 1982 y 1984, se realizó una encuesta (Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, HANES) que mostró que los mexicanos recién llegados a Estados Unidos tenían mejores condiciones de salud, comparados con aquellos que hace tiempo vivían allí. La tasa de mortalidad infantil era menor entre quienes acababan de arribar, que entre los mexicanos que llevaban un tiempo establecidos en el vecino país del norte, y la de estos últimos era aún menor que la de los blancos no hispanos (Marwick, 1991, 181).

#### LA MOVILIZACIÓN DE PERSONAS PUEDE SER UN INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN Y MONITOREO

La migración México–Estados Unidos se ha convertido en un serio problema de salud, principalmente en la zona fronteriza de ambos países. Entre 1993 y 1997, la cantidad





de habitantes de la frontera del lado estadounidense creció en 1.8% anual, lo que representó más del doble de la media nacional, que fue de 0.8%. La situación del lado mexicano fue aún peor, pues registró un crecimiento anual de 4.3%, o tres veces la media mexicana de 1.6% (Weinberg *et al.*, 2003). El rápido crecimiento de su población saturó los servicios de infraestructura. Del lado mexicano, el TLCAN facilitó el establecimiento de maquiladoras y el comercio. Del lado estadounidense, la cercanía de la frontera favorece el destino del migrante. Se calcula que más del 56% de los habitantes de la frontera de Estados Unidos y más del 45%, de los de la frontera mexicana, viven en 12 ciudades hermanas así como en sus condados y municipios, los cuales concentran cerca de 8 millones de personas (Brandon, 1996). A su vez, se estima que 400 millones de personas cruzan la frontera diariamente (320 millones documentados y el resto indocumentados). Ya que los problemas de salud no se detienen en la frontera, se estableció una comisión de salud binacional, en 1994 —United States–Mexico Border Health Commission (BHC)—. En 1997 se estableció el Border Infectious Disease Surveillance (BIDS), un sistema de monitoreo de salud (Weinberg *et al.*, 2003). Pero, prácticamente, no existe información sobre el papel que los migrantes y sus organizaciones pueden tener en el apoyo a la erradicación de las epidemias.<sup>6</sup>

El papel de la migración, en las enfermedades infecciosas y la salud en general, puede ser visto de forma contradictoria. Como perjudicial para el país más desarrollado, de la manera en que la historia de la Salud Pública lo ha considerado. Pero, también, como una alternativa de desarrollo de la conciencia y el capital social necesario para reducir la vulnerabilidad en los países de origen y destino. El Cuadro 5 sintetiza ambas posiciones.

CUADRO 5  
Efectos de la migración en la salud

Hipótesis	Efectos sobre la salud
Migración beneficiosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los migrantes que se asientan en los países más desarrollados se concientizan acerca de las enfermedades (Millar <i>et al.</i>, 2002)</li> <li>• Los migrantes que se establecen en los países más desarrollados tienen mejor salud (Soldo <i>et al.</i>, 2002)</li> <li>• Las remesas aumentan el nivel de vida de las comunidades de origen (Donato <i>et al.</i>, 2001; Kanaiaupuni y Donato, 1999)</li> </ul>
Migración perjudicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los migrantes difunden las enfermedades infecciosas (ideología y práctica «histórica» de la Salud Pública (King, 2002)</li> </ul>

Existe una vasta cantidad de documentos internacionales acerca de cómo la población organizada puede constituirse en un medio eficaz para ayudar —a los sistemas públicos de salud— a superar las epidemias y a disminuir la vulnerabilidad social y, con ello, el riesgo de contagio.

<sup>6</sup> Bélgica, por ejemplo, tiene un programa para formar migrantes que retornan a sus países de origen en el combate al SIDA y otras enfermedades contagiosas (Verwilghen, 2004). México cuenta con un programa de salud destinado a los mexicanos que residen en Los Ángeles y San Diego, California, y en las ciudades fronterizas con México ([http://portal.sre.gob.mx/ime/pdf/Ventanilla\\_Salud.pdf](http://portal.sre.gob.mx/ime/pdf/Ventanilla_Salud.pdf)).



Uganda ha despertado creciente interés por el rápido descenso de la presencia del VIH desde principios de los noventas. Stoneburner y Low-Beer (2004) han realizado estudios sistemáticos para elucidar esa sorprendente disminución. Sorprendente si se considera que países vecinos, con dinámicas epidemiológicas semejantes, como Kenya, Zambia y Malawi no experimentan el mismo padrón. La reducción de la presencia del VIH en toda la población, y en especial para el sector de 15 a 24 años, fue un fenómeno exclusivo de Uganda entre 1991 y 1998. Las encuestas señalan al incremento de la abstinencia, en el grupo de edad de entre 15 y 24 años y a la disminución de las relaciones sexuales fuera de la pareja estable, como las principales causas del descenso en la presencia del virus que provoca el SIDA.

