

Salud y maternidad en la frontera México-Estados Unidos

El caso de la región Matamoros-Brownsville

Belem Vásquez Galán*
Teresa Elizabeth Cueva Luna**

RESUMEN

En este documento se analizan comparativamente los servicios de salud reproductiva que las instituciones médicas ofrecen a la mujer en dos ciudades fronterizas, una en México y otra en Estados Unidos. Basadas en encuestas aplicadas a la oferta (hospitales y clínicas) y demanda de servicios de salud (por parte de las usuarias), se encontró que en Brownsville las instituciones ofrecen una variada gama de servicios de maternidad a la que acceden usuarias que muestran mayor seguimiento de su embarazo y que demandan una mayor cantidad de personal especializado. Por otro lado, aunque los centros de salud en Matamoros brindan a la mujer un mayor grado de especialización del personal médico y de apoyo, además de una atención integral, el uso que ellas hacen de tales servicios se concentra en el periodo final del embarazo y tiende a ser menos especializado que el que reciben las usuarias en Brownsville.

Health and Maternity in the México-US Border. The Matamoros-Brownsville Regional Case

ABSTRACT

Reproductive health services supplied by medical institutions to women in two border cities one in Mexico and another in the United States (Matamoros, Tamaulipas and Brownsville, Texas) are comparatively analysed. This paper is based on survey interviews on the supply side (hospital and clinics) and on the demand side of health services (patients). Concerning Brownsville, institutions supply a wide range of maternity services to women who behave very carefully in relation to their pregnancy and demand more specialised personnel. Regarding Matamoros, despite of the fact that local medical institutions supply a higher specialisation of medical and auxiliary personnel to women, as well as an integral attention, the use of these services is required by Mexican women at the last trimester of the pregnancy, and these services tend to be less specialised than in Brownsville.

*Profesoras-investigadoras de la Dirección Regional de Matamoros de El Colegio de la Frontera Norte. Direcciones electrónicas: belem@infosel.net.mx y lizcueva@infosel.net.mx.
Artículo recibido en enero de 2001.

INTRODUCCIÓN

¿Cuántas veces nos hemos enfrentado a los grandes contrastes que existen en las ciudades fronterizas entre México y Estados Unidos? Quizás muchas veces; sin embargo, la población que interactúa en esta región se adapta a estas diferencias y aprovecha los beneficios que le ofrece cada nación. El uso de los servicios de salud en esta frontera, es uno de los espacios de confluencia —tanto de individuos como de instituciones— en una región binacional con una larga trayectoria de profunda interacción. Si bien el desarrollo socioeconómico desigual de las ciudades vecinas de la frontera de México con Estados Unidos pareciera imponer una insalvable condición de inconmensurabilidad entre las partes, el análisis particular de los sistemas de salud permite situar algunos niveles comparativos interesantes.

En este documento se presenta el análisis comparativo de los servicios de salud a la mujer en las comunidades fronterizas de Matamoros, Tamaulipas, y Brownsville, Texas. Se alude, por un lado, a las condiciones institucionales del área de atención a la mujer, con énfasis en la atención perinatal en oferta, y el personal que labora en dicha área. Por otro, también se analiza el tipo de demanda que las usuarias dirigen hacia estas instituciones; para ello, nos basamos fundamentalmente en las percepciones y uso del servicio de una muestra de la población femenina.

El énfasis en realizar el estudio dentro de los centros médicos, si bien impone restricciones, se fundamenta en la idea de que la atención de la salud está mediada fuertemente por las instituciones. En ellas se concretan espacios de encuentro entre los pacientes, quienes se ven afectados por un proceso de enfermedad, y los médicos especializados, quienes se apoyan en todo un aparato burocrático que administra el uso de la tecnología al servicio de la salud, además del recurso humano complementario.

Al referirse a los usuarios, Norma Ojeda (1999) ha propuesto el uso de conceptos como “cultura de la salud” y “cultura reproductiva demográfica”, para considerar factores sociales que nutren al fenómeno de la salud-enfermedad y que permiten analizarlo no como un proceso exclusivamente biológico. Más que profundizar en ese sentido, en este documento se presentan, específicamente, algunas percepciones de las mujeres usuarias del servicio recogidas a través de una encuesta aplicada a las pacientes que se encontraban en clínicas y hospitales de

las dos ciudades fronterizas estudiadas. También se dan a conocer el tipo de servicios médicos que demandan y la frecuencia de sus visitas; esta información nos permite medir, en cierto grado, la cultura del cuidado médico en ambas ciudades.

En tanto que el estudio aquí expuesto consideró únicamente a la población que recibió un servicio médico, se supone que la persona es quien realiza el movimiento para acceder a los centros hospitalarios y clínicas. Por tanto, se trata de pacientes que eligen un servicio específico en el marco de una serie de opciones. Ya que se postula que este ejercicio de la población no es estrictamente racional, se intenta conocer, por ejemplo, las condicionantes de su elección y la percepción que ellas tienen acerca del servicio de salud.

En ese proceso de búsqueda y elección de un servicio médico se crean flujos particulares que rebasan la oferta de servicios de salud en territorio nacional. Es decir, ya que se trata de una región fronteriza, se supone que los servicios de salud pueden también ser utilizados por pacientes del país vecino. Cuando los usuarios realizan los cruces hacia una nación distinta a la originaria, se presenta una variedad de situaciones que más o menos se ha llegado a identificar por los estudiosos en el tema. Se ha observado, por ejemplo, que tres cuartas partes de la clientela extranjera de centros médicos en las ciudades fronterizas del norte mexicano las constituyen personas de origen hispano radicadas en Estados Unidos.¹ Este flujo humano en dirección de norte a sur se origina no sólo en el conocimiento que tiene de este mundo (el *d'este lado*),² sino también en que no cuenta con algún tipo de seguro médico en Estados Unidos, en que estos servicios (aun algunos muy especializados) tienen un rango aceptable de confiabilidad y se adquieren a costos mucho más bajos en México.³ Por otra parte, los cruces desde el sur hacia el norte se guían bajo otra lógica. Algunos estudios enfocados en este fenómeno han detectado que una buena proporción de mexicanos paga en efectivo los servicios médicos especializados que recibe en Estados Unidos, y que la razón más importante por la cual usan dicho servicio es la calidad.⁴ La búsqueda de servicios en Estados Unidos por parte de pacientes mexicanos puede ocurrir en el contexto de un proceso migratorio; por tanto, es consecuencia de una elección de vida más amplia. En uno y otro caso, los pacientes mexicanos pueden ha-

¹ Miguel A. González, 1997.

