

Capítulo III.

Las Políticas Públicas en California y su influencia en el acceso a los servicios de salud de los Migrantes

El objetivo de este capítulo consiste en mencionar las características y diferencias de las políticas federales y estatales respecto al tema de la salud. El sistema federalista que ha caracterizado a los Estados Unidos permite a los estados determinar las transferencias de recursos en cuanto a programas como *Medicaid*, *Medicare*, *SCHIP State Children's Health Insurance Program*, entre otros.

Esta libertad es la que ha permitido a los estados generar políticas que pueden resultar inclusivas o exclusivas de ciertos grupos en desventaja, ya sea por su estado socioeconómico o por su estado de legalidad en el país. Por ejemplo en el marco de las políticas de salud a nivel federal se han generado diferentes tipos de programas que tratan de proteger a los niños y les han brindado a los estados la libertad, para establecer los lineamientos y requisitos que deben cumplir las personas para tener acceso a ciertos servicios. Como resultado de esto, en el estado de California se han incrementado los requerimientos para elegibilidad a estos servicios, y en caso contrario al sistema federal han realizado numerosos recortes a los programas que atienden a niños migrantes.

De igual forma, a través de este capítulo se realizará un análisis acerca de la evolución de las políticas públicas en California, para conocer de qué manera han sido creadas diversas estructuras en el interior y el exterior del propio sistema de salud, que afectan a los migrantes ya que los excluyen de recibir atención médica. Todo esto, dentro de un contexto de estructura social, que en base a ciertas características de la población de migrantes mexicanos, (analizadas en el capítulo III) han generado diferencias y

“codificaciones” que permiten el establecimiento de un marco institucional que genera exclusión.

3.1 Evolución y características de las políticas públicas de salud

El sistema de salud norteamericano se organiza a través de dos esquemas: los seguros médicos privados y los programas públicos de salud. En el primer caso, el acceso a los servicios de salud depende de los ingresos y en el segundo el acceso depende de cumplir los requisitos que se establecen en cada uno de los programas. Cerca de la gran mayoría de familias integradas por personas inmigrantes tiene empleos donde no les ofrecen seguro médico, adicionalmente muchas de estas familias perciben bajos ingresos y un porcentaje cada vez más significativo tienen un estatus migratorio de ilegalidad. Por lo que en estos casos, las condiciones materiales les dificultan el acceso a los servicios de salud a los migrantes mexicanos, debido a la presencia de barreras informales que impiden la posibilidad de percibir atención médica.

3.1.1 Políticas Federales

Tanto *Medicaid* como *SCHIP State Children's health Insurance Program* juegan un papel importante en cubrir algunos de los inmigrantes de bajos ingresos. La legislación federal restringe a las personas de poder calificar para un programa de cobertura médica pública bajo criterios de ingreso medido en base al Nivel Federal de Pobreza y de ciertas características como la edad y factores físicos¹.

¹ Como el hecho de que el acceso se facilita para aquellas personas mayores de 65 años, niños, invidentes y discapacitados.

Tabla 3. Programas públicos federales de salud

Programas	Criterios de elegibilidad
MEDICAID	Pueden aplicar aquellas personas que cumplan con los requerimientos del Plan estatal XIX del Social Security Act (1). Sección 1931. es administrado por el Servicio Social y de Rehabilitación (SRS)
	Pueden aplicar las mujeres que estan embarazadas
	Pueden aplicar familias de escasos recursos económicos con niños dependientes y que reciben ingresos por seguridad social
	Pueden aplica niños en escuela secundaria o el equivalente a escuela vocacional o entrenamiento técnico
	Pueden aplicar ancianos o personas con ceguera temporal o permanente, también personas discapacitadas
	Considerando estos criterios, existen reglas que varían de estado a estado en la Unión Americana
MEDICARE	Es responsabilidad de la Administración de Seguridad Social (SSA)
	Pueden aplicar personas mayores a 65 años
	Pueden aplicar algunas personas con edad menor a 65 años pero con discapacidad
	Pueden aplicar personas con enfermedades en etapa final, que requieren trasplante o tratamiento con diálisis
SCHIP	Los recursos sirven para expandir la elegibilidad a Medicaid de niños que previamente no habían calificado
	Puede designar un plan de seguro médico por separado de medicaid, o combinar ambos planes.
	Dirigido a menores de 19 años de edad que se encuentran ubican en un nivel federal de pobreza superior al 200 por ciento
	Pueden aplicar niños que se encuentren en una institución para el tratamiento de enfermedades mentales
	Pueden aplicar niños que son elegibles para cobertura de Medicaid
	Pueden aplicar niños, miembros de familias que son elegibles para seguro por ser empleados ddel gobierno
	Considerando estos criterios, existen reglas que varían de estado a estado en la Unión Americana

Fuente: SSA, SRS, Medicaid , Medicare, SCHIP

(1) Dicha sección consiste en que los niveles de ingreso por los que se pueden hacer acreedores deben ser inferiores y el cálculo del nivel de pobreza es estimado bajo nuevas metodologías.

Tanto *Medicaid* como *SCHIP State Children's health Insurance Program* son programas muy importantes para reducir la brecha en cobertura de salud para inmigrantes de bajos ingresos². *Medicaid* se crea con la finalidad de cubrir las necesidades de salud de las personas mayores de 65 años y niños, así como para personas con discapacidad o invidentes. *SCHIP*

² -----(2004) "Immigrants and Health Coverage: A primer", The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, National Council of La Raza, (June).

se crea en el marco del *Balanced Budget Act* de 1997, para confrontar el problema creciente de niños sin seguridad social. *SCHIP* fue designado como un programa de cooperación entre gobiernos estatales y federales de forma similar a *Medicaid*, con el objetivo de incluir en los servicios de salud a los niños cuyas familias tienen muy bajos ingresos que no pueden pagar un seguro médico y cuyos ingresos se ubican debajo del 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)³, requerimiento necesario para poder ser elegibles a *Medicaid*.

