

Capítulo IV.

Clima de apoyo o discriminación percibida

El objetivo de este capítulo consiste en analizar diferentes indicadores. Uno de ellos está vinculado al porcentaje de migrantes mexicanos con cobertura de servicios médicos y el porcentaje de asegurados en California, realizando una comparación de los mismos con otros grupos poblacionales: los mexicanos de primera y segunda generación; el grupo de personas y migrantes de origen asiático en California y los mexicanos migrantes en el resto del país. Al realizar dichas comparaciones se pudo apreciar que existe un significativo rezago de los migrantes mexicanos en California en términos de la cobertura de servicios médicos y de porcentaje de asegurados con respecto a los mexicanos migrantes en el resto del país. Asimismo, las personas de origen asiático tienen mejores posibilidades para recibir servicios de salud en California y lo mismo sucede con los mexicanos de primera y segunda generación. Dicha situación está vinculada a las estructuras sociales e institucionales ya analizadas en los capítulos II y III.

En la segunda parte de este capítulo se presenta una recopilación sobre el número de hospitales que brindan atención médica en los diferentes condados para identificar si la cobertura que brindan, de acuerdo al volumen de población, es el adecuado. En este sentido se pudo identificar muy baja infraestructura hospitalaria en los condados con alta densidad poblacional de migrantes mexicanos. Finalmente se presentaron datos sobre el trato que reciben los migrantes al momento de recibir atención médica y si es que en los hospitales existe un servicio de intérprete o personal bilingüe.

4.1 Análisis comparativo del acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud respecto a otras poblaciones

Las políticas implementadas en California han sido cuestión de debate por mucho tiempo, en el sentido de que se han convertido en una base informal para medir la aceptación y participación de las minorías en el sistema. Particularmente la cuestión migratoria ha constituido un mecanismo mediante el cual ciertas minorías se perciben como excluidas, sobre todo los mexicanos. La razón de esto se mide en una base de costo/beneficio ya que los mexicanos son el grupo de migrantes más numeroso en los Estados Unidos, además de que como ya se había mencionado, el estado de California es el estado que mayor número de ingresos de migrantes mexicanos registró durante 2002 triplicando el número de ingresos de toda Latinoamérica hacia ese estado y duplicando el número de accesos de mexicanos hacia Texas, el segundo estado receptor más importante de migrantes mexicanos.¹

Es por esto que cualquier política implementada que de alguna manera restrinja el acceso a los servicios de salud va a tener un impacto fuerte no sólo en la población mexicana que ya es residente de California, sino en especial en los trabajadores temporales y los migrantes ilegales quienes por cuestiones institucionales son los más desprotegidos en este sentido. El clima de apoyo se refiere a un contexto institucional, donde las personas puedan recibir los beneficios de las políticas públicas, en el caso de nuestro estudio de los servicios de salud.

Donna Armstrong et. al.² mencionan que existe una asociación entre estructuras ocupacionales, disparidades salariales, disponibilidad de servicios de salud y segregación racial

¹ -----(2002) "Immigrants admitted by country of birth and intended state of residence", U.S. Census Bureau, Fiscal Year 2002.

² Donna Armstrong; David Strogatz & Ruby Wang (2004) "United States coronary mortality trends and community services associated with occupational structure, among blacks and whites, 1984–1998.", *Social Science & Medicine*, Vol. 58, No. 11, Pp2349-2362.

residencial que reflejan un racismo institucional. Por su parte, un estudio desarrollado por la *New York Task Force on Immigrant Health*³, menciona que la dificultad de los migrantes para acceder a servicios de salud es el hecho de que existe en primer lugar el miedo a ser reportado al *INS*, que existen barreras culturales como es el hecho del manejo de términos médicos difíciles de comprender, que existen barreras institucionales como son demasiados procedimientos y procesos con los cuales se deben enfrentar los migrantes una vez que se encuentran en el sistema ya sea por discriminación o por mala atención médica. Otras barreras se relacionan a lo que se llama el “*Medicaid Stigma*” que consiste en la idea de pensar que *welfare* y desembolsos gubernamentales son lo mismo, por último los migrantes se encuentran con horarios de inadecuados en los centros de atención y además se quejan de excesivo papeleo y burocratismo.

A través del siguiente este análisis se pretende comparar los niveles de cobertura y de personas aseguradas para conocer las divergencias en el acceso a los servicios de salud entre los migrantes mexicanos y otras poblaciones.

4.1.1 Cobertura Médica

La cobertura médica se relaciona a cuestiones de legalidad y de elegibilidad para recibir los servicios que otorga el estado. También como ya hemos visto, la cobertura médica depende de la capacidad para adquirir un seguro o para afiliarse a otro tipo de planes de salud. La política migratoria ha tenido un papel contradictorio ya que se ha incrementado el número de trabajadores migrantes indocumentados en California, lo que desfavorece el acceso de los mismos a los servicios de salud. Esta situación se ha visto complementada en los últimos años,

³ -----(1999) “Building Trust and Developing Effective SCHIP/Medicaid Outreach to immigration children highlights of the Migration workshop”, Barents Group, Health Care Financing Administration.

específicamente a partir de la década de 1990, con una serie de restricciones informales que han hecho más difícil el poder recibir cobertura médica. En el caso de los migrantes mexicanos, el 52.7 por ciento carecen de cobertura de servicios médicos, comparados con el 14 por ciento a nivel nacional que no tienen servicios de salud.

En lo que se refiere a la cobertura médica para las personas residentes con estatus legal de origen mexicano existen diferencias entre sexos, por ejemplo en el grupo de edades de 18 a 29 años, el 81 por ciento de las mujeres tienen cobertura médica, mientras que el 75 por ciento de los hombres tienen dicha cobertura. Esto se debe a que una elevada proporción de trabajadores mexicanos y centroamericanos participa en trabajos de medio tiempo de este grupo la mayoría son mujeres, albañiles, retirados o discapacitados y casi no participan en el sector público.

Tabla 7. Población de origen mexicano en los Estados Unidos

| Categorías | Respecto a la población estadounidense | Respecto a la población de origen mexicano |
|--|---|---|
| Población de origen mexicano | 8.4 | 100 |
| Migrantes mexicanos (1) | 3.2 | 38.1 |
| Primera generación en Estados Unidos (2) | 2.6 | 30.4 |
| Segunda generación en Estados Unidos (3) | 2.7 | 31.5 |
| Otras poblaciones | 91.6 | |