Sin embargo, lo que interesó a Stoneburner y Low-Beer (2004) fue la razón por la cual hubo un cambio tan marcado en ese comportamiento. El resultado que se extrajo del estudio fue que la comunicación, directa y personal, difunde el conocimiento sobre las implicaciones del contagio y de la propia enfermedad. El 82% de los encuestados había escuchado del SIDA a través de la comunicación personal, contra un 40 a 65% en los países vecinos. En 1995, 92% de los hombres y 86% de las mujeres habían oído, por ese medio, de algún muerto de SIDA; en contraste, en 2002, la proporción variaba entre 71 y 86% en Zambia, Kenya y Malawi y menos de 50% en Sudáfrica. Stoneburner y Low-Beer (2004: 716) llegaron a la conclusión de que «las redes de comunicación son multiplicadoras y tienen mayor influencia que el estado de la epidemia en la prevalencia de conocer alguien con SIDA». Para la región de Kampala, un modelo de simulación de la dinámica del VIH indicó que el descenso en el riesgo de incidencia era similar a una vacuna con un 80% de efectividad. El control del VIH en Uganda parece haber estado basado en una línea simple y directa del gobierno, la cual señalaba que el VIH era fatal y que la fidelidad de la pareja debía ser la respuesta adecuada; acompañado de un eficiente ejercicio de redes interpersonales de comunicación que motivaron el cambio de comportamiento. El caso no es único, también la movilización fue el mecanismo utilizado para evitar el riesgo de contagio en Tailandia, y entre los hombres homosexuales de Estados Unidos (Stoneburner y Low-Beer, 2004).<sup>7</sup>

Mediante el tratamiento basado en la comunidad (*community-based treatment*), se lograron avances significativos en el control de la tuberculosis resistente a las multidrogas (MDR-TB) en Lima, Perú. El programa bautizado como DOTS-Plus sigue el modelo DOTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>8</sup> pero ajustado al caso de la MDR-TB, y se basó en la capacitación de los miembros de la comunidad, aún de quienes carecían de formación previa, para que desempeñaran la mayor parte de las tareas

<sup>7</sup> Stoneburner y Low-Beer (2004: 717) sugieren cambios en las políticas públicas epidemiológicas: «Para asegurar que estas lecciones sean replicadas necesitamos un cambio en el pensamiento estratégico de las políticas de salud y VIH/SIDA, con mayor atención a la inteligencia epidemiológica y la comunicación para movilizar y evitar el riesgo».

<sup>8</sup> El modelo DOTS de la Organización Mundial de la Salud está basado en los siguientes cinco elementos: a) compromiso gubernamental para mantener sostenidamente las actividades de control de la tuberculosis; b) detección de los casos mediante análisis microscópico de esputo entre pacientes que se reportan con síntomas; c) régimen estandarizado de seis a ocho meses; d) suplemento regular e ininterrumpido de las drogas esenciales para la tuberculosis, y e) un sistema de registro y reporte estandarizado (WHO, 2003a).



necesarias para el manejo de la tuberculosis. Los componentes clave de la estrategia fueron una actividad sistemática, un adecuado cuidado del paciente, una coordinación cercana con el programa peruano de tuberculosis y un intercambio comunicativo estrecho con los pacientes y sus familias (Shin *et al.*, 2004). Los resultados demostraron que los factores que determinan el éxito del tratamiento contra la tuberculosis no son sólo biológicos, sino también socioeconómicos y psicosociales, como escribieron Kironde y Nasolo (*apud* Shin *et al.*, 2004): «[El] Control efectivo de la tuberculosis con base en las comunidades demanda iniciativas amplias que requieren incorporar esfuerzos que contemplen las raíces causales de la enfermedad, especialmente la pobreza y sus resultados de enfermedad».

En California, un sistema basado en la comunidad, La Familia Sana, que trabaja en el condado de Ventura, entrena a trabajadores comunitarios como promotores, algunos de ellos ex migrantes. Este grupo relaciona los recursos de los cuatro centros de salud para migrantes existentes en la zona y los hospitales para ofrecer a los migrantes información y servicios sobre los programas (Rodríguez *et al.*, 2002; kaisernetworkd.org, 2002).