SCHIP es la ampliación más fuerte que se ha dado en cuanto a cobertura de servicios de salud para niños desde el inicio de *Medicaid* en la década de 1960. Como se puede observar en la tabla 2, existe cierta flexibilidad en las regulaciones federales en cuanto a poder ampliar la cobertura de servicios a familias en base a diversos criterios. Por ejemplo en el caso de cobertura a niños, existe una cobertura especial para aquellos en edad escolar y al mismo tiempo pueden combinarse los programas de *Medicaid* y *SCHIP*, si es que así lo requieren. También en el caso de *Medicaid* pueden aplicar mujeres embarazadas y personas inmigrantes.

Sin embargo en cada estado los requerimientos de elegibilidad varían. Por ejemplo en algunos estados se ha excedido el límite de 200% del FPL para y en otros estados se ha brindado cobertura a familias enteras no solamente niños.

Existen otros programas que proveen de asistencia de emergencia a áreas metropolitanas de alta elegibilidad a través del Ryan White *Comprehensive AIDS Resources Emergency Act (CARE)* que proveen de continuos cuidados y servicios a las personas que viven con la enfermedad del VIH y que no pueden cubrir los altos costo que la atención de esta enfermedad requiere como son medicamentos y que el programa *Medicaid* no cubre. Aunque cada estado tiene un programa *Medicaid* con fondos federales, cada

³ -----(1997) "California's Healthy Families Program", State Child Health Plan under Title XXI of the Social Security Act. Pete Wilson, Governor. State of California, (November).

programa es distinto a nivel estatal en lo que se refiere al nivel, amplitud de servicios y requerimientos de elegibilidad: hay programas y servicios que son obligatorios y otros que son opcionales.

Mientras que en algunos centros no requieren de número de seguro social, en otros es requisito indispensable, lo cual influye también en la demanda que se genera en estos centros. Un ejemplo de esto, es que mientras que en Austin los servicios actualmente varían en un promedio de 7 personas atendidas, en Seattle el promedio es de 300 personas atendidas. Mientras que en algunos condados como en Ft. Worth, Texas se ofrecen servicios dentales; en San Diego, California se ofrecen terapias complementarias.⁴ Otro programa es el implementado por el *Balanced Budget Act*⁵ que a partir de 1990, provee de recursos adicionales a estados de alta concentración inmigrante para otorgar servicios de salud, y que se ha traducido en un gasto de 25 millones de dólares para brindar apoyo médico a migrantes de bajos recursos económicos. Las aportaciones federales se realizan previas estimaciones de la división de estadística del INS (*Immigration and Naturalization Service*) acerca de la población de inmigrantes que cada año llegan al país por distribución geográfica, de ahí que sean básicamente 12 estados los que reciben las mayores aportaciones.⁶

De acuerdo a la tabla 4, el estado que recibe un mayor porcentaje recursos para servicios de salud para indocumentados es California, en una razón de \$5.6 dls. por habitante. También de acuerdo al *Balanced Budget Act*⁷ todos los inmigrantes ya sean calificados o no calificados que se encuentren viviendo legalmente en los Estados Unidos pueden continuar recibiendo los beneficios de *Medicaid*. Siempre y cuando la comisión de

⁴ Robert Buchanan (2002) Ryan White CARE Act and eligible Metropolitan Areas, Health Care Financing Review, Vol. 23, No. 4, (Summer).

⁵ Sección 4723.

⁶ Sally Richard (2004) Centers for Medicare & Medicaid Services.

⁷ La sección 5301(c).

seguridad social no tenga pruebas de que el indocumentado no es elegible de los servicios, la persona continuará recibiendo los mismos.⁸

Tabla 4. Año Fiscal 1998. Recursos por estado para servicios de salud para inmigrantes indocumentados bajo la sección 4723 del Balanced Budget Act

Estado	Población total Indocumentados	% de Población total de Inmigrantes	Recursos
California	2,000,000	45.34	11,335,298
Texas	700,000	15.87	3,967,654
Nueva Cork	540,000	12.24	3,060,530
Florida	350,000	7.93	1,983,677
Illinois	290,000	6.57	1,643,618
Nueva Jersey	135,000	3.06	765,133
Arizona	115,000	2.61	651,780
Massachussets	85,000	1.93	481,750
Virginia	55,000	1.25	311,721
Washington	52,000	1.18	294,718
Colorado	45,000	1.02	255,044
Maryland	44,000	1	249,377
Total	4,411,000	100	25,000,000

Fuente: INS. Statistics Branch. Demographic Statistics Section.

Estimated Resident Undocumented Population by State of Residence (1996)