Notas: 1 Población nacida en México

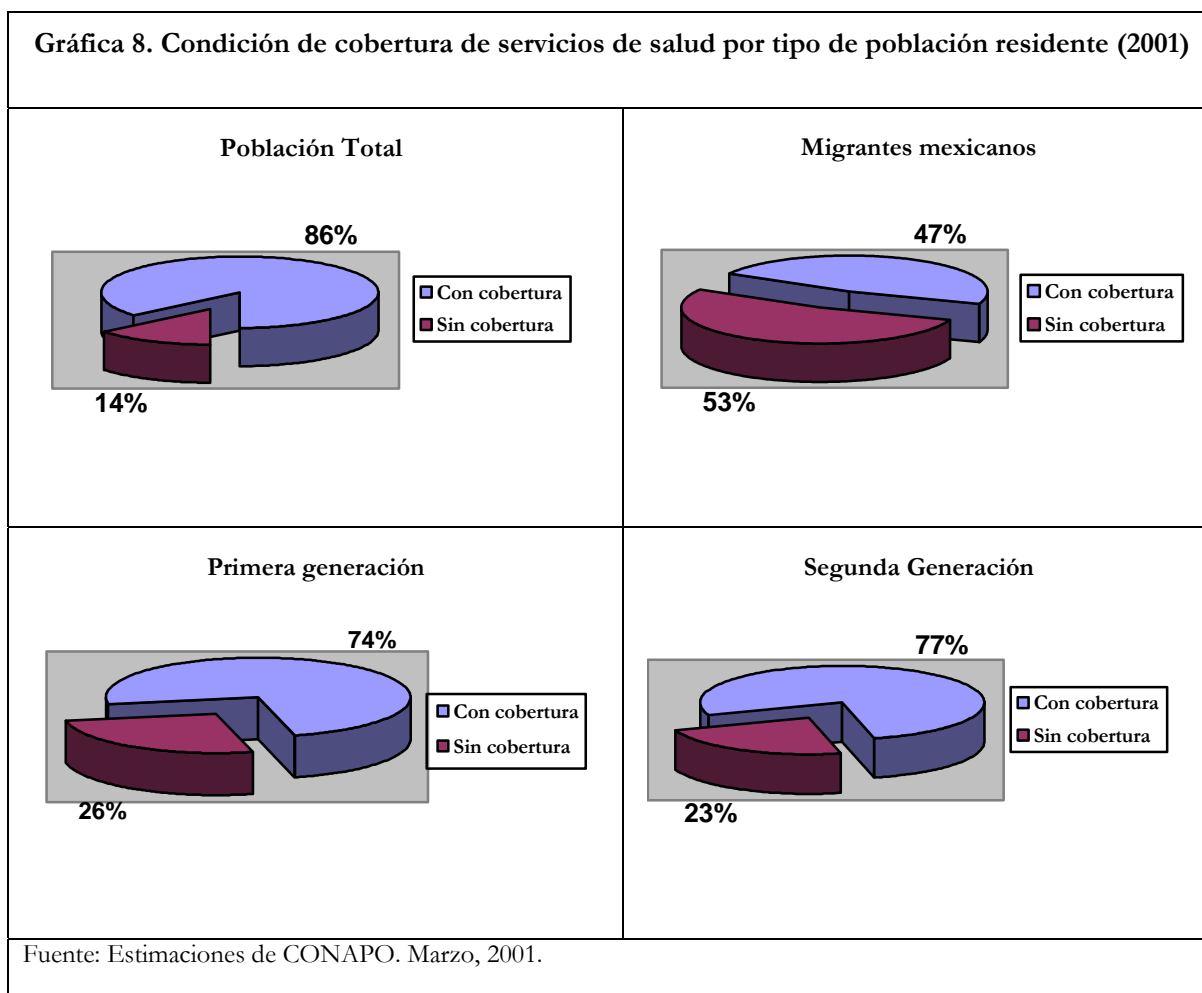
2 Población residente en la unión americana, no nacida en México con alguno de los padres nativo de México

3 Población residente en Estados Unidos, no nacida en México y cuyos padres tampoco nacieron en México pero se declaran de origen mexicano

Fuente: estimaciones de CONAPO con base en U.S. Census Bureau. Current Population Survey (CPS) de marzo de 2001

También la cobertura de servicios de salud, esta relacionada a si la población de origen mexicano son migrantes, si son de primera o segunda generación. De acuerdo a datos del 2000, los mexicanos de primera generación en California sumaban aproximadamente 3.5 millones de

personas, la segunda generación de mexicanos casi ascendió a 3.7 millones de personas.⁴ Poco más de la mitad de los migrantes declaró no tener ningún tipo de protección médica (53 por ciento), los porcentajes se reducen para las poblaciones de primera y segunda generación (26 y 23 por ciento), por lo que el calificativo de ilegalidad ha determinado de manera significativa el acceso a los servicios de salud.⁵



La gráfica 8 muestra la condición de cobertura de servicios de salud para diferentes tipos de poblaciones de origen mexicano. Como se puede apreciar el mayor porcentaje de personas sin cobertura de servicios de salud esta representado por los migrantes, mientras que

⁴ -----(2004) “Cobertura de salud de la población mexicana en Estados Unidos”, CONAPO, *Migración Internacional*, Año 6, Num. 17.

⁵ Ibid.

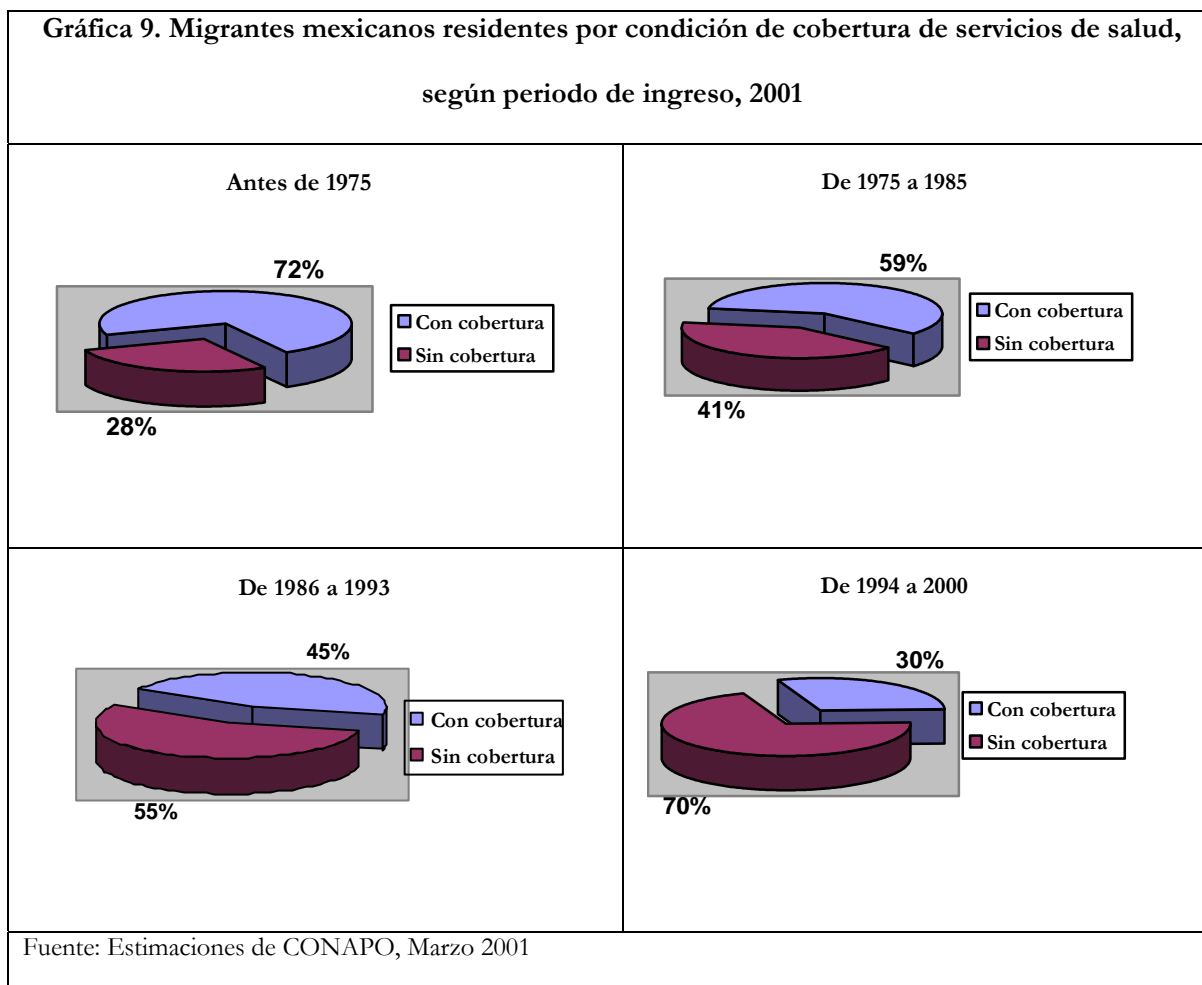
el segundo lugar de más personas sin cobertura lo integran las personas que conforman la segunda generación y el grupo de personas de origen mexicano que recibe más cobertura son las personas que pertenecen a la primera generación.