² Olivia Ruiz, 1995.

³ De acuerdo con González (1997), los ingresos de los profesionistas mexicanos que se desempeñan en la iniciativa privada son de 120 a 180 por ciento menores que los de sus similares estadounidenses en el área de salud (p. 31).

⁴ Gregory Lauderdale (1993) hace referencia a una encuesta de Anita Zinnecker, 1990.

ber recibido beneficios sociales de programas de gobierno, si bien algunos estudios demuestran que esta proporción es mínima.⁵ Algunas investigaciones en Estados Unidos describen una tipología de los usuarios del servicio médico en la frontera estadounidense, particularmente en relación con mujeres radicadas en México que van a dar a luz en ese país.⁶

Recapitulando, nos interesa sondear el uso que hacen las mujeres de los servicios médicos en torno a la maternidad y el parto. Dicho fenómeno se analiza desde una doble dimensión. Por un lado, se describen la problemática y las condiciones de la oferta del servicio en ambos lados de la frontera. Para esto, se realiza un análisis comparativo entre la atención médica que reciben las mujeres en Matamoros, Tamaulipas, y las que la reciben en Brownsville, Texas. Por otro lado, se estudia el tipo de demanda específica que se plantean las mujeres de uno y otro lado de la frontera, así como la percepción del servicio que reciben.

La exposición de este estudio se divide en cinco apartados. El primero expone una visión muy amplia acerca del estado de salud de la mujer en Tamaulipas y Texas. El segundo hace alusión a las instituciones de salud y al uso de los servicios médicos en México y Estados Unidos. El tercero presenta la metodología que guió este estudio. El cuarto estudia la oferta del servicio médico a la maternidad en Brownsville-Matamoros, con base en una encuesta. Finalmente, en el quinto se analiza el uso y la percepción del servicio médico por parte de las pacientes.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA SALUD DE LA MUJER EN LA REGIÓN FRONTERIZA TAMAULIPAS-TEXAS

En esta sección se describen algunos referentes que afectan el fenómeno de la salud reproductiva y la maternidad en Tamaulipas y Texas a partir de datos estadísticos. Lamentablemente, la información disponible es reducida y no es estrictamente comparable entre México y Estados Unidos, pero permite conocer las tasas de fecundidad y de natalidad en periodos muy cercanos. En algunos casos es posible hacer referencias específicas a la ciudad de Matamoros y al condado de Cameron, al cual pertenece la ciudad de Brownsville.

La dinámica demográfica del lado mexicano ha estado cambiando notable-

⁵ *Ibidem.*

⁶ Véase Sylvia Guendelman, 1992 y 1991; Ann E. Henry, 1983, y Rachel Spector, 1983.

mente por una influencia nacional. México ha registrado en las últimas décadas tasas globales de fecundidad⁷ con una disminución sobresaliente. De 1975 a 1995 su tasa global se redujo de 6 puntos a menos de la mitad, 2.7 puntos. Esto significa que las mujeres mexicanas redujeron un 55 por ciento su fecundidad en un lapso de veinte años. En comparación con la correspondiente tasa nacional, Tamaulipas mantiene un nivel más bajo: 2.3 puntos.⁸ A pesar de que esta tendencia significa un triunfo de los programas de planificación familiar para el país, en términos relativos es mucho más alta que el comportamiento de las tasas de fecundidad del estado de Texas, en Estados Unidos.

De acuerdo con el Departamento de Salud de Texas, las tasas de fecundidad en los condados fronterizos sureños han observado también una tendencia decreciente en las últimas tres décadas. Como se aprecia en la gráfica 1, dicha tendencia es consistente de 1970 a 1998, sobre todo en El Paso, Cameron e Hidalgo, Texas. Webb, por otro lado, es el único caso en el que las tasas aumentaron hacia el final de este periodo. La reducción porcentual de la fecundidad en un lapso de 28 años, fue menos abrupta que en el caso mexicano: 35 por ciento para El Paso, 24 por ciento en Hidalgo, 21.5 por ciento en Cameron y 18 por ciento en Webb.

De acuerdo con Carlos Welti Chanes, en 1990 Tamaulipas registró una tasa global de fecundidad de 2.2 puntos. En el cuadro 1 es posible distinguir el comportamiento según grupos de edad, y se observa que en el grupo de 20 a 29 años se registran las tasas más altas.

CUADRO 1. *Tasa específica de fecundidad en Tamaulipas, 1990.*

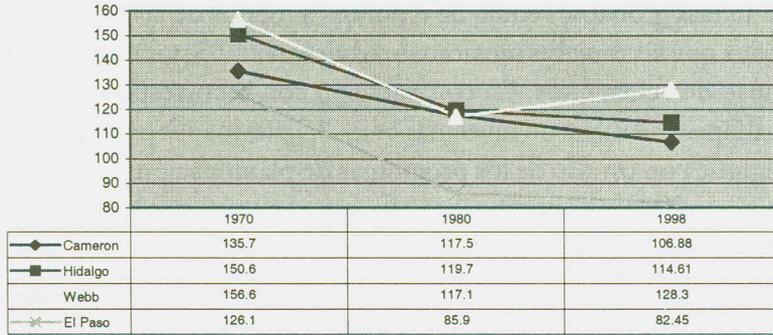
<i>Grupos de edad</i>	<i>1990</i>
15-19	86
20-24	141
25-29	121
30-34	66
35-39	20
40-44	5
45-49	2

FUENTE: Carlos Welti Chanes, 1994.

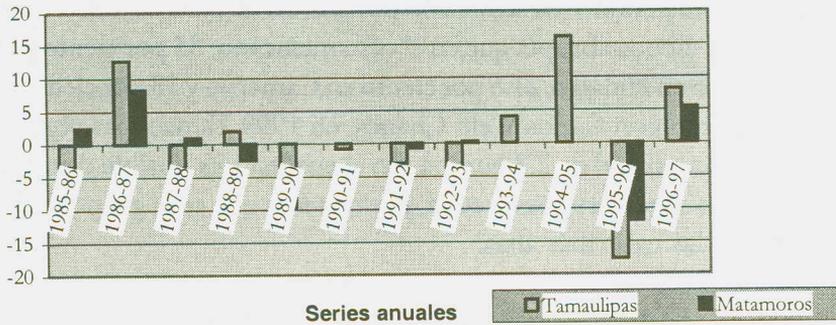
⁷ La tasa global de fecundidad (TGF) es una medida que indica el promedio de hijos nacidos vivos que tendría una mujer durante su vida reproductiva (de los 15 a los 49 años) si estuviera sujeta a las tasas de fecundidad por edad observadas en un año determinado.