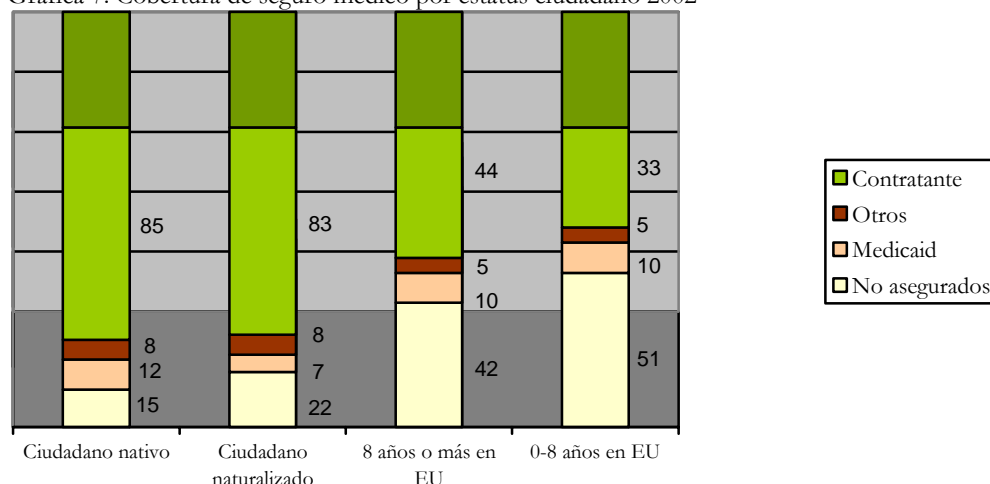
El Balanced Budget Act de 1997 causó que muchos hospitales pequeños en las zonas rurales tuvieran bastantes problemas para proveer de servicios básicos a los beneficiarios de Medicare. Los hospitales rurales dependen más de los reembolsos de Medicare que sus contrapartes urbanas y son más vulnerables a los pagos y reformas. Básicamente se requiere de reformas que fortalezcan los hospitales rurales. Se prevé que al final de la década la mitad de los hospitales rurales en estados Unidos deberán cerrar. Las comunidades rurales están luchando constantemente para construir y apoyar a su sistema de salud así como su infraestructura, ya que tienen dificultades para mantener servicios médicos de emergencia.

Los recientes cambios en el programa *Medicaid* como el recorte de fondos del Programa Salud para Niños durante 2001, que daba servicio a niños que no cubrían los

⁸ Sección 5304, Medicaid Eligibility based on SSI, Centers for Medicare & Medicaid Services.

requerimientos federales de residencia, dejó a 29,000 niños sin atención médica. Cuando la cobertura del *Medicaid* estaba a disposición de todos los niños migrantes, la tarea era más fácil ya que como los exámenes físicos son la base de muchos programas el *Medicaid* cubría aproximadamente la mitad de los exámenes, sin embargo ahora los programas existentes tienen que coordinarse con clínicas médicas y dentales de manera individual.⁹

Gráfica 7. Cobertura de seguro médico por estatus ciudadano 2002



Fuente: National Council of La Raza. (June, 2004)

Como se puede observar en la gráfica 7, los migrantes cuyo periodo de estancia en los Estados Unidos es menor, son los menos propensos a recibir servicios médicos tanto por no estar asegurados como por no tener recursos suficientes para cubrir un seguro médico. Mientras que la mayoría de los ciudadanos obtienen su cobertura médica a través del contratante, el 81 por ciento de los inmigrantes que tienen un familiar laborando de tiempo completo, no reciben cobertura médica.¹⁰

Existe la idea de que los inmigrantes dependen en gran medida del *Medicaid* y *SCHIP* lo cual no es cierto ya que debido a los cambios en la legislación y el temor a ser deportados, han sido factores que han hecho a los migrantes desistir para enrolarse en

⁹ Ken Harvey(2004) “Programa migrantes para mejorar la salud de los niños”, Noticias de Educación al Migrante, Washington State Migrant Education Program, Office of Superintendent of Public Instruction, P. 1.

¹⁰ -----(2004) “Immigrants and Health Coverage: A primer”, The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, National Council of La Raza, (June).

programas públicos, aún cuando los hijos sea ciudadanos pero los padres no. En 1999 se determinó que ni *Medicaid* ni *SCHIP* pueden ser considerados como una carga para el erario público. De acuerdo a datos del 2002, un tercio de las personas de bajos ingresos que tenían *Medicaid* eran ciudadanos nativos, sólo un 14% de las personas con *Medicaid* eran inmigrantes residentes en los Estados Unidos durante los últimos 6 años, y por último el 16 por ciento eran personas que llevaban más de 6 años viviendo en los Estados Unidos.¹¹ De acuerdo a estos datos podemos apreciar que a pesar de que muchos migrantes se encuentran en condiciones de bajos ingresos y de que cumplen los requisitos de elegibilidad para este tipo de programas, también es cierto que por miedo a ser deportados van a tener que buscar otro tipo de programas para tener acceso a servicios de salud. Por lo que los propios sistemas gubernamentales, así como sus instituciones a través de una política migratoria restrictiva van a provocar que a pesar de que existe cierta gama de productos y programas, los servicios sigan siendo inaccesibles para aquellos que mas lo necesitan.

En este sentido, los requerimientos para aplicar a empleos o para adquirir la naturalización son cada vez mayores, sobre todo a partir de la última década del siglo XX. Lo cual también tiene que ver con la creciente población de inmigrantes que ha generado que la política migratoria de los Estados Unidos se endurezca estableciendo barreras más fuertes a la migración permanente en ese país, por lo que las cifras indican que durante los primeros años del siglo XXI, los migrantes han optado por la ilegalidad para poder trabajar o vivir en los Estados Unidos. Este status es el que más ha limitado el acceso de los migrantes a los servicios de salud quienes por su propia ilegalidad no pueden tramitar una tarjeta de identificación que les otorgue un número de seguridad social y de igual forma por el miedo a ser deportados o detenidos prefieren no acudir a servicios médicos establecidos aun cuando la enfermedad o afección requiera de atención inmediata.

¹¹------(2004) "Immigrants and Health Coverage: A primer", The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, National Council of La Raza, (June).