La situación más desfavorable la presentan los migrantes mexicanos, quienes por cuestiones de ilegalidad, de ingresos bajos y de esquemas laborales enmarcados en economías étnicas han visto reducida su posibilidad de tener acceso a los servicios de salud. Por ejemplo el diferencial entre el porcentaje de población total y de migrantes mexicanos es de 38.7 puntos porcentuales, mientras que el diferencial entre primera generación y el porcentaje de migrantes mexicanos es de 27 puntos porcentuales, en el caso de la segunda generación es de 30 puntos porcentuales. Esto demuestra el hecho de que la cuestión de legalidad y ciudadanía es determinante para tener cobertura en servicios de salud, ya sea porque las personas se convierten en sujetos elegibles para recibir servicios de salud del Estado, o bien que al recibir salarios más altos pueden adquirir de manera privada un seguro médico.

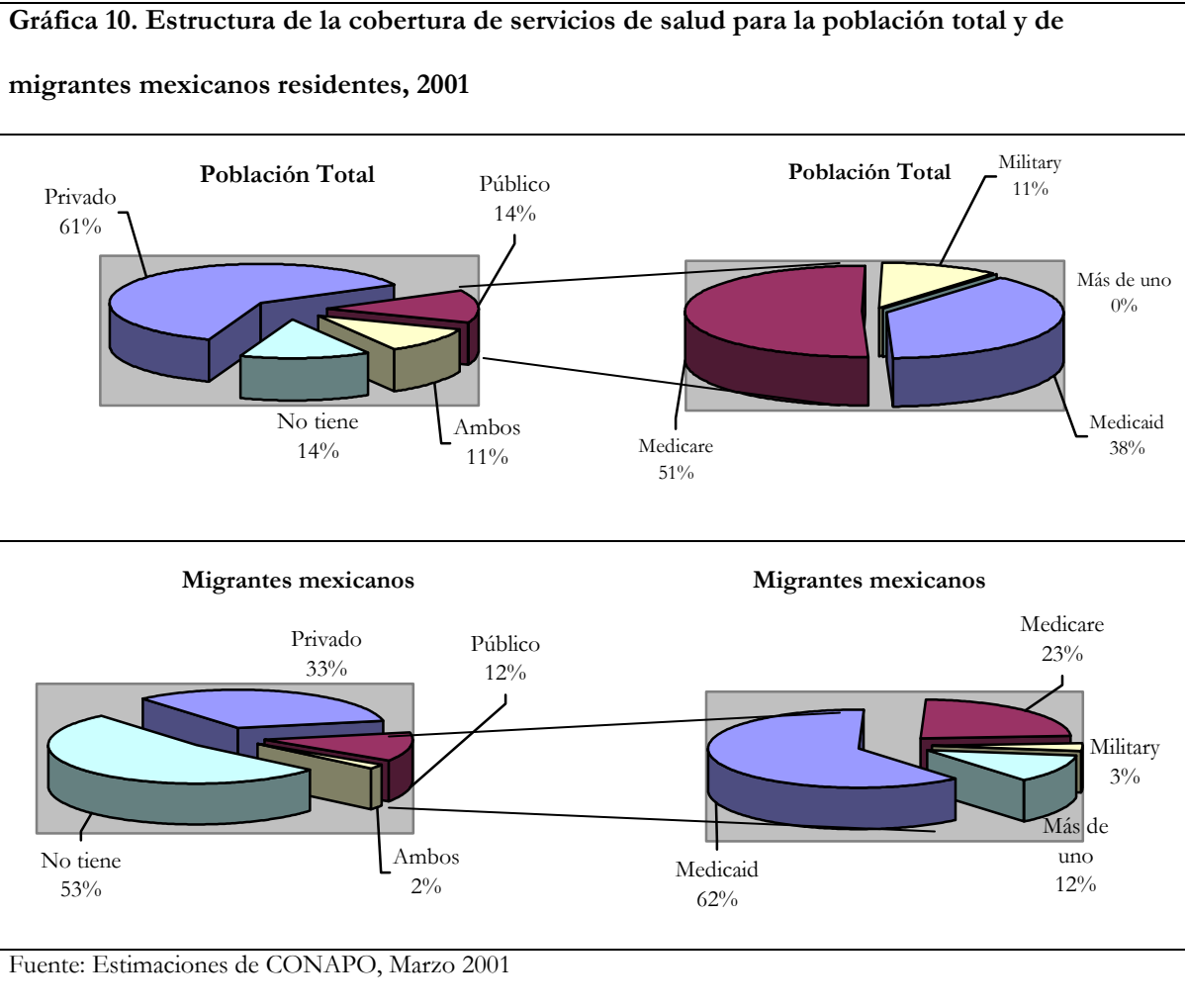
A pesar de que podríamos pensar que esta situación es ajena a lo institucional no es así, el hecho de que los migrantes estén siendo excluidos del sistema de salud se debe a la conformación de diversas estructuras de agencia humana que aunado a los hábitos y estructuras sociales generará subsistemas. Por ejemplo, en una primera etapa, el mecanismo de exclusión de los migrantes de los servicios de salud han sido las propias políticas migratorias, aunque de una manera indirecta y sin que este sea el objetivo aparente. Estas restricciones han obligado al trabajador a mantener un estatus de legalidad bajo la condición de trabajo temporal o bien de continuar trabajando en los Estados Unidos pero como indocumentado. En este sentido las décadas de 1980 y de 1990 fueron determinantes para reducir el número de trabajadores legales en los Estados Unidos. En ambos casos, al trabajador no se le permite

tener una mejor y adecuada cobertura en servicios médicos. Mas este contexto constituye sólo el primer paso, para que los migrantes mexicanos sean excluidos del sistema de salud.

De 1994 a 2000 se presentó la reducción más significativa a la no cobertura de servicios de salud de los migrantes mexicanos, siendo del 70 por ciento, cerca de 15 puntos porcentuales menos que el periodo de 1986 a 1993; veinte puntos porcentuales con respecto al periodo de 1975 a 1985; y cuarenta y tres puntos porcentuales más que el periodo anterior a 1975. Este desplome tan significativo en la cobertura de servicios de salud, se debió no sólo a las políticas migratorias sino estas aunadas al marco institucional en California, como ya se explicó en el capítulo III.