⁸ INEGI, Estadísticas Demográficas y Socioeconómicas de México, 1998, p. 31.

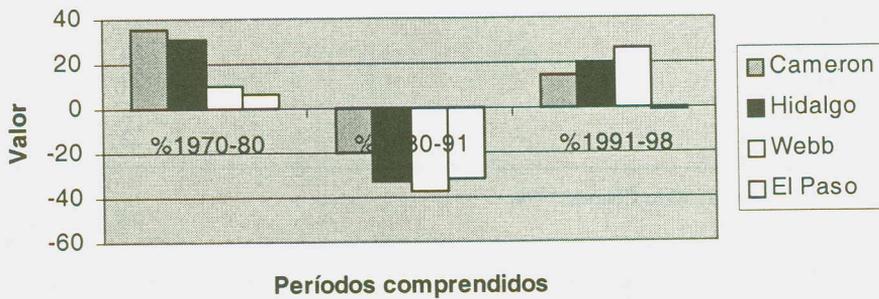
GRÁFICA 1. *Tasas de fecundidad en el sur de Texas.*



GRÁFICA 2. *Tasas de natalidad, 1985-1997.*



GRÁFICA 3. *Tasas de natalidad en el sur de Texas.*



Las tasas de fecundidad presentadas por grupos de edad en Tamaulipas se ratifican en la siguiente comparación, la que se refiere al promedio de hijos nacidos vivos en 1980 y 1990.

En lo que respecta al servicio hospitalario de partos brindado en el periodo de 1992 a 1998, los datos disponibles a nivel estatal indican que de los 8 mil 164 nacimientos ocurridos, más de la mitad (64.47%) tuvieron lugar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el resto en los servicios de salud de Tamaulipas (35.53%).

En el transcurso del tiempo, las tasas de crecimiento natal en Tamaulipas tuvieron un registro negativo a partir de 1987 y hasta 1993. De 1993 a 1995 se registra una recuperación de las tasas de natalidad y una nueva caída entre 1995 y 1996. Es notorio que los rangos de fluctuación en que se mueven las tasas son más amplios en el ámbito estatal que en el local.

En el caso de los condados fronterizos del sur de Texas, los rangos de fluctuación de las tasas de natalidad son aún más pronunciados ya que las máximas tasas se ubican entre 35 y -37. En particular, el condado de El Paso viene a observar una situación natal de mayor control (gráficas 2 y 3.)

La información proporcionada por el Departamento de Salud de Texas distingue el origen étnico de la madre, lo que permite observar las diferencias en el comportamiento de la salud reproductiva de las mujeres blancas, hispanas y negras en dicho estado de Estados Unidos. Los últimos datos disponibles, correspondientes al periodo de 1989 a 1998, confirman una tendencia decreciente en el número de nacimientos de mujeres blancas frente a un crecimiento en los nacimientos de madres hispanas en Texas. La convergencia de estas tendencias, opuestas entre sí, ha venido a significar la supremacía de los nacimientos hispanos en el último año. Por un lado, la participación de los nacimientos de mujeres blancas en el total disminuyó de 53.6 por ciento en 1989 a 41 por ciento en 1998. Por el otro, la participación de los nacimientos de madres hispanas pasó de 30.3 por ciento a 44.2 por ciento en el mismo periodo. La participación de los nacimientos de mujeres negras, por su parte, disminuyó de 14 por ciento en 1989 a 11.7 por ciento en 1998. Finalmente, la participación de los nacimientos de madres de otros grupos étnicos se incrementó de 2.2 por ciento a 3.1 por ciento al final del mismo periodo.⁹

La tasa de fecundidad entre las mujeres hispanas ha subido y entre las mujeres

⁹ Información obtenida del Texas Department of Health, Bureau of Vital Statistics, 1998.

blancas ha bajado en los últimos diez años. La tasa de fecundidad global de las hispanas creció de 102.7 en 1989 a 107.2 en 1998. La tasa de fecundidad global de las blancas decreció de 62.4 por mil en 1989 a 58.9 por mil en 1998 (la cual fue, a su vez, la tasa de fecundidad global más alta en este grupo desde 1993). La tasa de fecundidad global entre las negras, en los últimos diez años, decreció de 84.2 por mil en 1989 a 70.1 por mil en 1997, pero se incrementó en 1998 a 70.8 por mil.¹⁰

CUADRO 2. *Tasa específica de fecundidad (nacimientos vivos por 1 000 mujeres) según grupos de edad y etnia/raza de los residentes en Texas, 1998.*

<i>Edad</i>	<i>Blancas*</i>	<i>Negras</i>	<i>Hispanas</i>	<i>Todas las etnias</i>
10-14	0.5	2.8	2.8	1.6
15-19	43.6	91.8	110.4	73.8
20-24	100.2	152.4	196.6	141.6
25-29	108.0	96.9	159.9	123.6
30-34	81.7	59.4	97.6	83.8
35-39	33.4	26.9	41.1	34.7
40+**	6.4	5.5	9.7	7.1
Todas las edades [^]	58.9	70.8	107.2	75.4

* Incluye mujeres de raza/etnia denominada como "otra" o "desconocida".

** Denominator for rate is women 40-44 years old.

[^] La tasa general de fertilidad. El numerador incluye a madres de edad desconocida; el denominador son las mujeres de entre 15 y 44 años.

En cuanto a la tasa específica de fecundidad, calculada como el número de nacimientos vivos por 1 000 mujeres en un grupo de edad específico, fue más alta entre las mujeres negras e hispanas de entre 20 y 24 años en 1998. Para las mujeres blancas, la tasa más alta se presenta entre los 25 y 29 años. Las hispanas presentaron las tasas de fecundidad más altas comparadas con las blancas, las negras o de cualquier grupo étnico; excepto para el estrato de edades de 10 a 14 años, en el cual la mayor tasa corresponde a las adolescentes negras e hispanas.

LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y EL USO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS

Las diferencias fundamentales entre los sistemas de salud en México y Estados

¹⁰ *Ibidem.*

Unidos están fuertemente influenciadas por la composición de su capital (público/privado), el grado de regulación del Estado y la organización específica de sus instituciones. Estos elementos repercuten en la cobertura que ofrece cada uno de los sistemas de salud.

En México, donde la Secretaría de Salud es la autoridad rectora del Sistema Nacional de Salud, la atención a la salud es un derecho constitucional (febrero de 1983), que para su plena realización el Estado transfiere recursos financieros a las instituciones de salud. En el caso de Estados Unidos, la salud no es un derecho constitucional sino un privilegio, por ello el gobierno federal, a través del Departamento de Salud y Recursos Humanos, se encarga de administrar programas para el cuidado de la salud y servicios sociales como el Medicare y el Medicaid, mientras que los estados se encargan de regular los servicios de salud (Flores, 1997).

Si bien el porcentaje del gasto público no difiere significativamente por país (en México equivale al 57% del gasto total, mientras que en Estados Unidos al 43%),¹¹ la regulación del sistema por el Estado es mayor en México que en Estados Unidos, cuya regulación parece provenir de las fuerzas del mercado y, en gran medida, por el diseño específico de los seguros médicos, lo que teóricamente habría de resultar en un mejor cuidado de la salud de sus habitantes.¹²

Este modelo ha redundado en un exitoso desarrollo científico y tecnológico puesto al servicio de la salud que posiciona a Estados Unidos como el mejor en el mundo. Sin embargo, como contraparte, dicho modelo arroja también una situación de encarecimiento del servicio y desde 1989 es causa de una tendencia decreciente en el acceso por nuevos miembros. Así, el número de personas sin seguro en aquel país se ha incrementado más rápido que el número de los que se adscriben a él. En particular, Richard Brown *et al.* (1998) estudiaron el acceso a la salud por parte de familias inmigrantes en Estados Unidos, y determinaron que la principal razón que los no asegurados adujeron para explicar su situación, fue el costo del seguro médico. Los autores concluyeron que los niños de origen mexicanoamericano que no tienen ciudadanía, son mucho más propensos a carecer de servicios médicos (privados o públicos) en comparación con los niños del mismo origen, pero que ya cuentan con la ciudadanía. En una situación más favora-

¹¹ Efraín Flores, 1997.

¹² David Drake, 1994.

ble se encuentran aquellos cuyos padres nacieron en Estados Unidos, es decir, los que tienen un origen mexicano de tercera generación.¹³

La paradoja de la sobre oferta de servicio por parte de la inversión privada y pública en aquel país, induce un fenómeno de sobre medicalización de la enfermedad, de tal manera que el gasto que realiza un paciente en la prevención o tratamiento de una enfermedad, algunas veces resulta innecesario incluso desde el punto de vista médico.¹⁴ Esta situación constituye una de las razones que estimula a residentes estadounidenses a cruzar la frontera en búsqueda del servicio en el lado mexicano.

La cobertura de los servicios de salud en México depende fuertemente del financiamiento público (89%). En cambio, en Estados Unidos los seguros médicos privados cubren el 60 por ciento de la población. Bajo estas condiciones es fácil suponer, grosso modo, que en el caso mexicano ese tipo de cobertura deriva en insuficiencias en el servicio; en el caso estadounidense, el costo determina qué sector de la población accede y cuál no a la atención médica.

CUADRO 3. Cobertura del servicio de salud de la población en Estados Unidos y México, 1991.

<i>% de la población total Situación</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>México</i>
Con algún tipo de cobertura de servicios de salud	87%	89%
Con cobertura por servicios médicos privados	60%	n.e.
Con cobertura por servicios públicos	27%	55%
Con acceso a la asistencia pública	-	34%
Sin acceso a servicios de salud	13%	11%

FUENTE: Cuadro de Flores Efraín, 1997.

Como se ha señalado arriba, la dependencia económica del presupuesto público federal supedita el servicio de salud a las políticas y al estado de las finanzas del Estado mexicano. En términos comparativos, el gasto que ejerce México en salud es uno de los más bajos entre los países latinoamericanos (en 1992 ocupó el penúltimo lugar) y su distribución es desigual por regiones. En el caso de los estados de la frontera norte, éstos comprenden el 17 por ciento de la población, pero gastan el 23 por ciento del total de los recursos.¹⁵

¹³ Richard Brown, 1993.

¹⁴ Entrevista con Humberto Barrera.

De acuerdo con la percepción de los usuarios fronterizos mexicanos, las limitaciones del sistema de salud pública aparecen más relacionadas con la organización del servicio, principalmente con la incapacidad de obtener cita para consulta médica en las instituciones de salud. Esta población fronteriza está relativamente más orientada a buscar y obtener servicios médicos en el lado estadounidense que la población del interior de la República (7.8% contra 1.3%). De acuerdo con los encuestados, este fenómeno se explica principalmente por la búsqueda de calidad por parte de los usuarios, y en segundo lugar, por la cercanía geográfica.¹⁶ Estas versiones obtenidas en México coinciden con otro estudio realizado en Estados Unidos, donde los pacientes mexicanos contestaron en los mismos términos respecto a la calidad del servicio.¹⁷

Las ineficiencias del sistema estadounidense relacionadas con la cobertura de los servicios de salud suelen explicarse en función de problemas derivados de los programas de atención a los sectores de la población más desprotegida (Medicaid¹⁸ y el Medicare¹⁹). En este sentido, una parte de la polémica desatada en Estados Unidos maneja el argumento de que mexicanos residentes en el lado sur de su frontera están haciendo uso de este presupuesto federal. En función de esta preocupación se han realizado algunos estudios académicos que merecen ser mencionados.

Ann E. Henry (1983) intentó delimitar los flujos migratorios²⁰ que se componen por los usuarios de servicios hospitalarios en Texas, distinguiendo los condados fronterizos²¹ de los no fronterizos. Dicho estudio arrojó que el 37.5 por ciento del total de los residentes mexicanos que fueron admitidos en hospitales recibió, prioritariamente, atención quirúrgica (60%) y, en segundo lugar, atención obstétrica (20%). La autora hace notar también que el 93 por ciento de los pacientes que recibieron atención obstétrica fue atendido en el área fronteriza, mientras que únicamente el 40 por ciento de los pacientes que recibieron aten-

¹⁵ Miguel Ángel González Block, 1997, p. 24.