Por ejemplo la categoría de Visa denominada como *TN (Visa Trade Nafta)* permite a 63 categorías de profesionales trabajar en el espacio NAFTA durante un año con un número ilimitado de extensiones. Durante 2001, 2,571 mexicanos ingresaron a los Estados Unidos bajo este esquema. El problema que los mexicanos enfrentan con este mecanismo de ingreso a los Estados Unidos son los “excesivos requerimientos” para calificar a dicha visa por lo que los migrantes mexicanos han optado por una visa *H-1B* que dura 3 años y es renovable por tres años adicionales. De igual forma el *US Citizenship and Immigration Services (USCIS)* el pasado marzo de 2004 anunció que el programa de visas temporales para trabajadores no agrícolas o no calificados no procesaría ninguna aplicación durante ese año. Por lo que la opción más viable fue la de la visa *H-2B* que sólo permite un lapso de 10 meses de estancia teniendo como resultado salarios y estándares laborales reducidos.¹² Lo cual reduce la posibilidad de poder adquirir un seguro médico privado y de que se generen las condiciones necesarias para que estos trabajadores puedan adquirir más derechos de tipo social y en específico de salud.

3.1.2 Políticas Estatales

Como bien menciona Thomas Espenshade¹³, “la migración ilegal hacia los Estados Unidos esta en el ojo público una vez más” no sólo por los eventos posteriores al 2001 sino también por otras cuestiones como la preocupación de California, Florida y Arizona por obtener un reembolso por parte del gobierno federal para dotar de servicios de salud, educación y servicios sociales a los migrantes tal como lo exige el mismo gobierno federal. Por lo que la responsabilidad debe provenir de todos los niveles gubernamentales.

¹² Sarah Margon & Jachimowicz (2004) “Policy changes target border security”, *Migration Policy Institute*, April.

¹³ Thomas Espenshade (1995) “Unauthorized immigration to the United States”, *Annual Review of Sociology*, Vol 21, Pp. 195-216.

Tabla 5. Programas públicos estatales de salud: California

Programas	Criterios de elegibilidad
MEDI-CAL (El equivalente a Medicaid a nivel federal)	Son elegibles las personas que reciben SSI/SSP (1)
	Pueden aplicar personas mayores de 65 años, invidentes o discapacitados, así como niños invidentes y discapacitados
	Que cumplan con los requisitos de ingreso y límite de recursos. No deben exceder de \$50,201 dls. al año
	Que la persona sea un ciudadano de los E.U. o un no ciudadano admitido legalmente para residencia permanente
	Considerando estos dos criterios, existen reglas que varían de estado a estado en la Unión Americana
Medically Indigent (MI) Program	Elegibilidad limitada a a niños menores de 21 años, adultos con necesidad de atención de emergencia y mujeres embarazadas. Sus recursos no deben exceder de \$50251 dls al año.
	También pueden aplicar refugiados y repatriados, así como individuos discapacitados e individuos trabajadores. Sus recursos no deben exceder de \$50255 a \$50257 dls por año.
Medi-Cal Special Treatment Program	Pueden aplicar aquellas personas que requieren de un tratamiento de diálisis e hiperalimentación. Sus recursos no deben exceder de \$50264 dls al año.
CAL-MEDICARE (Equivalente a Medicare a nivel federal)	Dirigido a personas de 65 años o mas que son ciudadanos legales o residentes y que han trabajado por al menos 10 años bajo empleo cubierto con Medicare
	Otro de los requisitos es que deben pagar una prima A mensual de \$206 dls en 2005 y una prima mensual B de \$78.20 dls
	Personas con discapacidad que son más jóvenes de 65 años y que han recibido Seguridad Social por Discapacidad
	Existe otro sistema que se denomina "voluntary entollee" que consiste en que las personas que no se apegan a las características antes mencionadas pueden adherirse al programa pagando una prima mayor
	Dirigido a pesonas con alguna enfermedad en etapa final
C-CHIP (Equivalente al SCHIP a nivel federal)	Dirigido a menores de 19 años de edad que:
	Se encuentran en una situación de pobreza hasta del 300 por ciento por arriba del nivel federal de pobreza

Fuente: California Health and Human Services Department

(1) El programa SSI es un programa federal que provee de apoyo a las personas mayores de 65 años o mayores, invidentes o discapacitadas con ingresos y recursos limitados. También disponibles para niños invidentes o discapacitados. Son elegibles los ciudadanos de los EU e inmigrantes legales. Si se es elegible para SSI se es elegible para SSP. Ambos son administrados por la Administración de Seguridad Social. Ambos se proporcionan en forma de asistencia económica.

Un requisito de elegibilidad importante para recibir servicios de salud depende de si el inmigrante es un residente permanente, un refugiado, un asilado o bien un inmigrante que ha sido deportado con anterioridad bajo el mandato del *Immigration and Nationality Act*, que haya sido detenido por al menos un año por el INS o cuya entrada al país sea condicional bajo la ley de inmigración.

El *State Medicaid Manual*¹⁴ menciona que la documentación y verificación de la documentación de ciudadanía como certificado de nacimiento, notificación religiosa de nacimiento, pasaporte estadounidense, *U.S. citizen ID Card* o *Naturalization Certificate*, es necesaria para hacerse acreedor a los beneficios del *Medicaid*,¹⁵ ya sea comprobando que son ciudadanos norteamericanos o que son inmigrantes calificados de acuerdo al INS. Si esta información no se obtiene oportunamente, entonces el inmigrante no puede recibir los beneficios.

La elegibilidad de ciertos inmigrantes para el programa *Medi-Cal* depende de las siguientes características: que sean residentes legales que acrediten pagos adhesión seguridad social, los refugiados después de 5 años de haber ingresado a los Estados Unidos, los asilados después de 5 años de haberseles otorgado el asilo, los inmigrantes que se hayan desempeñado en activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, así como su esposa e hijos dependientes de estos individuos.¹⁶

Es pertinente mencionar que *Medi-Cal* ya no puede financiar servicios para indocumentados ni para residentes legales permanentes con menos de 5 años en *Medicaid*. Se considera necesario que las familias migrantes obtengan algún tipo de seguro como el Plan de Salud Básica del Estado, o a través de seguros estudiantiles contra accidentes o seguros privados. En contraparte el Programa Médico de Urgencias para Extranjeros (AEM) atiende indocumentados o gente que no califica por ser residentes legales con

¹⁴ Apartado 3212.2.