Al comparar la población de migrantes mexicanos con el resto de la población, en el caso de estos últimos el 13.6 por ciento tienen servicio público y el 61.8 por ciento tienen cobertura privada de servicios.



En el caso de los migrantes mexicanos, estos tienen acceso al 12.3 por ciento de los servicios médicos del sector público y sólo el 33.1 por ciento a la cobertura privada de servicios. En el caso de las personas de origen asiático en California el 45% de los indocumentados tienen seguro por parte de empleador, mientras que el 26 por ciento de los

inmigrantes ilegales no se encuentran asegurados.⁶ En el caso de los mexicanos la tasa es del 70 por ciento, pues la mayoría llegan a los estados Unidos como para trabajar y no como refugiados.

De los servicios públicos que reciben los migrantes mexicanos, estos corresponden principalmente servicios de *Medicaid*⁷. Mientras que la población de residentes ciudadanos en Estados Unidos recibe principalmente, en el caso de servicios públicos, los beneficios de *Medicare*⁸. En el caso de los asiáticos casi el 27 por ciento de la población total reciben beneficios de *Medi-Cal* y *Healthy Families*.⁹

De igual forma, los indocumentados reciben servicios públicos de salud sólo en cuestiones de emergencia y no en atención hospitalaria como tal. En el caso de visitas al especialista o servicios de ambulancia el promedio en el uso de estos servicios es menor entre los indocumentados que viven en California, que corresponde a un promedio de 3.75 por ciento en California con respecto al 66 por ciento a nivel nacional.¹⁰

4.1.2 Seguros médicos

Existe una diferencia significativa entre el ser legal o ilegal en California. La legalidad permite en gran medida el tener derecho a adquirir un seguro familiar ya que no existe el temor

⁶ California –Asian American and Pacific Islander Exhibits (2003), “Insurance coverage by immigration status”, UCLA, Center for Health Policy Research (March).

⁷ Que corresponde al servicio de salud que otorga el estado de bienestar a personas en condición de pobreza o discapacidad física. También para niños y personas mayores de 65 años, en extrema pobreza.

⁸ Que corresponde al servicio de salud que otorga el sistema de seguridad social a los pensionados.

⁹ Son programas estatales de salud para migrantes elegibles, en lo que se refiere a atención médica para discapacitados, mujeres embarazadas, personas de la tercera edad y personas que requieren tratamiento de mediano y largo plazo. -----(2001) “Asian Americans and Pacific islanders in California”, Asian and Pacific Islander American Health Forum, UCLA, Center for Health Policy Research.

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

a la deportación, sin embargo en su mayoría estos seguros son adquiridos de manera privada.¹¹ Esto tiene sus ventajas y desventajas, la ventaja es que esto puede facilitar un mejor servicio médico. Mientras que la desventaja es que normalmente estos seguros no pueden ser pagados por personas de muy bajos ingresos, en especial aquellas personas que son trabajadores temporales o pertenecen a economías donde el trabajo no se encuentra regulado.

Un ejemplo de esto es que el porcentaje de personas no aseguradas en California correspondió a 6.2 millones durante 2001, según un reporte de *California HealthCare Foundation*.¹² De estas personas la mayoría argumentaba tener que pagar cuentas médicas muy caras que no eran cubiertas por el seguro de salud, también que los seguros eran demasiado caros o bien que no se podía tener acceso a los servicios de salud porque no era elegible a los mismos.

Las estadísticas sobre el total de personas de origen mexicano que utilizaron el servicio de salud, el 25 por ciento poseía un seguro familiar, el 15 por ciento tenían seguro social y el 5.6 por ciento recibió servicios médicos de forma gratuita en clínicas de la comunidad. Todos los usuarios que tenían seguro social eran residentes legales o ciudadanos norteamericanos, y el 70 por ciento de los mismos habían recibido su seguro de forma privada.¹³ El resto pagaron los servicios médicos de forma personal, de los cuales el 91 por ciento recibieron atención en el sector privado y sólo el 9 por ciento en el sector público. Cerca de un 20 por ciento reportaron

¹¹ La excepción de esta regla, la hacen los inmigrantes asiáticos que en una gran mayoría llegan a los Estados Unidos como refugiados, por lo que esto reduce las condiciones de elegibilidad para aplicar a servicios de salud-----(2000) "Health Insurance Coverage and Access to Care Among Asian Americans and Pacific Islanders" UCLA Center for Health Policy Research, The Kaiser Family Foundation (June)

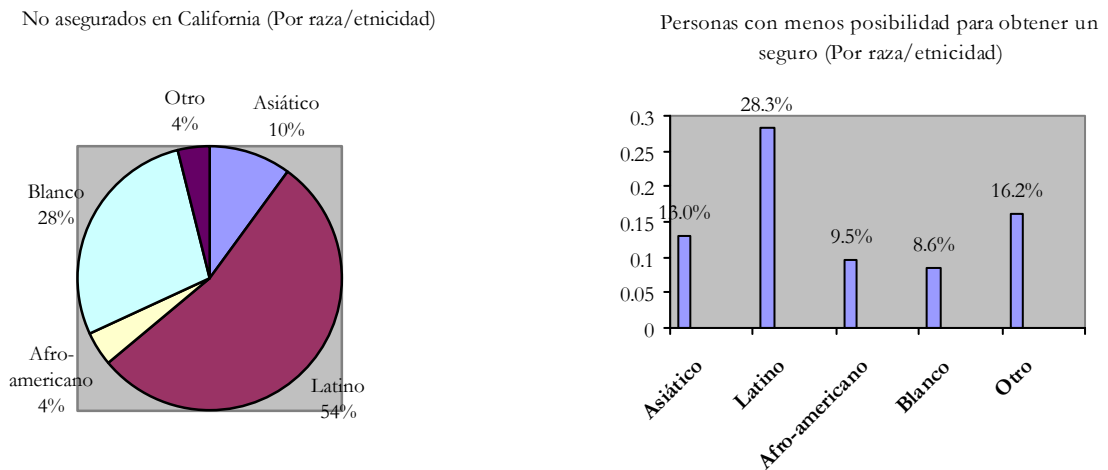
¹² -----(2001) "California's Uninsured: A visual Presentation", California Health Interview Survey, California Health Care Foundation.

¹³ Zinnacker (1989) "Health along the Texas-Mexico border: Insights on the utilization of health services by Mexican nationals", University of Texas at Austin: Lyndon Baines Johnson School of Public Affairs.

cobertura a través de programas financiados públicamente, principalmente *MediCal* y el *California Medicaid Program*.¹⁴

Más del cincuenta por ciento de los no asegurados en California son latinos, mientras que las personas con menores posibilidades para obtener un seguro son también de origen latino. Otra característica de los no asegurados es que en su mayoría no son ciudadanos y que además no tienen una *Green Card*. Dentro del grupo de los no asegurados, también se encuentra la presencia de personas que aunque no son ciudadanas si cuentan con una *Green Card*. Por lo que por una parte se encuentran las personas que son indocumentados y por otra los trabajadores agrícolas temporales, estas son las personas más vulnerables para que les sean negados los servicios de salud, ya que estos últimos no permanecen el suficiente tiempo trabajando para poder hacerse acreedores a servicios como los de *Medicare*.