¹⁶ *Ibid.*, p. 28.

¹⁷ Gregory Lauderdale *et al.*, 1993, p. 146, hace referencia a una encuesta de Anita Zinnecker realizada en 1990.

¹⁸ Programa dirigido a personas en extrema necesidad.

¹⁹ Programa que atiende la salud de personas en edad avanzada y de inhabilitados.

²⁰ Los flujos se distinguen de la siguiente manera: 1) al interior del condado, 2) al interior del área conformada por los quince condados seleccionados, 3) los que ocurren hacia afuera de esta área (usualmente buscando centros médicos muy especializados) y 4) el proveniente de procesos migratorios de residentes mexicanos.

²¹ El estudio comprende quince condados: Brewster, Cameron, El Paso, Hidalgo, Hudspeth, Jeff Davis, Kinney, Maverick, Presidio, Starr, Terrel, Val Verde, Webb, Willacy y Zapata.

ción quirúrgica se atendieron en dicha área. Esta “especialización de la salud” de las áreas fronteriza y no fronteriza tiene referentes de la oferta, al mismo tiempo que indican un tipo de demanda. Desde este punto de vista, Henry abstrae exclusivamente a las mujeres cuya edad oscila entre los 15 y los 44 años del grupo de pacientes con residencia en México,²² haciendo notar su marcada preferencia por los hospitales de la frontera (74%).²³

Una pregunta que subyace a estas investigaciones es ¿en qué medida los mexicanos que reciben estos servicios cubren el pago de los mismos? En el caso de los residentes mexicanos, el “no-pago” presenta un comportamiento distinto dependiendo del giro del servicio. En una encuesta realizada a médicos de la frontera texana (Anita Zinnecker, 1990), los médicos especialistas dijeron que estos casos comprendían el 27 por ciento de sus usuarios, los médicos generales reportaron que era el 17 por ciento y los dentistas únicamente el 2 por ciento. Cabe señalar que, según el mismo estudio, la mayoría de los pacientes mexicanos eran fronterizos. Es importante precisar que los pacientes que efectúan sus pagos hacen visitas frecuentes (en periodos de una semana), de tal manera que el 64 por ciento de las visitas reportadas a proveedores de cuidados a la salud durante una semana ordinaria, son hechas por mexicanos nacionales, los cuales pagaron el servicio en efectivo, mediante seguro o en parcialidades.²⁴

Silvia Gundelman (1991), así como otros autores, distingue varios tipos de usuarios del servicio médico provenientes de México con distinto comportamiento. La evidencia descubierta entre familias migrantes respecto a que el acceso al seguro está básicamente determinado por el empleo,²⁵ prevalece también entre los mexicanos que cruzan a Estados Unidos con el fin determinado de recibir cuidados a la salud. Es interesante notar que una proporción de ellos trabaja en el país del norte y cuenta con seguro médico privado. En este conjunto de usuarios (nacionales mexicanos) que cruzan alguna vez con este fin, se ha detectado también que “aquellos del sector socioeconómico alto [lo] usan 1.5 veces más que el sector medio y tres veces más que el bajo”.²⁶ Esto sugiere que el factor

²² En el estudio del que se hace referencia, 18 condados reportaron haber admitido residentes mexicanos. Su distribución en condados no fronterizos fue de la siguiente manera: 32 por ciento en Harris, 10 por ciento en Bexar y 9 por ciento en otros.

²³ Cabe señalar que el uso de los servicios médicos por parte de residentes mexicanos difiere por condado incluso en la frontera, pues, en El Paso, este fenómeno es mucho más recurrente (29%) que en Webb (10%) o en los condados de Cameron e Hidalgo (5% cada uno).

²⁴ Lauderdale, 1993.

²⁵ Richard Brown, 1998, p. 232.

socioeconómico juega un papel importante en predecir la entrada a Estados Unidos con fines de cuidados a la salud.

Un estudio específico realizado en Tijuana en 1987, ayudó a determinar que los patrones de comportamiento de mexicanos que usan servicios médicos en Estados Unidos difieren según la fuente de financiamiento de la cual se valen para cubrir dichos gastos. En efecto, el 39 por ciento de los pacientes pagó de su propio bolsillo, el 32 por ciento se valió del Medicare o el Medicaid y el 20 por ciento pagó a través de un seguro privado o de la cobertura del HMO. Es importante señalar que todos los que accedieron a Medicare o Medicaid tenían sus documentos en regla como residentes en Estados Unidos, o bien tenían la ciudadanía estadounidense a pesar de estar viviendo en Tijuana.²⁷

Gundelman y Jasis (1992) han indicado que el comportamiento de las mujeres que solicitan cuidados médicos en Estados Unidos, sigue el mismo patrón; la mayoría solicita servicio al sector privado y paga principalmente en efectivo o con seguros médicos privados. En este sentido, estos autores concluyen que los residentes de Tijuana representan una carga muy pequeña para los fondos públicos de la salud en California.²⁸ Sólo encontraron que un 2 por ciento de los servicios utilizados era exclusivamente de maternidad.

La evidencia hasta aquí documentada ha sido considerada por otros estudiosos como un fenómeno creciente de demanda de servicios médicos, a partir de lo cual se habla de una necesidad de la población que requiere ser atendida a través de una cadena binacional de salud. A pesar de esto, el Tratado de Libre Comercio con Norteamérica no considera dicha temática (ya que los servicios de salud son principalmente públicos en México) y, por otro lado, en los hechos persisten barreras que impiden el establecimiento de redes de salud que trasciendan la frontera. Algunas de ellas son las restricciones en la expedición de licencias y certificaciones de los prestadores de servicios médicos, así como a las compañías aseguradoras, información incompleta de los consumidores y la capacidad de oferta de las instituciones privadas en México. Hurtado y Díaz (en Albro y Norton, 1997) sugieren que el sector privado de salud mexicano requiere de una mayor infraestructura para atraer a consumidores potenciales de Estados Unidos que podrían aprovechar los bajos costos de la atención médica. Con el fin de atraer consumidores de servicios de salud, es común encontrar en las ciudades

²⁶ Gundelman, 1991, p. 5.

²⁷ Lauderdale (1993) hace referencia a Gundelman (p. 151).