¹⁵ En California, este programa también se denomina como *Medi-Cal*.

¹⁶ *State Medical Manual, Centers for Medicaid and Medicare Services, 2005.*

menos de 5 años en *Medicaid*. Las diferencias existentes entre AEM y *Medicaid* son que mientras *Medicaid* requiere de una normatividad en cuanto a ingresos por paciente y condición física (que sean personas invidentes o discapacitadas) en AEM no sucede esto. Ya que bajo este programa los requisitos indispensables es tener un ingreso estándar y encontrarse en una situación médica de emergencia. Por lo que bajo el programa AEM también reciben atención mujeres embarazadas y ancianos.

Al realizar una comparación entre los programas públicos de salud de California con los federales, se puede apreciar que los requisitos para aplicar a *Medi-Cal* son mas complejos que para aplicar a un programa estándar de *Medicare*.

En el caso de *Cal-Medicare*, se incluyen otros requisitos como el pago de primas mensuales para gastos médicos y se condiciona a una permanencia de 10 años aportando al programa como requisito indispensable para recibir los beneficios del mismo, lo cual no existe en el caso del *Medicare* a nivel federal. En el caso de *SHIP* a nivel federal, este programa puede ser aplicado a niños que antes no fueron elegibles para *Medicaid* y se da la opción de que puedan recibir los beneficios de los dos programas, en el caso de California esto no aplica.

Al comparar los programas públicos de salud de California con el de Carolina del Sur, (Ver Anexo 15. P. 156) encontramos que más de 800,000 personas con bajos ingresos, discapacitados y ancianos reciben los beneficios de *Medicaid*, en este segundo estado. Adicionalmente este programa en el estado de Carolina del Sur incluye a mujeres embarazadas y mujeres con diagnóstico de cáncer y no establece a la ilegalidad como restricción para poder aplicar a dicho servicio, lo cual no sucede en el caso de este programa en California. En el caso de *Medicare California*, se exigen requisitos de ilegibilidad como tener 10 años aportando al sistema de seguridad social y también que deben ser

personas mayores de 65 años, mientras que en el *Medicare Carolina del Sur* tiene como requisitos solamente los determinados por ingresos.¹⁷

En el caso contrario a California, en Carolina del Sur por ejemplo existe un programa por parte del Departamento de Servicios Humanos de Salud del estado, donde se ha modificado la política presupuestaria a favor de las familias de bajos recursos, incluyendo a familias migrantes que tienen niños. Básicamente el objetivo de este programa es el de complementar el del *Medicaid* e implementar sistemas de determinación de elegibilidad en diversos condados, con la finalidad de ampliar la oferta a aquellos que más así lo requieren. El mecanismo empleado a través de este programa es el de desarrollar campañas de concientización entre la población, también se han distribuido folletos en español y en inglés en escuelas acerca del programa *Partners for Healthy Children (PHC)*, en guarderías, así como comunidades sociales y religiosas. Sin embargo las regulaciones en cuanto al uso de *Medicaid cards* ha requerido su uso extensivo a todos los miembros de la familia aun cuando estos no sean elegibles para el programa de salud, por lo tanto aunque el estado de Carolina del Sur ha implementado programas para ampliar sus programas de salud también dichos programas funcionan bajo el supuesto de que estos posibles candidatos elegibles poseen un número de seguridad social.¹⁸

En lo que se refiere al contexto financiero en California, respecto a estos programas. En enero de 2004, el gobernador Schwarzenegger dio a conocer el presupuesto de 2004-2005 donde se eliminaban “virtualmente” todos los programas de servicios de salud y humanos que otorga el estado a los inmigrantes, lo cual en realidad sólo generaría un ahorro nominal de 86.6 millones en el corto plazo y le costaría a California millones en el futuro cercano, debido a ineficiencias en el sistema burocrático por la eliminación de

¹⁷ -----(2005) Bureau of Eligibility processing, South Carolina Department of Health and Human Services.

¹⁸ Federal Fiscal year 2001, Framework for Annual Report of State Children’s health insurance plans under title XXI of the Social Security Act, Section 2108 (A).

economías de escala y la creación por parte del gobierno estatal de nuevos programas que funcionan mejor bajo los condados.

El mencionado recorte presupuestal incluyó a programas como *Healthy Families for Immigrants*, *CalWORKs for immigrants*, *California Food Assistance Program (CFAP)* y *Cash Assistance Program for Immigrants*, lo cual afecta a cientos de personas como niños de bajos ingresos,¹⁹ 65, 900 inmigrantes legales, 65,900 mujeres embarazadas, 1,000 personas de la tercera edad y discapacitados, entre otros. Por lo que en términos generales 910,000 individuos no podrán recibir los beneficios de Medi-Cal con estos recortes (Ver Anexo 1. P.128).