Gráfica 11. Personas no aseguradas en California y personas con menor posibilidad para adquirir un seguro por raza/etnicidad

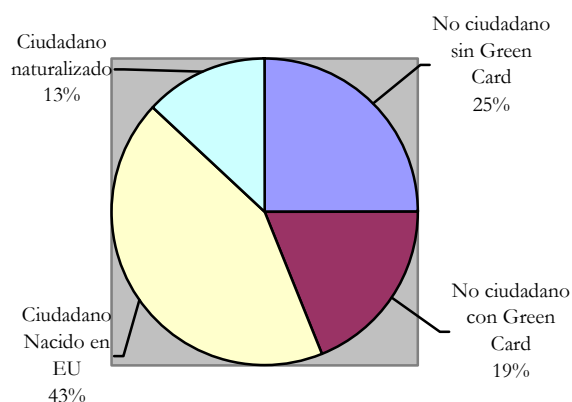


Fuente: California Health Interview Survey, 2001

¹⁴ -----(2004) "Immigrants and Health Coverage: A primer", The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, National Council of La Raza, (June).

Sin embargo, además de la limitante de la ciudadanía para obtener servicios de salud, se encuentra la limitante del ingreso. La prueba de esto es que casi 3.2 millones de latinos viven abajo del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Aquellas personas con un FPL inferior al 100% tienen una posibilidad de un 30 por ciento de no estar asegurados, aunado al hecho de que no sean elegibles para programas públicos de salud.

Gráfica 12. No asegurados en California (Por Status Migratorio y Ciudadanía)



Fuente: California Health Interview Survey, 2001

Como resultado de una elevada proporción de pobreza Nivel Federal de Pobreza, las familias de migrantes mexicanos carecen de seguro privado de salud, sólo el 4.5 por ciento aproximadamente tienen este servicio en California, comparado con el 45 por ciento a nivel nacional correspondiente a familias de origen latino y el 69 por ciento de otras nacionalidades.

Esto quiere decir que aproximadamente el 75 por ciento carecen de seguro de salud en California, en comparación a la tasa nacional que corresponde al 35 por ciento. Implicando

esto que aproximadamente un millón de mexicanos en California no son asegurados¹⁵ esto quiere decir cerca del 48 por ciento. En cuanto a otros beneficios no salariales como planes de retiro, pago por enfermedad y seguro médico confirma el hecho de que el empleo en las economías étnicas ofrece adicionalmente muy poco.

De acuerdo a datos de 2001, los niños ciudadanos de bajos ingresos con padres ciudadanos y que no estaban asegurados representaron el 16%, los niños ciudadanos de bajos ingresos pero con padres no ciudadanos y que no estaban asegurados representaron el 26% de la población, mientras que los niños no ciudadanos que carecían de seguro de salud representaron el 51%.¹⁶

Por su parte, el 68 por ciento de los latinos indocumentados en Fresno y el 84 por ciento en los Ángeles no están asegurados, comparado a 35 por ciento de los latinos a nivel nacional y a 19 por ciento de toda la población a nivel nacional que no se encuentran asegurados. En comparación a los asiáticos, cerca de un 23 por ciento de los mismos no se encuentran asegurados.¹⁷ Casi un 50 por ciento de diferencia con respecto a los mexicanos en la ciudad de Los Angeles. En la siguiente gráfica se puede apreciar de qué manera los mecanismos de exclusión están teniendo un efecto significativo en el acceso a los servicios de salud.

El escaso cuidado médico es predominante entre los trabajadores agrícolas. Por ejemplo en el caso de los migrantes mexicanos en los condados de Fresno y Los Angeles, casi

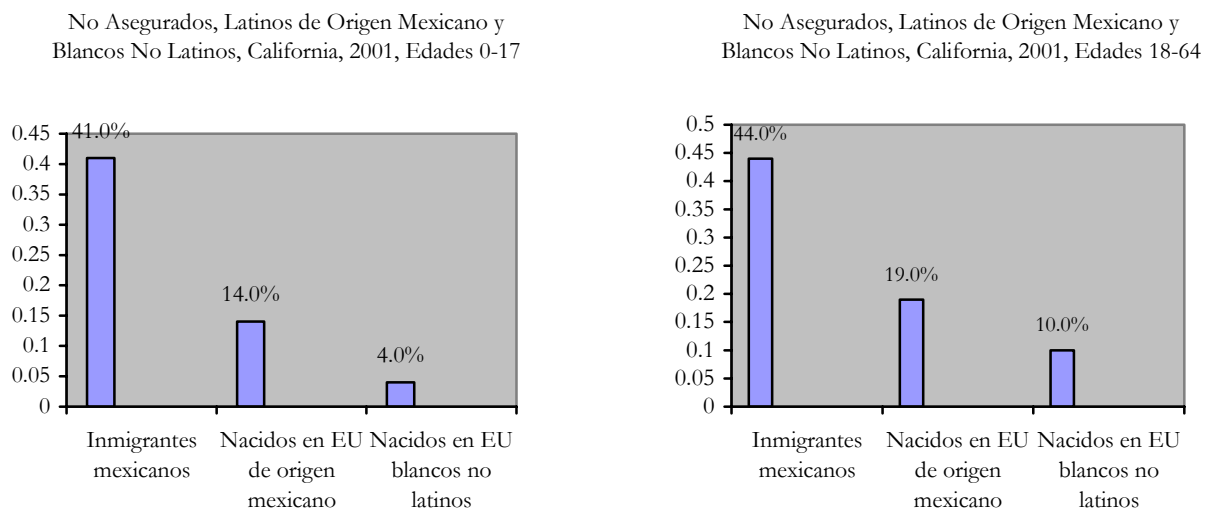
¹⁵ “Latino Health Statistics”, (2004) National Council of La Raza.

¹⁶ -----(2004) “Immigrants and Health Coverage: A primer”, The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, National Council of La Raza, (June).

¹⁷ -----(2001) “Asian Americans and Pacific islanders in California”, Asian and Pacific Islander American Health Forum, UCLA Center for Health Policy Research.

el 70 por ciento reportaron no tener ningún tipo de seguro y sólo el 7 por ciento están inscritos en algún programa gubernamental para personas de bajos ingresos.¹⁸

Gráfica 13. No asegurados, latinos de origen mexicano y blancos no latinos, California, 2001
(Edades 0-17 y 18-64)



Fuente: California Health Interview Survey, 2001

A pesar de esto los trabajadores agrícolas de origen mexicano, quienes trabajan aproximadamente 70 horas a la semana y ganan de \$8.5 a \$12.75 dólares por hora, contribuyen en promedio más que la mayoría de los norteamericanos a la solvencia del sistema de retiro de los Estados Unidos. Un ejemplo de esto es el testimonio de Ángel Martínez, quien trabaja en un viñedo cerca de Tecate, California. El sr. Martínez, que arribó a los Estados Unidos con documentos falsos, paga cerca de \$2,000 dólares anuales al sistema de seguridad social y cerca de \$450 dólares a *Medicare* a través de impuestos que son retenidos de su salario. Sin embargo a

¹⁸ 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*, P. 25.

diferencia de la mayoría de los norteamericanos, quienes recibirán su pensión para el retiro, el sr. Martínez no es elegible para recibir estos beneficios, debido a su situación. De acuerdo a un reporte del *New York Times*¹⁹, cerca de 7 millones de inmigrantes ilegales en los Estados Unidos que se encuentran en la misma situación, proveen de casi 7 billones de dólares al año. Adicionalmente estas personas pagan una gran variedad de impuestos. Por lo que el superávit del sistema de seguridad social durante el 2004, se debió en gran parte a las contribuciones de estos trabajadores y que significa el diferencial entre lo que se recibe en pago de impuestos y los que no se paga en beneficios de pensión.