Vietnam redujo las muertes por malaria en 97%, entre 1992 y 1997, al combinar la organización popular, redes mosquitero, insecticida y medicamentos basados en *Artemisinin* (WHO, 2003b).<sup>9</sup> En la provincia de Henan, China, la malaria fue reducida en un 99%, entre 1965 y 1990, como resultado de políticas de movilización social, apoyadas por fumigación, redes mosquitero y el uso de *Artemisinin* (Jackson *et al.*, 2002). Durante una de las epidemias más severas de dengue en Cuba, a principios de los ochenta, la organización de sus habitantes fue el mecanismo más eficiente para su control y, a la postre, ha resultado ser una de las pocas historias exitosas en el control del *Aedes aegypti* (Gubler y Clark, 1996).<sup>10</sup>

En el contexto de la migración México–Estados Unidos ya existe un capital social formado por las organizaciones de migrantes que podría, y debería, ser encauzado al combate de las infecciones. El fenómeno migratorio ha experimentado un importante cambio en su configuración social. Hoy en día, las comunidades de origen y también las de destino, están menos aisladas y dispersas. El caso de los zacatecanos es ilustrativo. Los migrantes zacatecanos tienen, tal vez, la más avanzada organización de oriundos en Estados Unidos, con cerca de 40 mil miembros agrupados en más de 250 clubes, que corresponden a 16 federaciones.<sup>11</sup> Así, los migrantes pueden ser conside-

<sup>9</sup> El Artemisinin es un producto obtenido de un árbol nativo y procesado en China en los setenta.

<sup>10</sup> También existen ejemplos de trayectorias tecnológicas más económicas para enfrentar determinadas enfermedades que las promovidas por las corporaciones farmacéuticas multinacionales. En la India, en 1996, frente al grave problema de la tuberculosis resistente a las multidrogas, y ante la evidencia práctica de que la homeopatía resultaba una terapia efectiva, el gobierno organizó un equipo de alto nivel para evaluar su eficiencia y eventualmente considerarla como terapia en las políticas públicas de salud. A partir de 1998, tratamientos controlados comenzaron a ser prescritos en el Hospital Nerhu Nagar de New Delhi (WHO, 2003b; Manchanda *et al.*, 2000). La OMS tiene, en su site ([www.who.int/inf/new/preface.htm](http://www.who.int/inf/new/preface.htm)), una serie de casos de best practices. Empero, la mayoría se relaciona con la prevención. Debido a la fuerte presión de las corporaciones farmacéuticas, en la OMS es difícil encontrar best practices que incluyan el uso de medicamentos que no pueden ser patentados. El mercado es el principal agente en contra de la salud de los pobres.

<sup>11</sup> Federación del Sur de California; Federación de Illinois; Federación del Norte de California; Fede-



rados agentes colectivos (Moctezuma, 2000; 2001). Se trata de un actor colectivo que representa un capital social factible de ser incorporado a los programas de salud.

## CONCLUSIONES

La expansión de las enfermedades infecciosas, en las últimas décadas, constituye una preocupación mundial. Es conocido que las migraciones juegan un papel importante en el esparcimiento de dichas enfermedades. De manera histórica, la relación entre enfermedades infecciosas e inmigrantes ha sido utilizada, política e ideológicamente, como mecanismo para combatir a determinados grupos sociales. La migración México–Estados Unidos ha crecido, de forma significativa, en las últimas décadas y los impactos en términos de salud se han manifestado de inmediato, siendo la población fronteriza y los grupos étnicos minoritarios los más afectados. Los esfuerzos, en términos de salud pública binacional, se han desarrollado con más de una década de retraso respecto de la irrupción de las enfermedades infecciosas, a principios de los ochenta. Pero, prácticamente, no ha habido esfuerzos de gran alcance para incorporar a la población migrante a proyectos de monitoreo, prevención y cura de las enfermedades. Existe un gran número de información internacional que muestra el papel relevante que las organizaciones de base, de carácter comunitario, pueden llegar a tener como instrumento de apoyo a la labor de la salud pública. Las organizaciones de migrantes pueden ser incorporadas a este esfuerzo. En la migración zacatecana puede encontrarse el capital social necesario para considerarla en los planes de salud. El nivel organizativo en clubes y federaciones, la estrecha relación entre comunidades de origen y de destino, el papel creciente en la política de ambos países y el flujo de remesas hacen, de esta migración, un potencial que no debe menospreciarse.