Tabla 6. Gastos Propuestos para el periodo 2001 a 2002 y periodo de 2004 a 2005. Presupuesto del Gobernador de California (Millones de dólares). Servicios Humanos y de Salud

	2001-2002	% del Total	2004-2005	% del Total	Tasa de cambio
Medical	25,167.70	40.4%	31,215.70	48.2%	24.0%
Child Support Services	1,105.20	1.8%	1,289.30	2.0%	16.7%
Children's Services	0.00	0.0%	3,573.10	5.5%	
Employment Development Department	6,727.90	10.8%	0.00	0.0%	-100.0%
Managed Risk Medical Indurance Board	845.70	1.4%	1,156.30	1.8%	36.7%
CalWORKs	5,703.50	9.2%	4,746.90	7.3%	-16.8%
In Home Supportive Services	2,226.40	3.6%	2,724.00	4.2%	22.3%
Alcohol and Drug Programs	680.30	1.1%	591.30	0.9%	-13.1%
Developmental Services	2,676.10	4.3%	3,429.80	5.3%	28.2%
State Supplementary Payment	2,870.20	4.6%	3,347.00	5.2%	16.6%
Public Health and State Support Health Services	3,014.90	4.8%	3,043.80	4.7%	1.0%
Mental Health	2,032.30	3.3%	2,542.70	3.9%	25.1%
State /Local Realignment	3,294.80	5.3%	3,974.20	6.1%	20.6%
County Administration of Non/CalWORKs Welfare	737.40	1.2%	0.00	0.0%	-100.0%
Other Social Service	3,369.90	5.4%	1,465.10	2.3%	-56.5%
Other	1,852.50	3.0%	1,684.30	2.6%	-9.1%
Total	62,304.80	100.0%	64,783.50	100.0%	4.0%

Fuente: Health and Human Services. Governor's Budget Summary 2001-02 and 2004-05
Department of Finance. State of California

¹⁹ 114, 000 niños serán afectados entre los que se encuentran 2000 niños inmigrantes, "Governor's 2004-2005 Budget & Immigrant Programs", National Council of la Raza.

Esto a su vez provocará que California pierda 55 millones de dólares de fondos de *SCHIP*, por lo que sin estos servicios para los niños, las familias se verán forzadas a buscar atención de emergencia, un programa que implica costos mayores para los californianos, tanto por cuestiones monetarias como administrativas.

En este sentido, una persona que se enrolara en algún programa diferente a *Medi-Cal* o *SCHIP* tardaría en recibir el servicio en aproximadamente un año, ahorrando al estado solamente \$3.38 dólares por cada dólar gastado en atención prenatal durante el primer año.²⁰

Como se puede apreciar en la tabla 5, aunque de 2001 a 2005 se da un incremento del 4 por ciento en el presupuesto para gastos en salud, hay recortes en diversos programas como *CalWorks*²¹, *Medi-Cal*, entre otros. Otro recorte implementado fue la discontinuación durante el periodo 2003 a 2004 de los recursos aportados al programa *Rural Health Demonstration Project*²²(*RHDP*) con el objetivo de mantener recursos para otros programas.²³ El *RHDP* es un programa clave en la provisión de servicios de salud en comunidades aisladas geográficamente y en zonas rurales, brindando cobertura en casi todo el estado de California. Este programa ha provisto de recursos a 108 proyectos en diversas comunidades donde las personas no tienen acceso a otros servicios de salud. Por lo que este recorte presupuestal afecta a aproximadamente 49 mil trabajadores rurales de origen mexicano y sus familias en aproximadamente 30 condados.

Otro programa que fue eliminado fue el *Small Research Grant Program* que se basaba en la implementación de mejoras en las prácticas clínicas y de salud, con el objetivo de

²⁰ -----(2003) "Governor's Budget Summary 2003-2004", State of California, Department of Finance, Health and Human Services.

²¹ Es un programa que otorga apoyo económico a familias en situación de extrema pobreza. Este programa en particular incluye a mujeres embarazadas y esposas de inmigrantes.----(2005) "CalWorks Policy", Working in Partnership with our community, Los Angeles County.

²² El objetivo de este programa es el de establecer estrategias colaborativas para canalizar recursos y crear proyectos de salud para comunidades aisladas geográficamente y en zonas rurales. El esquema financiero bajo el cual funciona dicho programa consiste en una aportación compartida de fondos entre el gobierno estatal (33.3 por ciento) y el gobierno federal (66.7 por ciento)----(2002) *Rural Health Demonstration Project, Manager Risk Medical Insurance Board, Fact Book*.

²³ -----(2003) "Governor's Budget Summary 2003-2004", State of California, Department of Finance, Health and Human Services.

mejorar las condiciones de salud de los pacientes y mejorar la prevención y diagnóstico de enfermedades.²⁴ (Ver Anexo 2. P. 131)

En este sentido, diversos autores,²⁵ que realizaron un estudio interesante sobre la salud de los trabajadores agrícolas en California, reportan una situación de salud deplorable de estos trabajadores, quienes además carecen de protección legal en fincas de menos de 11 empleados²⁶. A su vez, estos trabajadores han sido excluidos de la protección del *Occupational Safety and Health Administration*²⁷, por iniciativas del propio congreso:

“sorpresivamente, se sabe muy poco del estado de salud de los trabajadores agrícolas y sus familias en los Estados Unidos. A pesar de la cantidad de programas federales y estatales que proveen servicios de salud a los trabajadores agrícolas, las agencias gubernamentales financian muy poco o nada de investigaciones fundamentales acerca de esta población”.²⁸

A pesar de que en el caso de los trabajadores agrícolas se ha propuesto un proyecto para brindar servicio de atención médica a la población de trabajadores rurales temporales, denominado *Seasonal Agricultural and Migratory Workers Program (SAMW)*, la creación del mismo no ha sido propuesta durante el presente año fiscal.²⁹ En cuanto al *Rural Small Service Grant Program (RSSGP)* se ha propuesto para este año la eliminación “virtual” de este programa.³⁰

En el caso de *Medi-Cal*, el recorte de recursos fue de 4 billones durante 2004. Algunos efectos de esto son que diversos condados se han visto forzados a cerrar varios

²⁴ -----(2001) “AHRQ Small Research Grant Program”, Agency for Healthcare and quality, National Institutes for Health.