Por su parte, Marcelo Suárez-Orozco quien es co-director de los estudios de inmigración en la Universidad de Nueva York mencionó que este es el mecanismo más eficiente para mejorar las finanzas de la seguridad social. Suárez-Orozco mencionó también que a partir de la reforma de 1986 (*Immigration Reform and Control Act*) la mayoría de los trabajadores han tenido que mantener el uso de documentos falsos para trabajar, dada la penalidad que impone la ley a las empresas o negocios que contratan ilegales, por lo que estos deben pagar los impuestos correspondientes que la ley impone a cualquier trabajador legal. Y un antecedente de esto es que durante el 2002 existían 9 millones de número de seguridad social incorrectos, lo cual correspondía a \$56 billones en ganancias o cerca del 15 por ciento del total de salarios reportados. Aunque no se sabe a ciencia cierta cuál de estos corresponde al porcentaje de indocumentados, se piensa que el porcentaje es significativo. Por ejemplo Steven Camarota, director de investigación del Centro de Estudios Migratorios, estimó que cerca de 3.8 millones de hogares donde el sustento es un trabajador ilegal generaron \$6.4 billones de dólares en seguridad social durante 2002.²⁰ De este tipo de situaciones se origina en gran

¹⁹ Eduardo Porter “Illegal Immigrants Are Bolstering Social Security With Billions”, The New York Times, Published: April 5, 2005.

²⁰ Los estados donde se concentran estos hogares son California, Texas e Illinois.

medida la percepción de los migrantes mexicanos de que el gobierno esta limitando “los principios de los derechos humanos universales a la salud y educación...”²¹

4.2 Hospitales

A pesar de que Dawkins menciona que son los ingresos promedio los que influyen en la decisión o posibilidad de residir en alguna zona específica, también este autor menciona que algunos determinantes se relacionan con aspectos raciales, de ahí que el prejuicio racial obligue a los individuos a establecerse en colonias donde habitan personas con características raciales similares.²²

El residir en una determinada zona va a obligar a los migrantes a recibir los servicios de salud que se encuentren disponibles en esa zona, a pesar de que las necesidades médicas de estos migrantes requieran de mejor infraestructura médica o atención. También las personas que viven en zonas marginadas o en las zonas fronterizas, están más expuestas a condiciones de salud inferiores a las del resto de la población.²³ Esto quiere decir que de igual forma en que las políticas los marginan a vivir en ciertas zonas, también los segregan a recibir cierta calidad de servicios a pesar de las diferentes enfermedades o afecciones a que se pudieran enfrentar estas personas. Adicionalmente el propio sistema de salud no brinda apoyo a los migrantes en cuanto a la calidad y la disponibilidad en el servicio.

Un ejemplo de esto es la existencia de centros rurales “marginados” donde se ha relegado a los habitantes de estos pueblos a más bajos niveles de ingreso y de servicios. Tal es el caso de la comunidad de Coachella en California, donde de acuerdo a un testimonio del

²¹ -----(2004) “¡El FIOB contra la Proposición 54 y Schwarzenegger!”, Frente Indígena Oaxaqueño Binacional, Boletín urgente, (Marzo).

²² Casey Dawkins (2004) “Recent Evidence on the Continuing Causes of Black-White Residential Segregation”, Journal of Urban Affairs, Vol. 26, No. 3, Pp. 379-400.

²³ Jannol, Op. Cit.

párroco de la iglesia los feligreses han sido excluidos de todo tipo de servicios médicos, de vivienda, de documentos para adquirir el status legal e incluso de salarios “mínimos para vivir”.

El 72% de la población carece de servicios médicos, además de que el “acceso a ciertos servicios les resulta más difícil, pues no hablan inglés” por lo que deben regresar a México para recibir atención médica pues por las condiciones de salud y alimenticias en las que viven se ven más expuestos a enfermedades como asma, desnutrición y diabetes especialmente entre la población infantil.²⁴

La zona en la que residen las personas esta estrechamente vinculada a la calidad y la cantidad de los servicios que disponen. Por ejemplo, en el caso de la población de trabajadores rurales, es pertinente mencionar que menos del 11 por ciento de todos los médicos en los Estados Unidos ejercen su profesión en zonas rurales. De hecho, de acuerdo a la recomendación del *U.S. Department of Health and Human Services* para que haya una cobertura adecuada de servicios de salud, debe haber al menos un médico general por cada 2,000 personas. Sin embargo en la mayoría de las zonas rurales existe un médico por cada 3,500 personas.²⁵

En el caso de las zonas urbanas, Los Angeles es el condado que mayor número de hispanos tiene, en promedio estos representan el 44.5 por ciento de la población total de dicho condado, de estos hispanos la gran mayoría son mexicanos (el 77.1 por ciento). El resto de la población hispana se encuentra integrada por pequeños grupos de personas de origen puertorriqueño, cubano, guatemalteco, hondureño, nicaragüense, salvadoreño, colombiano, ecuatoriano en promedios poblacionales que oscilan entre el 0.3 y el 2.4 por ciento de la población total de hispanos. Por lo que es innegable que la mayoría de la población hispana

²⁴ Arthur Jones (2003) “Migrants Cope with Health Risks”, *National Catholic Reporter*, (September, 26), P. 1.

²⁵ Elizabeth Embser Waternberg (2000) “Factors affecting health disparities in rural areas”, Conference, Buffalo Prenatal-Perinatal Network, Thursday, November 30, 2000. P. 1.

esta representada por mexicanos (Ver anexo 4. P. 133). Los datos sin embargo presentan el número de personas registradas en hogares, por lo que no muestran una diferenciación entre un status de legalidad o ilegalidad. En el caso del condado de Los Angeles, existen un promedio de 36 hospitales, clínicas y centros médicos de tipo público, la cobertura de hospitales para el número total de hispanos es de 117,839 personas en promedio por hospital, clínica o centro médico de los cuales el 71 por ciento es de origen mexicano. Dichos hospitales, clínicas o centros de salud, tienen una distancia promedio de 8.33 millas del centro de Los Angeles.

En el caso de los hospitales miembros de la Asociación Nacional de Hospitales Públicos (*NAPH*), el promedio de personas por hospital es de 848,443 habitantes, de los cuales la población mexicana corresponde a 608,395 pacientes potenciales por hospital (Ver anexo 5. P. 139). De acuerdo a *NAPH* entre las características que cumplen los hospitales miembros de esta asociación son que en promedio tienen la capacidad para recibir a 300 mil pacientes al año, por lo que además de que la capacidad hospitalaria es insuficiente también hay que tomar en cuenta que dichos hospitales no sólo reciben a personas de origen hispano, sino también de otros grupos raciales bajo ciertas condiciones, lo que hace más reducido el servicio.