## REFERENCIAS

- AMARO, H., A. Raj, R. Vga, T. Magione y L. Norville (2001), «Racial/Ethnic disparities in the VIH and substance Abuse Epidemics: communities responding to the need», en *Public Health Reports*, pp. 116–434.
- ARAGONÉS, Ana María (2004), «Migración y explotación de la fuerza de trabajo en los años noventa: saldos del neoliberalismo», en Blanca Rubio (coord.), *El sector agropecuario mexicano frente al nuevo milenio*, Plaza y Valdés, UNAM, México.
- Banco Mundial (2003), *Global Development Finance*, Banco Mundial, Washington.

ración del Condado de Ventura, California; Federación del Condado de Orange, California; Federación de Las Vegas, Nevada; Federación de Santa Fe, New Mexico; Federación de Norte de Texas; Federación de Sur de Texas; Federación de Tulsa, Oklahoma; Federación de Phoenix, Arizona; Federación de Colorado Springs; Federación de Denver, Colorado; Federación de Belle, Florida; Federación de Virginia, Michigan, y Federación de Atlanta, Georgia.



- BEAN, Frank, Rodolfo Corona, Rodolfo Tuiran, Karen A. Woodrow–Lafield y Jennifer Van Hook (2001), «Circular, invisible, and ambiguous migrants: components of difference in estimates of the number of unauthorized Mexican migrants in the United States», en *Demography*, núm. 38.
- BRANDON, Jeffrey E. (1996), «Border Health: an Overview of Challenges Along the U.S. Mexico border», en *Frontera Norte Sur*, [http://www.nmsu.edu/~frontera/old\\_1996/nov96/current.html](http://www.nmsu.edu/~frontera/old_1996/nov96/current.html) (consultado el 12 diciembre de 2003).
- CALVA, José Luis (2000), *México más allá del neoliberalismo. Opciones dentro de cambio global*, Plaza y Janés, México.
- CAMAROTA, Steven A. y James R. Edwards Jr. (2000), «Without Coverage: Immigration's Impact on the size and growth of the population lacking health insurance», en *Center for Immigration Studies*, <http://www.cis.org/aboutcis.html> (consultado el 3 de marzo de 2004).
- CANTWELL, Michael, Zinder Dixie, George Cauthen e Ida Onorato (1994), «Epidemiology of tuberculosis in the United States», en *Jama*, núm. 272.
- CARBALLO, Manuel y Aditi Nerukar (2001), «Migration, refugees, and health risks», en *Emerging Infectious Diseases*, núm. 7, supplement.
- CARRARA BRAVO, Teodoro (2001), «Ecología de las enfermedades infecciosas», en *Ciencias*, núm. 64.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1992), «Prevention and Control of Tuberculosis in Migrant Farm Workers. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis», en *MMWR. Recommendations and Reports*, junio.
- CIS (Center for Immigration Studies) (2000), «Without Coverage: immigrations impact on the size and growth of the population lacking health insurance», <http://www.cis.org/articles/2000/coverage/> (consultado el 20 de agosto de 2002).
- COCKBURN, T.A. (1971), «Infectious diseases in ancient populations», en *Current Anthropology*, núm. 12.
- CONAPO (2002), *Índice de intensidad migratoria México–Estados Unidos*, CONAPO, México.
- \_\_\_\_ (2004), «Pérdida neta anual por migración a Estados Unidos por periodo, 1960–2003», [http://www.conapo.gob.mx/mig\\_int/series/g06.ppt](http://www.conapo.gob.mx/mig_int/series/g06.ppt).
- \_\_\_\_ (2004), «53% de los mexicanos en EU carece de todo tipo de cobertura de salud», <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/17boletin2004.htm>.
- \_\_\_\_ (2004), «Población residente en Estados Unidos por diversas características sociales, según región de nacimiento, 2003», [http://www.conapo.gob.mx/mig\\_int/series/030103.xls](http://www.conapo.gob.mx/mig_int/series/030103.xls).
- CPS (2002), *Current Population Survey*, <http://www.bls.census.gov>.
- DELGADO, Raúl, Humberto Márquez y Héctor Rodríguez (2004), «Organizaciones transnacionales de migrantes y desarrollo regional en Zacatecas», en *Migraciones internacionales*, núm. 4, julio–diciembre.
- División de Población de Naciones Unidas (2002), *International Migration Report 2002*, División de Población, Nueva York.
- DH (Department of Health) (2002), Getting ahead of the curve, [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) (consultado el 10 de junio de 2002).
- DONATO, Katharine M., Shawn Malia Kanaiaupuni y Melissa Stainback (2001), «The effects of Migration, Household Income, and Gender on Mexican Child Heal-