²⁵ Richard Mines; Bonnie Bade; Steve Samuels & Stephen McCurdy (2000) “Sufrimientos Silenciosos: un reporte sobre la salud de los trabajadores agrícolas en California”, *California Institute for Rural Studies*, Pp. 1-37.

²⁶ Por políticas implementadas a través del *Fair Labor Standards Act* y el *National Labor Relations Act* de 1996.

²⁷ Este programa se encarga de asegurarse de que las condiciones de seguridad en el lugar de trabajo y los programas de salud cumplan con ciertos estándares. De igual forma estimula el compromiso del contratante y la participación del empleado en dichos programas. Para lograr esto dispone de un staff de investigadores y consultores encargados de hacer valer los derechos del trabajador, *Occupational Safety & Health Administration*. U.S. Department of Labor, (2005).

²⁸ Mines, et. al. Op. Cit. P. 2

²⁹ -----(2004) “Rural Health Review of Governor’s Budget Proposal, Fiscal Year 2004-2005”, *California State Rural Health Association*.

³⁰ Que consiste en un recorte del 95 por ciento en recursos que provenían básicamente del *Cigarette and Tobacco Products Surtax Fund*.

hospitales públicos y clínicas rurales a donde solían acudir migrantes de escasos recursos.³¹ El segundo efecto ha sido que los servicios que proveía *Medi-Cal* a los inmigrantes se han visto reducidos a atención de emergencia. En el caso de servicios como cuidado prenatal, cuidado de largo plazo para adultos mayores y enfermos de cáncer, personas con afecciones mentales, programas de salud dental y óptica para niños, el recorte presupuestal ahora impide incluso el otorgamiento de dichos servicios a migrantes *legales*, como son los trabajadores rurales temporales. En el caso del tratamiento dental y óptico para niños fue creado otro programa denominado *Children's Treatment Program (CTP)* que consiste en otorgar un reembolso por gastos médicos a aquellas personas de bajos recursos que cumplan los requisitos de aplicación a dicho programa.³² El problema de este programa es que los recursos financieros disminuyeron con respecto al sistema anterior y además de que son precisamente las familias de bajos ingresos las que carecen de liquidez monetaria para pagar en primera instancia un servicio de este tipo.

3.2 Creación de estructuras que afectan el acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud

En el caso específico de California, la percepción de los inmigrantes mexicanos en ese estado es que el gobierno está limitando “los principios de los derechos humanos universales a la salud y educación de los migrantes y no migrantes...afectando negativamente a toda la comunidad en general sin importar su estado migratorio”³³. Ya con anterioridad la propuesta 187 de 1994 buscaba privar a los indocumentados de acceso a

³¹ Thomas Higgins (2003) “State of emergency: California's health-care crisis”, *Commonweal Foundation*, Gale Group, (February, 14), P. 1.

³² -----(2004) “Rural Health Review of Governor's Budget Proposal, Fiscal Year 2004-2005”, California State Rural Health Association.

³³ -----(2004) “¡El FIOB contra la Proposición 54 y Schwarzenegger!”, Frente Indígena Oaxaqueño Binacional, Boletín urgente, (Marzo).

escuelas públicas, servicios de salud y *welfare*. La campaña de la misma fue promovida como *Save Our State*, desde Sacramento al Valle *Simi* pero excluyendo la zona del *Orange County*.³⁴

A raíz de la Propuesta 54, iniciativa promovida durante 2003, que consistió en la prohibición a los gobiernos locales y estatales de recolectar o emplear datos basados en raza, etnicidad, color u origen nacional, volvió a darse nuevamente el debate con respecto a si el gobierno estatal actuaba en contrasentido a la *Affirmative Action*. El principal argumento³⁵ en contra de esta propuesta consistió en el hecho de sólo a través de la recolección de datos, es posible identificar y monitorear los resultados de las políticas públicas hacia las minorías. Esto permite conocer los costos y beneficios de los programas y del propio sistema de salud, lo cual a su vez aporta un apoyo no sólo a los pacientes sino también al estado. Asimismo, este tipo de análisis permite conocer las tendencias de salud en poblaciones específicas, dando lugar a procedimientos de investigación, educación planeación y prevención. La Propuesta 54 tenía ya ciertos antecedente con la Propuesta 209 de 1996 que consistió en eliminar “el trato preferencial” a las personas de acuerdo a su sexo, origen nacional, étnicidad color y raza,³⁶ y lo cual era considera como un atentado contra los derechos de los grupos minoritarios, sobre todo en cuestiones laborales y en la posibilidad de inclusión de estos grupos en la sociedad norteamericana.

Otras políticas implementadas por el gobierno de California y que han sido ampliamente criticadas han sido la eliminación de los incrementos a tarifas relacionadas al Departamento de Vehículos Motorizados de California sin considerar la decisión del Congreso y que serían empleadas para gastos en educación y seguridad, la segunda fue la prohibición de licencias para conducir a indocumentados en California³⁷ y la tercera, la

³⁴ Walker. Op.Cit.

³⁵ Richard Michaelson; Michelle Probert; and Marc Wolf (2003) "The Classification of Race, Ethnicity, Color, or National Origin (CRECNO), Initiative: A Guide to the Projected Impacts on Californians", Institute of Governmental Studies, Policy P. 1.

³⁶ -----(2003) "Oppose: Proposition 54--Classification By Race, Ethnicity, Color, or National Origin", League of Women Voters of California.

³⁷ -----(2004) "Demandan a Gobernador de California por Atentar contra Hispanos", Sistema Nacional E-Mexico, San Diego. CA, 22 Enero 2004.

revocación de Schwarzenegger hacia un proyecto de ley firmado por Gray Davis en medio de la campaña electoral. Esto último, habría permitido a los trabajadores indocumentados obtener una licencia de conducir³⁸. Esto habría permitido a los inmigrantes el tener una identificación, cubriendo uno de los requisitos para poder tener acceso a ciertos servicios de salud.