²⁸ Gundelman, 1992, p. 424.

fronterizas estrategias publicitarias dirigidas hacia un tipo de consumidor específico. Por ejemplo, en México los anuncios comerciales de la salud se dirigen a los consumidores estadounidenses de medicamentos y servicios terciarios. En Estados Unidos, los centros médicos ofrecen el uso de alta tecnología en el tratamiento de enfermedades cancerosas y cardíacas, entre otras, a mexicanos del sector de ingresos altos.

En términos de relaciones institucionales médicas se registran experiencias en Texas y Tamaulipas, tal es el caso del McAllen Medical Center, que ha establecido programas de entrenamiento para médicos mexicanos con el objeto de homologar diagnósticos y tratamientos de salud. Esta asociación forma parte de uno de los planes centrales para internacionalizar sus servicios, al igual que la firma de contratos con aseguradoras privadas como Grupo Nacional Provincial, para que consumidores de la frontera mexicana puedan acceder al hospital. Otro caso en la región Reynosa-McAllen es el del Hospital Santander, ubicado en la ciudad fronteriza mexicana de Reynosa, Tamaulipas, el cual canaliza pacientes al Rio Grande Valley Hospital, ofreciendo precios más bajos que el promedio aplicado a un residente de Estados Unidos. También se encuentran casos en los cuales se transfieren pacientes de McAllen a Reynosa; por ejemplo, el urólogo Ricardo Peña recibe pacientes de bajos ingresos que son enviados por hospitales de McAllen hacia el Hospital Regional del Río, donde el costo se reduce a una quinta parte del que implicaría recibirlo en Estados Unidos (Albro y Norton, 1997).

METODOLOGÍA

Con el fin de obtener información acerca de los casos específicos de Matamoros y Brownsville, se diseñaron y aplicaron dos tipos de encuestas. Una al personal administrativo de los hospitales y clínicas de la región, y otra a las usuarias de estos servicios. La encuesta dirigida a las instituciones médicas de maternidad tuvo como objetivo recabar información que permitiera conocer las características de su oferta, específicamente en los siguientes aspectos:

- a.* Personal médico, especializado y de apoyo.
- b.* Atención prenatal.
- c.* Atención de parto y cuidados postnatales.

- d.* Servicios de planificación y salud reproductiva.
- e.* Costos de la atención médica.

Del total de clínicas y hospitales públicos y privados existentes en Matamoros y Brownsville, se seleccionaron aquellos que brindaran cuidados médicos a la maternidad. Mediante un muestreo no probabilístico se eligieron instituciones con representatividad proporcional por sector (ya sea público o privado) y por población (que atendieran la mayor cantidad de usuarios). La muestra en Matamoros quedó integrada por catorce hospitales y clínicas, que representan el 33.3 por ciento del total de las instituciones dedicadas a la atención a la mujer en la ciudad.²⁹ En Brownsville se aplicó otro criterio debido a las características del sistema de salud de aquella ciudad, pues existen dos hospitales que centralizan el servicio de parto (el Valley Regional Medical Center y el Brownsville Medical Center), mientras que las clínicas sólo tienen competencia para atender el cuidado de la maternidad en su etapa prenatal y postnatal. Cuando una mujer está a punto de dar a luz, se le canaliza a uno de los dos hospitales y posteriormente continuará su tratamiento en la clínica donde ha estado acudiendo. Se logró obtener información de uno de los dos hospitales y de nueve clínicas (en función del número de usuarias): esta muestra representa el 30.3 por ciento del total de las instituciones en la ciudad.³⁰

Para estudiar el lado de la demanda de los servicios médicos de la mujer, se elaboró una encuesta dirigida a las usuarias que hubieran accedido a las instituciones analizadas. El objetivo era medir la frecuencia, el tipo y la percepción de los servicios recibidos y contrastarlo con el tipo de oferta de las instituciones. Los aspectos que consideró el cuestionario fueron los siguientes:

- a.* Características socioeconómicas.
- b.* Cuidado prenatal.
- c.* Cuidado postnatal.
- d.* Seguro médico utilizado.
- e.* Percepción de la atención médica recibida.

²⁹ De acuerdo con el Directorio de Clínicas y Hospitales de la ciudad, en 1998 había un total de 42 instituciones que prestaban este servicio en Matamoros. Veintiuna eran clínicas privadas y públicas, diez hospitales, una Cruz Roja y diez clasificados como otros.

³⁰ Según el Directorio de Clínicas y Hospitales de Brownsville, en 1998 existían 33 instituciones que prestaban el servicio de maternidad y/o atención del parto, es decir, 31 clínicas y dos hospitales.

f. Cruces transfronterizos por servicios médicos.

g. Perspectivas migratorias.

La selección de las usuarias en ambas ciudades se realizó tomando en cuenta tres criterios: que hubieran sido atendidas en una de las instituciones identificadas en la muestra; que su parto hubiera ocurrido recientemente, y que fueran residentes en tales ciudades. Para el caso de Matamoros, los cuestionarios se aplicaron en las salas de recuperación (de maternidad), con la autorización correspondiente por parte del hospital o de la clínica. La cantidad de entrevistas fue proporcional al número de usuarias por institución. De las 101 encuestas aplicadas en Matamoros, la mayor parte se aplicó en el Hospital General, el IMSS y el ISSSTE.

El 50 por ciento de la muestra en Brownsville, Texas, se tomó de las pacientes de uno de los dos hospitales que atienden los partos en la ciudad. El 50 por ciento restante se obtuvo entrevistando a mujeres que recibían atención postparto en las clínicas. Esta forma de proceder permitió conocer estos dos ámbitos de la atención médica. Las encuestas aplicadas a las pacientes de las clínicas se circunscribieron a mujeres que hubieran dado a luz en el hospital en el cual no se habían levantado encuestas.³¹ Mediante este método, se aplicaron 100 cuestionarios en Brownsville. En total, la muestra de la región quedó integrada con 201 usuarias.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE MATERNIDAD ENTRE MATAMOROS Y BROWNSVILLE

A continuación se presenta un análisis comparativo del servicio médico que se ofrece a la mujer en ambas ciudades fronterizas, en función de tres aspectos fundamentales: los recursos humanos que prestan dicho servicio, los servicios de maternidad y los costos de atención del parto. Uno de los resultados más sobresalientes es que, a diferencia de Brownsville, en Matamoros hay un mayor grado de especialización del personal médico y de apoyo en promedio por hospital y clínica. Es decir, en la ciudad fronteriza mexicana los servicios de atención a la

³¹ Es importante indicar que inicialmente se visitaron los dos hospitales de la ciudad, solicitando permiso para encuestar a sus pacientes. La respuesta de cada uno difirió notoriamente, pues mientras que uno se negó ante varios intentos que se hicieron, el otro accedió de inmediato, con un esquema de completa apertura.

maternidad son cubiertos por un mayor número de especialistas encargados del cuidado materno-infantil.