- th», en *CDE Working Paper*, núm. 2001–10, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin–Madison.
- DURAND, Jorge y S. Massey Douglas (2003), *Clandestinos. Migración México–Estados Unidos en los albores del siglo XXI*, Miguel Ángel Porrúa, UAZ, México.
- ESCALA–RABADÁN, L. (2004), «Migración y formas organizativas en los Estados Unidos: los clubes y federaciones de migrantes mexicanos en California», en Guillaume Lanly y M. Basilia Valenzuela V. (comps.), *Clubés de migrantes oriundos mexicanos en los Estados Unidos. La política transnacional de la nueva sociedad migrante*, U. de G., México.
- FAIR (Federation for American Immigration Reform), «Immigration and Public Health», Issue Brief. 10/2002, <<http://www.fairus.org/ImmigrationIssueCenters/ImmigrationIssueCentersList.cfm?c=13>> (consultado el 12 de diciembre de 2003).
- FARMER, Paul (1996), «Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases», en *Emerging Infectious Diseases*, núm. 2.
- FISCELLA, Kevin, Peter Franks, Mark P. Doescher y Barry G. Saver (2002), «Disparities in Health Care by Race, Ethnicity, and Language Among the Insured Findings From a National Sample», en *Medical Care*, núm. 40.
- FOLADORI, Guillermo (2004), «La crisis contemporánea de los sistemas de salud», en *Comercio Exterior*, núm. 54.
- FRENK Mora, Julio (2001), «Reunión de trabajo del Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, con la Comisión de Población, Fronteras y Asuntos Migratorios de la Cámara de Diputados», Ciudad de México, D.F., 3 de julio, <[http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/discursos/2001-07-03-poblacion-fronteras-amigratorios.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2001-07-03-poblacion-fronteras-amigratorios.htm)> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- FURINO, Antonio y Eric Munoz (1991), «Health Status among Hispanics: Major Themes and New Priorities», en *Jama*, núm. 265.
- GARCÍA ZAMORA, R., J. Padilla, R. Delgado Wise, M. Moctezuma Logoria y H. Rodríguez Ramírez (1999), «Migración internacional, remesas y crecimiento económico regional en Zacatecas», en R. Alarcón, R. Delgado Wise, R. García Zamora, G. Ruin, D. Iñiguez, F. Kumetz, M. Levander, F. Lozano Ascencio, J. Martínez Saldaña, R. Mines, M. Moctezuma Logoria, J.M. Padilla, V. Partida Bush, H. Rodríguez Ramírez y R. Smith, *Impacto de la migración y las remesas en el crecimiento económico regional*, Senado de la República, México.
- GAYET, C. y C. Magis (2000), «Inmigración y SIDA en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México», en *Economía, Sociedad y Territorio*, núm. II.
- GINZBERG, Eli (1991), «Access to Health Care for Hispanics», en *Jama*, núm. 265.
- GUBLER, D. y G. Clark (1996), «Community involvement in the control of *Aedes aegypti*», en *Acta Tropica*, núm. 61.
- GUILLÉN, Arturo (2000), *México hacia el siglo XXI. Crisis y modelo económico alternativo*, Plaza y Valdés, UAM, México.
- GUILLÉN, Héctor (1997), *La contrarrevolución neoliberal*, Era, México.
- GUTIÉRREZ, Verónica, Steven Wallace y Xóchitl Castañeda (2004), «Perfil demográfico de los migrantes mexicanos en Estados Unidos», en <[http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/files/Perfil\\_demografico.pdf](http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/files/Perfil_demografico.pdf)>.
- HARRIS, Nigel (2004), *Diálogo en el seminario: Migration and Development: Myths and Facts*, EPC–KBF, en *Migration Dialogues*, núm. 27, junio, Communication