Al realizar una comparación entre las ciudades que integran el condado de Los Angeles, se establecieron por rango las zonas con mayor peso poblacional de mexicanos asiáticos y blancos. Por ejemplo en el caso de las personas de origen asiático, la ciudad de Alhambra esta integrada predominantemente por dicha población (47.2 por ciento) y la cobertura hospitalaria es impresionante, por ejemplo entre los hospitales privados encontramos 125, mientras que en el caso de los hospitales públicos sólo existen 9. En el caso de una zona predominantemente con población mexicana, se encuentra East Los Angeles CDP, la cual tiene una población que supera en 60 mil habitantes a los asiáticos en la ciudad de

Alhambra. Sin embargo, la cobertura médica es muy pobre, integrada solamente por 3 hospitales públicos.²⁶ Una ciudad predominantemente integrada por personas blancas, es la ciudad de Glendale, donde dicha población alcanza los 105,597 habitantes, mientras que la infraestructura pública hospitalaria esta integrada por tres hospitales y 167 clínicas, consultorios y hospitales privados²⁷. Finalmente la ciudad de Torrance, la cual tiene una población asiática (39,463) relativamente predominante ya que no supera, el porcentaje de otros grupos raciales predominantes también. La ciudad de Torrance tiene por su parte 4 hospitales privados. Pero en el caso de Pomona sólo existen dos hospitales públicos, a pesar de la gran cantidad de trabajadores migrantes mexicanos, la cobertura es muy baja. En el caso de Santa Clarita, una zona predominantemente integrada por personas de origen blanco, tienen solamente 2 hospitales públicos, pero en realidad la demanda por servicios privadas es muy elevada y esto lo indica el número de clínicas, médicos y hospitales privados. (Ver anexo 6. P. 141)

Al comparar el condado de Los Angeles con otros condados en cuanto a cobertura hospitalaria, el segundo condado con problemas de cobertura por la cantidad de pacientes potenciales es el condado de San Bernardino, donde la población hispana es de casi el 40 por ciento de la población total, y solamente existe un hospital que es miembro de *NAPH* y que brinda servicio a la zona. Sin embargo hay que recalcar que a pesar de que hay un solo hospital público para una población migrantes de casi 50 mil personas, la mayoría de la población que es blanca (79.8 por ciento) opta por contratar servicios médicos privados. El siguiente condado, cuya población hispana es muy significativa es el de Riverside, donde la población hispana corresponde al 36.2 por ciento de la población total, y la población de mexicanos corresponde al 17.2 por ciento. Sin embargo sólo hay un hospital miembro de *NAPH*, para una población de 265,723 mexicanos y 34,487 migrantes legales en ese condado. El cuarto

²⁶ Santa Marta Hospital, Garfiel Medical Center y Monterrey Park Hospital.

²⁷ Glendale Adventist Medical Center, Glendale Memorial Hospital & Health Center y Verdugo Hills Hospital.

condado en hay una baja infraestructura hospitalaria pública y donde existe una elevada población hispana es el condado de Santa Clara, donde se encuentra el *Santa Clara Valley Health and Hospital System*. Este hospital, debe dar cobertura médica a una población de aproximadamente 248,225 mexicanos y 142,248 migrantes legales.

El quinto condado con esta misma situación es el condado de Fresno, donde la población hispana corresponde al 44 por ciento de la población total y donde existe una población predominantemente mexicana, de trabajadores rurales tanto legales como ilegales. En este condado, como ya se había mencionado el 80 por ciento de los migrantes son mexicanos y el 65 por ciento además son indocumentados.²⁸ En Fresno existen aproximadamente 14 hospitales y clínicas, pero sólo un hospital miembro de la NAPH²⁹, por lo que es difícil brindar cobertura a la población de casi 229 mil mexicanos y 40 mil migrantes legales. Hay tres problemas relacionados a esto, el primero es el acceso, pues la gran mayoría de las personas en este condado trabajan en zonas rurales y deben viajar a la ciudad de Fresno y la ciudad de Clovis, para recibir atención médica, aunado al hecho de que existe un problema de servicios ambulatorios en las zonas rurales. El segundo problemas es el hecho de que la mayoría de los trabajadores son indocumentados, por lo que la cifra de 40 mil personas es mayor de lo que dicen los estimados del gobierno de California. Y el tercer problema es que en muchas ocasiones, existe la necesidad de que los servicios de emergencia sean proporcionados o bien por afecciones serias que requieren de pronto tratamiento.

Esto demuestra la necesidad urgente de determinar mecanismo de acceso a servicios de salud, particularmente para los trabajadores rurales mexicanos. En el caso del resto de los

²⁸ -----(2004) "Immigrants and Health Coverage: A primer", The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. National Council of La Raza, (June).

²⁹ Community Medical Center.

condados, la disponibilidad del servicio médico es variable, dada también la población hispana en los diferentes condados.

4.3 Trato a los migrantes

El racismo institucional en lo que se refiere al trato a los migrantes se relaciona a factores como la falta de traductores o intérpretes en los hospitales, lo cual impide un diagnóstico y una atención médica adecuados, a pesar de que el requerimiento de que exista servicio de intérpretes en los hospitales es parte de una regulación federal. El hecho de que no exista suficiente personal latino o de habla hispana en los hospitales de California, es considerado por algunos como racismo institucional (National Council of La Raza, 2004). Otras situaciones vinculadas al trato a migrantes, son el excesivo papeleo y burocracia en los trámites que estos realizan.

4.3.1 Personal bilingüe y Servicio de intérprete

Un problema al cual se enfrentan los indocumentados³⁰ es la problemática de la comunicación en inglés. Casi el 60 por ciento de los inmigrantes latinos en Fresno y casi 40 por ciento en Los Angeles no pudieron comunicarse adecuadamente con los médicos en inglés.³¹ Esto también refleja una falla en el sistema de salud y un racismo institucional ya que una gran cantidad de estudios en cuanto a disparidades de salud entre grupos poblacionales relacionan al *Limited English Proficiency (LEP)*, como un indicador importante en la exclusión de los servicios

³⁰ Sobre todo si estos se concentran en comunidades étnicas.

³¹ -----(2004) "Immigrants and Health Coverage: A primer", The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, National Council of La Raza, (June).

de salud. Por ejemplo un estudio de UCLA *Department of Health Services*³² demostró que en promedio los latinos tienen menor suficiencia en cuanto al idioma inglés con respecto a los asiáticos. Dicho índice a su vez resultó tener una correlación positiva con el número de veces que los pacientes han recibido atención médica en los últimos 12 meses, si tienen una fuente usual de servicios médicos y si reciben una atención médica oportuna. Esto quiere decir que un acceso más restringido a los servicios de salud y un estado de salud más pobre tuvieron una incidencia del 50% más en los latinos, que en los asiáticos en California. La razón de esto es que la inadecuada interacción de lenguaje entre el paciente y el médico es que no favorece que el diagnóstico sea adecuado e incrementa la brecha de confianza entre el paciente y el médico.

La falta de médicos hispanos es considerado también, como un factor de discriminación. Por ejemplo en California los médicos hispanos y afro-americanos suman aproximadamente 5% del total de médicos, “a pesar de que estos grupos suman más del 30 y el 7 por ciento, respectivamente”³³.