Recursos humanos en los servicios médicos de maternidad

Una diferencia fundamental de los servicios de salud que se ofrecen en la región Matamoros-Brownsville es el tamaño promedio de las instituciones médicas (hospitales y clínicas) y el grado de especialización de su personal. En promedio, hay un mayor número de personal (entre enfermeras, médicos generales y especialistas) por instituciones médicas en Brownsville (105.8) que en Matamoros (80.7). Por ejemplo, el promedio de médicos generales en aquella ciudad, por clínica, es de 47.3, mientras que en Matamoros es sólo de cuatro. Sin embargo, llama la atención que los hospitales y clínicas de Matamoros presentan una gran ventaja en lo que se refiere al nivel de especialización del personal, ya que cuentan con un número de médicos especialistas promedio de 21 por unidad frente a cinco por unidad en Brownsville.

CUADRO 4. *Personal promedio por institución médica. Datos de 1999.*

<i>Tipo de personal</i>	<i>Brownsville n=10</i>		<i>Matamoros n=14</i>	
	<i>Total</i>	<i>Promedio</i>	<i>Total</i>	<i>Promedio</i>
Médicos generales	473	47.3	58	4.1
Especialistas	49	4.9	298	21.2
Enfermeras	536	53.6	775	55.3
Total	1058	105.8	1131	80.7

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

Los resultados del "personal promedio" también indican que la razón especialista-médico es más alta en Matamoros, pero con la variable de usuarios los resultados son diferentes. Es decir, mientras que en esta ciudad existen alrededor de cinco especialistas por médico general, sucede lo contrario en Brownsville, donde se tienen nueve médicos generales por especialista. Al introducirse la cantidad de pacientes atendidos por el personal médico según la unidad, se aprecia un resultado desfavorable para el caso mexicano. Esto es así al tomarse como re-

ferencia a las dos instituciones de salud que atendieron a la mayor cantidad de pacientes en 1999 en ambas ciudades: el Valley Regional Medical Center (VRMC) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

CUADRO 5. Índice de personal médico por cada 1 000 pacientes en dos instituciones de salud.

<i>Institución</i>	<i>Núm. Total de usuarios</i>	<i>Médico general por cada 1 000 pacientes</i>	<i>Ginecólogo por cada 1 000 pacientes</i>
VRMC	3 000	86	4.6
IMSS	18 000	3.2	1.1

FUENTE: Instituto Nacional del Seguro Social (Matamoros) y Valley Regional Medical Center (Brownsville), 1999.

El IMSS muestra un alto déficit de personal de atención a la salud, considerando la cantidad de usuarios que acudieron a sus instalaciones en 1999. En el VRMC, por el contrario, el índice muestra un número suficiente de médicos generales por cada mil usuarios, lo cual es bastante contrastante con respecto al índice de ginecólogos (que apenas alcanza un valor de 4.6). En el IMSS, aunque es mucho más bajo este índice que en el VRMC, no difiere significativamente del índice de médicos generales (aquí debe considerarse que estamos tomando a la población de usuarios sin distinción de sexo o tipo de servicio demandado).

Los especialistas con mayor presencia en estas instituciones son los gineco-obstetras, pues ellos prestan sus servicios profesionales en el 100 por ciento de los centros médicos existentes en Brownsville y en el 92.8 por ciento de los de Matamoros (véase cuadro 6). Los pediatras, en segundo orden de importancia, han sido contratados en el 100 por ciento de las instituciones de Matamoros, pero sólo fueron reportados como parte de la planta del 40 por ciento de las de Brownsville. Esta diferencia en cuanto a los pediatras, es realmente significativa si se considera la necesidad de contar con especialistas que atiendan el cuidado del recién nacido en aquellas instituciones donde se atiende el parto y postparto, dado que existe siempre la posibilidad de que se presenten complicaciones posteriores. La diferencia significativa entre estos especialistas puede indicar parte del flujo de pacientes norte-sur del que se ha hablado, pues los ciudadanos estadounidenses podrían costear más fácilmente la consulta médica en el lado mexicano.

Por otro lado, parece que el grado de especialización del personal se extiende

CUADRO 6. *Porcentaje de cobertura de especialistas en cuidados materno-infantiles por institución médica. Datos de 1999.*

	Brownsville %	Matamoros %
Gineco-obstetras	100	92.8
Pediatras	40	100
Enfermeras especializadas	40	50
Nutriólogos	30	42.9
Otros	30	57.1

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

también hacia las enfermeras, pues en el 50 por ciento de las instituciones de Matamoros se cuenta con este tipo de empleo calificado, mientras que en las de Brownsville este porcentaje es relativamente menor (40%). Dado un esquema de servicio predominante en México, en el cual las enfermeras permanecen durante más tiempo atendiendo directamente al enfermo, la tendencia a contratar este tipo de profesionistas por parte de clínicas y hospitales matamorenses es positiva.

La información recabada muestra una clara ventaja en Matamoros en cuanto a lo integral del servicio médico prestado a las mujeres, ya que se cuenta con una mayor participación del personal especializado en cada unidad de los centros clínicos y hospitalarios. Una de las explicaciones de la estructura de los servicios *por institución* en Brownsville, es la prevalencia de un sistema centralizado en lo que se refiere a los servicios del parto y cesárea en la ciudad. Como se ha mencionado, existen clínicas en dicha ciudad en las que el servicio de maternidad comprende el periodo de embarazo y el posparto, sin atender el momento del alumbramiento, para lo cual se remite a las pacientes a alguno de los dos hospitales de la localidad (el Brownsville Medical Center o el Valley Regional Hospital).

Como contraparte, en Matamoros opera un sistema de salud en el cual las clínicas, sobre todo privadas, no sólo ofrecen atención prenatal a las mujeres sino también atienden el parto y postparto. Desde este punto de vista, es consistente que cuenten con un mayor número de personal especializado que cubra todas estas necesidades de atención médica. En este contexto, se supone que la calidad de los servicios es más alta en las instituciones de salud de capital privado, aunque éstas dan acceso sólo a un sector de la población mexicana. Un fenómeno interesante en la misma línea, es que un grupo de las usuarias de servicios maternos en Brownsville declaró que durante su embarazo utilizó los servicios de consulta

médica y compra de medicamentos en el lado mexicano (22.1%). La mayor parte de ellas consultó a médicos generales (15.4%), otra parte a especialistas (7.7%) y en menor grado adquirieron medicamentos y anticonceptivos en México (3.9%).