- to Members S08-04, The European Policy Centre, <<http://www.kbs-frb.be/files/db/EN/Report%20on%20Migration%20and%20development%20-%20Myths%20and%20facts%2027.01.pdf>> (consultado el 28 agosto de 2004).
- HO, Ming-Jung (2004), «Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis», en *Social Science & Medicine*.
- ILO (International Labor Office) (2002), «Health concerns in the trafficking of migrants», en *Migration and Health Newsletter*, núm. 2.
- IMAZ, Cecilia (2004), «Poder político de las organizaciones transnacionales de migrantes mexicanos en sus comunidades de origen. Estudio comparativo de clubes sociales de migrantes en Nayarit-California y Puebla-Nueva York», en Guillaume Lanly y M. Basilia Valenzuela V. (comps.), *Clubes de migrantes oriundos mexicanos en los Estados Unidos. La política transnacional de la nueva sociedad migrante*, U. de G., México.
- IOM (International Organization for Migration) (2003a), «World Migration 2003: Managing migration. Challenges and responses for people on the move», en <[http://www.iom.int/documents/publication/en/chap01p1\\_24.pdf](http://www.iom.int/documents/publication/en/chap01p1_24.pdf)> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- \_\_\_\_\_ (2003), «Migration & Health Annual Report 2003», en <[http://www.iom.int/documents/publication/en/mhs\\_Annual\\_2003.pdf](http://www.iom.int/documents/publication/en/mhs_Annual_2003.pdf)> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- JACKSON, Sukhan, Adrian Sleight y Liu Xi-Li (2002), «Economics of malaria control in China: cost, performance and effectiveness of Henan's consolidation programme», en *Social, Economic and Behavioural (SEB) Research*, Report Series 1, UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR). *Social, Economic and Behavioural (SEB) Research*, en <<http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/sebrep1.pdf>> (consultado el 12 de mayo de 2004).
- Kaisernetwork.org (2002), «Program Aims to Reduce Spread of Infectious Diseases Among Farm Workers in Ventura County, Calif.», en *Daily Report*, 18 de junio, <[http://www.kaisernetwork.org/daily\\_reports/rep\\_hpolicy\\_recent\\_rep.cfm?dr\\_DateTime=06-18-02&show=yes](http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_hpolicy_recent_rep.cfm?dr_DateTime=06-18-02&show=yes)> (consultado el 31 de agosto de 2004).
- KANAIAPUNI, Shawn Malia y M. Donato (1999), «Migradollars and mortality: The effects of migration on infant survival in Mexico», en *Demography*, núm. 36.
- KIMBALL, A.M. (2000), «Introduction to Emerging Infections», en *School of Public Health and Community Medicine*, University of Washington, <<http://depts.washington.edu/eminf/emerging/emerg.html>> (consultado el 26 de junio de 2003).
- KING, Nicholas (2002), «Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health», en *Social Studies of Science*, núm. 32.
- KRAUSE, Richard (1992), «The Origin of Plagues: Old and New», en *Science*, núm. 257.
- LEVINE, Elaine (2003), «La otra cara de la migración: inserción laboral y estatus social de los migrantes mexicanos en Estados Unidos», ponencia presentada en el Primer Coloquio Internacional Migración y Desarrollo: Transnacionalismo y nuevas perspectivas de integración, Zacatecas, Zac., del 23 al 25 de octubre.
- LEVINS, R. (2000), «Is Capitalism a Disease? The Crisis in U.S. Public Health», en *Monthly Review*, núm. 52.
- MANNING, Jason (2000), «The AIDS Epidemic», en <<http://eightiesclub.tripod.com/id321.htm>> (consultado el 22 de agosto de 2004).