Las reformas efectuadas al *Illegal Immigration and Immigrant Responsibility Act* de 1996, establecen las excepciones para no elegibilidad a beneficios públicos para migrantes.³⁹ Limitando el pago de seguridad social a los inmigrantes ilegales⁴⁰ y estableciendo la obligación de verificar el estatus de inmigración al momento de brindar asistencia sobre seguridad social⁴¹. Asimismo se propone la implementación de un estudio de provisión de recursos a inmigrantes dando prioridad a aquellos que son individuos elegibles⁴², creando nuevas normas para aquellos inmigrantes que reciben beneficios bajo el *Food Stamp Program*⁴³. Haciendo cada vez más restrictivo el sistema y haciendo más difícil el acceso a los servicios que otorga el estado.

Por otra parte, de acuerdo a las leyes de California sobre accesibilidad a los servicios de salud, existen áreas específicas para planes de servicio de salud dependiendo del plan en que se encuentren inscritos los ciudadanos⁴⁴. En este sentido la ubicación de dichos servicios deben tener una proximidad razonable (una distancia no mayor a 30 minutos o 15 millas) al negocio o residencia personal de los pacientes, generando restricciones de “zoneo” y segregando espacialmente aun más a los mexicanos, aunque aparentemente no existen barreras a la accesibilidad.⁴⁵ Esta situación se suma a la concentración de migrantes

³⁸ -----(2003) “Medida de Schwarzenegger causa protestas de hispanos en California”, Agencia de Información ADITAL, 13 Diciembre 2003.

³⁹ División C de la sección 501, fundamentado en el *Personal Responsibility and Work opportunity Reconciliation Act* de 1996.

⁴⁰ En la sección 503.

⁴¹ En la sección 507.

⁴² En la sección 509.

⁴³ En la sección 510.

⁴⁴ (2002) “Enmienda sección 1300.67.2. Health and Safety Code. Sections 1342, 1367, and 1367.03, Health and Safety Code (AB 2179. Ch. 797), California Health Care Service, Department of Managed Health Care Service.

⁴⁵ Excepto en la porción de área de servicio relacionada a la sección 1300.67.2.1.

mexicanos en ciertas zonas o barrios, lo que no sólo los segrega residencialmente, sino que también los limita a recibir el servicio en ciertos hospitales o clínicas.

También existen diferentes tipos de planes públicos de salud, que establecen condiciones a empleados y empleadores. Uno de ellos es el plan que provee servicios de salud a los empleados de una sola compañía o negocio, o bien aquellos que demuestren su dependencia al empleador.⁴⁶ En otro tipo de programas de “asistencia” a empleados, se requiere que el empleado demuestre su identificación y su afiliación al programa de salud para poder ser contratado por el empleador.⁴⁷ Esto genera una segregación laboral o una delimitación de los trabajadores a ciertos empleos, quienes se adhieren a los mismos con la finalidad de adquirir los servicios de salud.

Otra estructura mediante la cual se limitan los derechos de los migrantes mexicanos es la que genera el proceso de redistribución en el condado de Los Angeles, donde se presenta una elevada concentración de migrantes mexicanos. La redistribución consiste en un proceso mediante el cual es modificado el trazado de los límites entre un distrito electoral y otro, a iniciativa del gobierno de California.

El argumento⁴⁸ en contra de esto es que al cambiar los límites, se están segmentando distritos con alta densidad poblacional étnica con el objetivo de evitar el empoderamiento de ciertos grupos a través de una representación política. Es por eso que el *Mexican American Legal Defense and Educational Fund*, sostiene que para que este proceso sea justo es necesario que exista una adecuada representación en cada uno de estos distritos que refleje el carácter plural del distrito, que sean respetadas las leyes federales del *Voting Rights Act*, que se haga efectivos los *checks and balances* para asegurar que las decisiones sobre el trazado de límites sea el adecuado, que existan garantías de que la comisión de

⁴⁶ De acuerdo a la sección 1300.43.

⁴⁷ Sección 1300.43 en la subsección 14.

⁴⁸ J.C. Flores (2005) “Good Redistricting Plan Would Include Truly Fair Representation, Voting Rights Act Protections”, *Mexican American Legal Defense and Educational Fund*, (February, 18).

redistribución no es partidana a fin de que sea un generado un proceso abierto y transparente.

Esto evidentemente permitirá una justa representación y la posibilidad de mantener una cohesión política adecuada que favorezca la elaboración de leyes o iniciativas a favor de ciertos grupos étnicos. Básicamente la redistribución es un proceso sistemático que esta desfavoreciendo la justa participación de la sociedad en las decisiones del gobierno y en las políticas públicas, excluyendo a los migrantes o comunidades étnicas de la posibilidad de resolver problemas que aquejan a estas poblaciones, como son el acceso limitado a la educación y a los servicios de salud.

Como conclusión de este capítulo podemos deducir que las políticas de California representan mayores restricciones a los migrantes para adquirir servicios de salud, a pesar de que aproximadamente el 45 por ciento de su población esta conformada por migrantes mexicanos. En comparación a California del Sur, las políticas son mucho más permisivas e incluyentes para los migrantes en el sistema de salud en este último estado.

En el caso de las estructuras que se han conformado para resistir el acceso a los servicios de salud de los migrantes mexicanos, estas han sido generadas en base a un contexto ya preexistente. Esto quiere decir que en torno a un marco político o legal, las barreras son erigidas en forma de mecanismos informales que no precisamente tienen el objetivo de excluir a los migrantes mexicanos, pero que en sus resultados si o hacen.