La discriminación no es algo que quisieran ver en el área de la atención médica, los profesionales de la salud, ya que se encuentra contrario a sus valores y ética. A pesar de esto, por el momento no ha existido un programa que busque hacer más equilibrado el número de médicos hispanos en los hospitales y centros de salud. Ciertas investigaciones indican que esto se traduce en que los pacientes no reciban el mismo diagnóstico, tratamiento y medicación que las poblaciones mayoritarias.³⁴

De acuerdo al Anexo 6, los condados donde existe una mayor deficiencia en cuanto a servicios públicos de salud para migrantes mexicanos eran los condados de Los Angeles, San Bernardino, Riverside, Santa Clara y Fresno. En el caso de Los Angeles, que es además el lugar

³² Niñez Ponce; Leighton Ku & William Cunningham (2004) “Language attributes and Older Adults: Implications for Medicare Policy”, Academy Health Annual Research Meeting, UCLA, P. 2.

³³ -----(2001) California Health Index Survey.

³⁴ -----(2001) Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care, The California Endowment.

donde se concentra la mayoría de personas de habla hispana y de lengua asiática. A pesar de que en muchas de las ciudades de este condado la cobertura hospitalaria es mejor para los asiáticos que para los mexicanos, solo el 46 por ciento de los asiáticos declaró hablar muy bien el inglés, mientras que entre los hispanos³⁵ el 60 por ciento declararon hablar muy bien. Esto significa que el hecho de que los extranjeros hablen mejor el idioma inglés no implica que esto les va a significar mejor acceso a los servicios de salud. Que aunado a la necesidad de entablar una conversación con el médico al momento de recibir la consulta, implica que no existe un problema en cuanto a la capacidad de comunicación, sobre todo si tomamos en cuenta la gran oferta de servicios médicos públicos y privados que las personas de origen asiático reciben.

El segundo condado donde existe también deficiencia en cuanto a la cobertura hospitalaria para migrantes mexicanos, es el de San Bernardino. En este condado el porcentaje de hispanos que dijo hablar muy bien el idioma inglés fue del 75 por ciento. Mientras que las personas de origen asiático dijo hablar muy bien el idioma inglés en un 50 por ciento. En el caso de las personas hispanas que en mayor porcentaje dijeron no poder comunicarse en inglés, estas se ubicaron en el condado de Los Angeles, mientras que entre las personas asiáticas que dijeron no poder comunicar en inglés la gran mayoría de estas se ubican en el condado de los Angeles.

El incrementar los servicios de intérpretes en los hospitales a donde asisten los migrantes, ha sido un tema de gran debate sobre todo en lo que se refiere a los servicios que se otorgan a usuarios de *Medicaid* y de poblaciones no aseguradas, bajo el argumento de que no se debe dar un trato preferencial a ninguna personal tal como lo establece la Propuesta 209 de 1996. Sin embargo las barreras de lenguaje también conciernen a aquellos que establecen las políticas públicas relacionadas a la salud, ya que debido a las tendencias en el crecimiento

³⁵ De los cuales los mexicanos son mayoría (el 77.1 por ciento).

poblacional de migrantes, estos problemas relacionados a un mal acceso a los servicios de salud se volverán más comunes en el futuro.

Otro aspecto a considerar es que las políticas federales de derechos civiles ya han establecido los derechos para servicio de intérprete en los hospitales (Ver anexo 8. P. 144).

Sin embargo los programas estatales de *Medicare* y *Medicaid* en California, no cumplen con estas obligaciones que les indican las leyes federales.³⁶ De hecho en estados como Hawai, Idaho, Maine, Minnesota, Montana, New Hampshire, Utah y Washington,³⁷ las personas con baja suficiencia en el uso del idioma inglés, ya gozan de estos servicios.³⁸

4.3.2 Burocracia

Una de las problemáticas relacionadas al *Medicaid* en California es que las personas que son calificadas para recibir el servicio han mencionado que adicionalmente a la dificultad para comunicarse en el idioma inglés se encuentran con barreras generadas por un excesivo papeleo y confusión, como la norma de llenar papelería cada seis meses para comprobar ingresos y elegibilidad.³⁹ Un ejemplo de esto es el formato que se debe llenar para ingresar a un niño a un programa de apoyo por parte del estado para servicios médicos.

Por ejemplo, el departamento de servicios sociales de la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Estado de California establece que en primer lugar el responsable del niño debe llenar el formulario correspondiente (Ver Anexo 9. P. 145). A continuación la oficina de salud

³⁶ A pesar de que California es capaz de recolectar un promedio de 50 centavos del gobierno federal por cada dólar gastado en *Medi-Cal* y un promedio de 66 centavos por cada dólar gastado en *Healthy Families*. Las autoridades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de California, argumentan que el implementar programas de servicio de intérpretes, solamente implicarían un fuerte desembolso por parte del gobierno del estado. Por lo que en el corto plazo no se ve como algo viable.-----(2004) California Endowment.

³⁷ Estados donde la mayoría de la población hispana son de origen puertorriqueño y cubano.

³⁸ -----(2001) California Health Index Survey.

³⁹ 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.

verificará si el niño es elegible para estos servicios, de lo cual depende que el niño tenga un número de seguridad social.

En caso de que el niño provenga de otro estado, deberá de llenar también el formulario sobre la notificación del cambio de residencia e identificar si el estado del cual proviene el niño tiene convenio con California, sobre planes de salud. Si no es así la persona tendrá que contratar un servicio privado de salud (Ver Anexo 10. P. 148). Mientras que en el caso de que el niño haya cambiado de estatus familiar, se deberá llenar el formato correspondiente (Ver Anexo 11. P. 149).

En el caso de que el paciente presente alguna queja con respecto a la provisión de servicios de salud, en primer lugar la persona debe llamar al Departamento de Atención Administrada de Salud (HMO Helpline), si el plan médico no resuelve el problema en 30 días entonces se puede presentar un reclamo en el Departamento de Atención Administrada de la Salud. El paciente deberá llenar un formato que requiere anexar una serie de documentos como la revelación del historial médico del paciente (Ver Anexo 12 y Anexo 13. Pp. 151-154). A su vez esta persona debe presentar otro formato donde da consentimiento de que se autorice la divulgación de registros médicos (Ver Anexo 14. P. 155).

El proceso de reclamo consistirá en un examen de toda la información proporcionada por la persona y el médico. Pero si el Departamento de Salud no resolviera nada, el paciente puede verificar en la sección de evidencia de cobertura de su plan para determinar acciones judiciales que estén a su disposición. Ejemplos como este son ejemplos de una densa gama de formatos y procedimientos que seguir.

Como ya se pudo apreciar a lo largo de este capítulo los inmigrantes mexicanos, frecuentemente experimentan problemas para tener acceso a los servicios de salud. Una barrera es que no tienen seguro médico, debido a los bajos salarios. También otra barrera es

que difícilmente pueden tener acceso a los servicios de salud públicos, debido a las restricciones que las políticas estatales han impuesto en base a una codificación de las personas para decidir quien es elegible y quien no lo es.⁴⁰ El impacto de las barreras de acceso se ven reflejadas también en los servicios clínicos preventivos, tanto como por cuestiones de inmunización como de prevención sobre todo en aspectos de epidemias.⁴¹ La posibilidad de que al menos existan otros mecanismos que faciliten el acceso a los servicios de salud es de vital importancia para estas poblaciones.

⁴⁰ Wallace et. al. Op. Cit. P. 1

⁴¹ Wallace, et. al. Op. Cit. P. 2