- MARTENS, Pim y Lisbeth Hall (2000), «Malaria on the move: human population movement and malaria transmission», en *Emerging Infectious Diseases*, núm. 6.
- MARTIN, Philip (2004), «Challenge Paper on Population and Migration», en *Copenhagen Consensus*, 21 de marzo, <[http://www.copenhagenconsensus.com/Files/Filer/cc/Papers/Population\\_-\\_Migration\\_070504.pdf](http://www.copenhagenconsensus.com/Files/Filer/cc/Papers/Population_-_Migration_070504.pdf)> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- MARWICK, Charles (1991), «Hispanic hanes takes long look at latino health», en *Jama*, núm. 265.
- MAXWELL, L. (2003), «California: study tracks VIH in migrant workers», en *Sacramento Bee*, 25 de abril.
- \_\_\_\_ (2003), «California–Mexico group studies AIDS among migrant far workers», en *Sacramento Bee*, 24 de abril.
- MAYOR, Susan (2003), «News extra Migrants should not be forced to have TB and VIH screening», en *British Medical Journal*, núm. 327.
- MENA, J. (2002), «AIDS now a migrant to Mexico: workers carry virus back to their villages, where it spreads to wives and girlfriends. Health officials believe 30% of the 4,300 to 16,000 cases originated in the U.S. The number is rising rapidly», en *Los Angeles Times*, 15 de septiembre.
- MILLAR, J., P.J. Guarnaccia y A. Fasina (2002), «AIDS knowledge among latinos: the roles of language, culture and socioeconomic status», en *Journal of Immigrant Health*, núm. 4.
- MIM (Multilateral Initiative on Malaria) (2001), <<http://mim.nih.gov>> (consultado el 19 de abril de 2004).
- MINES, R. (1997), «La salud de los hijos de los trabajadores agrícolas inmigrantes. Resultados de la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas», mecanoscrito, Departamento del Trabajo de los Estados Unidos.
- MINES, R. y M. Kearney (1982), «The Health of Tulare Country Farmworkers: Report of 1981 Survey and Ethnographic Research for the Tulare Country Department of Health», en *Rural Health Division of the California Department of Health Services*, Sacramento.
- MOCTEZUMA, Miguel (2000), «La organización de los migrantes zacatecanos en Estados Unidos», en *Cuadernos Agrarios*, nueva época, pp. 19–20.
- \_\_\_\_ (2001), «Territorialidad de los clubes de zacatecanos en Estados Unidos», en *Migración y Desarrollo*, núm. 1.
- \_\_\_\_ (2004), «La presencia migrante desde la distancia. Clubes de zacatecanos en los Estados Unidos», en Guillaume Lanly y M. Basilia Valenzuela V. (comps.), *Club de migrantes oriundos mexicanos en los Estados Unidos. La política transnacional de la nueva sociedad migrante*, U. de G. México.
- MORSE, S. (1995), «Factors in the Emergence of Infectious Diseases», en *Emerging Infectious Diseases*, núm. 1.
- NAVARRO, Vicente (2003), «The inhuman state of U.S. Health Care», en *Monthly Review*, núm. 55.
- NOLAN, C.L., L.M. Kawamura, K.S. Moser, R. Granich, C.E. Wallace, D. Schneider, M.N. Lobato y A.G. Miranda (2003), «Post–detention completion of tuberculosis treatment for persons deported or released from the custody of the Immigration and Naturalization Service–United States, 2003», en *Morbidity & Mortality Weekly Report*, núm. 52.





- PARKHURST, Justin y Louisiana Lush (2004), «The political environment of VIH: lessons from a comparison of Uganda and South Africa», en *Social Science & Medicine*, núm. 59.
- PASSEL, J.S., Randolph CAPPs y Michael Fix (2004), «Undocumented Immigrants: facts and figures», en <http://www.urban.org/url.cfm?id=1000587> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- POSS, Jane (2000), «Factors associated with participation by mexican migrant farmworkers in a tuberculosis screening program», en *Temas de Micobacteriosis*, núm. 49, Biblioteca Virtual de Salud, México.
- \_\_\_\_ (1998), «The meanings of tuberculosis for Mexican migrant farm workers in the United States», en *Social Science & Medicine*, núm. 47.
- PROTHERO, R.M. (1977), «Disease and mobility: a neglected factor in epidemiology», en *International Journal of Epidemiology*, núm. 6.
- Rapidimmigration.com, US Immigration Facts (2004), en [http://www.rapidimmigration.com/usa/1\\_eng\\_immigration\\_facts.html](http://www.rapidimmigration.com/usa/1_eng_immigration_facts.html) (consultado el 29 de agosto de 2004).
- RODRIGUEZ, Michael, Jennifer Toller y Patrick Dowling (2002), «Health of Migrant Farmworkers in California», en *California Research Bureau 2002 Educational Tour Series*, Policy Brief, núm. 4, Sacramento.
- RUBIO, Blanca (coord.) (2004), *El sector agropecuario mexicano frente al nuevo milenio*, Plaza y Valdés, UNAM, México.
- SACHS, Susan (2000), «More screening of immigrants for tuberculosis sought», en *Migration World Magazine*, núm. 28 (reproducido del *New York Times*, 4 de marzo).
- SHIN, Sonya, Jennifer Furin, Jaime Bayona, Kedar Mate, Jim Yong Kim y Paul Farmer (2004), «Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience», en *Social Science & Medicine*, núm. 59.
- SOLDO, B., R. Wong y A. Palloni (2002), «Migrant Health Selection: Evidence from Mexico and the US», paper prepared for presentation at the Population Association of America Conference, Atlanta, mayo, en <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/espanol/articulos.htm> (consultado el 29 de junio de 2004).
- STONEBURNER, R.L. y D. Low-Beer (2004), «Population-Level VIH declines and behavioral risk avoidance in Uganda», en *Science*, núm. 304.
- UN (United Nations Population Division) (2003), *Trends in total Migrant Stock: The 2003 Revision*, en <http://www.un.org/esa/population/publications/migstock/2003TrendsMigstock.pdf> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- Us Department of Labor, Office of the Assistant Secretary for Policy, Office of Program Economics, Findings from the A Demographic and National Agricultural Employment Profile of Workers Survey United States Farmworkers (NAWS) (2000), *1997-1998. Research Report*, no. 8, en [http://www.dol.gov/asp/programs/agworker/report\\_8.pdf](http://www.dol.gov/asp/programs/agworker/report_8.pdf) (consultado el 22 de agosto de 2004).
- VALENZUELA, José (1991), *Crítica del modelo neoliberal. El FMI y el cambio estructural*, UNAM, México.
- VEGA Briones, G. (2004), «La formación de los clubes del Estado de México. Mecanismos de organización de nuevas comunidades de migrantes mexicanos en los Estados Unidos», en Guillaume Lanly y M. Basilia Valenzuela V. (comps.), *Clubes de migrantes oriundos mexicanos en los Estados Unidos. La política transnacional de la nueva sociedad migrante*, U. de G., México.



- VERWILGHEN, Marc (2004), *Diálogo en el seminario: Migration and Development: Myths and Facts*, EPC–KBF Migration Dialogues, 27 de junio, Communication to Members S08–04. The European Policy Centre, en <http://www.kbs-frb.be/files/db/EN/Report%20on%20Migration%20and%20development%20-%20Myths%20and%20facts%2027.01.pdf> (consultado el 28 de agosto de 2004).
- VILLAREJO, Don (2003), «The health of u.s. hired farm workers», en *Annual Review of Public Health*, núm. 24.
- VILLARREAL, René, (2004), *TLCAN, 10 años después. Experiencia para México y lecciones para América Latina*, Norma, Bogotá.
- WEEKERS, Jacqueline y Nnette Motus (2003), «Globalization: Trade, Population Mobility, and International Security. Thematic Cluster: Migration Flows and Their Management», 8th International Metropolis Conference, Vienna, del 15 al 19 de septiembre, en <http://www.europaforum.or.at/site/HomepageMetropolis2003/en/ws.1.5WeekersMotus.ppt> (consultado el 21 de agosto de 2004).
- WEINBERG, Michelle, Stephen Waterman, Carlos Álvarez Lucas, Verónica Carrion Falcon, Pablo Kuri Morales, Luis Anaya Lopez, Chris Peter, Alejandro Escobar Gutiérrez, Ernesto Ramirez Gonzalez, Ana Flisser, Ralph Bryan, Enrique Navarro Valle, Alfonso Rodriguez, Gerardo Álvarez Hernández, Cecilia Rosales, Javier Arias Ortiz, Michael Landen, Hugo Vilchis, Julie Rawlings, Francisco Lopez Leal, Luis Ortega, Elaine Flagg, Roberto Tapia Conyer, Martin Cetron (for the Border Infectious Disease Surveillance Project Working Group) (2003), «The U.S.–Mexico Border Infectious Disease Surveillance Project: Establishing Bi–national Border Surveillance», *Emerging Infectious Diseases*, núm. 9, en <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol9no1/02–0047.htm> (consultado el 25 de enero de 2004).
- WHO (World Health Organization) (1999), «Removing obstacles to healthy development», en <http://www.who.int/infectious–disease–report/index–rpt99.html> (consultado el 10 de junio de 2003).
- \_\_\_\_\_, «VIH, TB and Malaria» (2000), en: [www.who.int/inf–fs/en/backooi.html](http://www.who.int/inf–fs/en/backooi.html) (consultado el 26 de junio de 2003).
- \_\_\_\_\_, «Tuberculosis» (2003), en <http://www.who.int/gtb/dots/whatisdots.htm> (consultado el 31 de agosto de 2004).
- \_\_\_\_\_, «Viet Nam reduces malaria death toll by 97% within five years» (2003), *Health a key to Prosperity*, en <http://www.who.int/inf–new/mala1.htm> (consultado el 26 de junio de 2003).
- WORBY, P. (2001), «Forum: Binational Forum on Migrant Health: Tenemos historia... hacemos futuro. October 18/19, 2001», Center for Latin American Studies, University of California, Berkeley, School of Public Health.
- ZÚÑIGA, Elena (2003), *Intervención en el Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Salud y Migración*, Universidad de California, Los Ángeles, California, 16 de octubre, en [http://www.conapo.gob.mx/prensa/2003/discursos2003\\_17.htm](http://www.conapo.gob.mx/prensa/2003/discursos2003_17.htm).