Servicios de maternidad

Con respecto a los servicios de maternidad, los cuidados prenatales³² y la detección de enfermedades (como cáncer y enfermedades de transmisión sexual, ETS) constituyeron los renglones de atención prioritaria a la mujer en las instituciones de salud de la región. En efecto, dichos servicios se cubren en el 87.5 por ciento de las clínicas y hospitales de Brownsville y Matamoros, aunque ellos tienen una mayor oferta en la primera ciudad que en la segunda. En menor medida, el cuidado posparto tiene poca demanda en ambas ciudades (83.3%), así como los servicios de planificación familiar (75%).

CUADRO 7. *Porcentaje de instituciones médicas que prestan los siguientes servicios. Datos de 1999.*

	Brownsville %	Matamoros %	Región %
Cuidados prenatales	100	78.6	87.5
Cuidados posparto	80	85.7	83.3
Planificación familiar	80	71.4	75
Detección del cáncer	90	85.7	87.5
Enfermedades de transmisión sexual	90	85.7	87.5

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

Los servicios de hospitales y clínicas de Matamoros superan a los de Brownsville en lo que se refiere, exclusivamente, al cuidado posparto, con una diferencia de casi seis puntos porcentuales (85.7% contra 80%). En este sentido, se esperaba que hubiera una mayor variedad de atenciones materno-infantiles. Este dato es consistente con la existencia de una oferta de servicios pediátricos en el 100 por ciento de los centros médicos, como se había señalado antes. Por tanto,

³² Dentro de la categoría "cuidados prenatales" se comprende la detección y tratamiento de problemas con el feto, como la craneoencefalitis, la postura, la prematura, etcétera.

es en este rubro donde probablemente se concentre una importante demanda de pacientes radicadas en Estados Unidos que cruzan para buscar este servicio de salud en México.

Por otro lado, es significativo que el servicio menos ofertado por las instituciones de salud mexicanas sea el de la planificación familiar (71%), lo cual, sin duda, se vincula con el hecho de que la mayor parte de la muestra está integrada por clínicas privadas. Es decir, pareciera que este aspecto en México se delega parcialmente a la Secretaría de Salud. Asimismo, habría que considerar que la población femenina mexicana asigna una menor importancia al cuidado prenatal en términos estrictamente médicos, pues muchas mujeres acuden a consultas hasta el tercer trimestre del embarazo (Selwyn, Barrera y otros, 1992). De hecho, en la encuesta a usuarias del lado mexicano, el 20 por ciento de las pacientes encuestadas indicaron haber acudido a consulta únicamente de una a tres veces durante todo su embarazo.

En resumen, el desempeño del servicio de salud en ambas ciudades se distingue por dos aspectos: la calidad del personal que labora y la cobertura de los servicios médicos para el cuidado de la maternidad. En términos del primer aspecto, se puede afirmar que en Matamoros existe mayor especialización en el personal que atiende a las usuarias. Pero también se puede decir que en Brownsville se cubre la mayor parte de los servicios médicos. Es decir, los hospitales y clínicas de Brownsville cubren una variedad más amplia de servicios específicos de salud reproductiva que los de Matamoros.

Estas diferencias no han acrecentado la movilidad transfronteriza de mujeres, por lo que este fenómeno no constituye un asunto alarmante que afecte la oferta. El número de mujeres mexicanas que cruzan la frontera para dar a luz en instituciones de salud de Estados Unidos, es realmente bajo (Guendelman y Jasis, 1992). Para el caso de las ciudades fronterizas mexicanas de Matamoros y Valle Hermoso, Tamaulipas, tal flujo apenas representa el 1 por ciento de la población escolar en las escuelas primarias de estas ciudades (véase Vásquez y Cueva, 1998).³³ Es interesante notar que las mujeres que tuvieron esta experiencia, argumentan que su principal motivación de cruzar la división internacional hacia el lado estadounidense para dar a luz, fue la expectativa de bienestar en favor de sus hijos y no el de ellas mismas. Es decir, ellas minimizan la existencia de un benefi-

³³ La investigación realizada mostró que de una población de niños incorporados al sistema de educación primaria en Matamoros, y cuyas edades fluctuaban entre los 7 y 13 años, sólo existían alrededor de 600 casos de niños nacidos en Estados Unidos, cifra que representaba al 1 por ciento del total de la población de estudiantes.

cio específico en lo que concierne a la atención médica. De hecho la mitad de la muestra de ese estudio utilizó el servicio de las parteras texanas para dar a luz. No obstante tal discurso, con el cual las mujeres dan sentido a su ejercicio materno, ellas recibieron atención médica previa al parto y tuvieron conocimiento de que su hijo nacería en condiciones normales.

Comparación de la atención médica en términos de costos

Era lógico esperar que la diferencia en los costos de la atención médica entre México y Estados Unidos fuera significativa, considerando la forma en que está integrado el sistema de seguros médicos. David Drake (1994) ha explicado que el alto costo del servicio médico en Estados Unidos se debe a que existe una falla en el mercado de la salud en la que prevalece una sobre oferta de servicios médicos respecto a una demanda que está restringida. Esta situación ha causado una sobre estimación de los precios de mercado. En este sentido, el autor sostiene que la existencia de fallas en el mercado impide las ventajas de una competencia perfecta. Los elementos que elevan los costos de la atención médica son de diversa índole. Entre estos cabe destacar la falta de conocimiento perfecto de los consumidores en relación con la oferta por parte de los proveedores médicos. Debido a ello, los consumidores pagan un precio superior al de la competencia perfecta y sufren otras desventajas de mercado. Por ejemplo, pacientes con padecimientos menores tienden a ser canalizados hacia especialistas que hacen alto uso de tecnología, en lugar de ser atendidos por médicos generales. También ocurre que no hay igualdad de decisión entre oferente y demandante, ya que el médico es el oferente activo y dominante que diagnostica, prescribe, recomienda, somete a operación, etcétera, mientras que el paciente es un consumidor pasivo. En estas circunstancias, la organización del servicio se vuelve ineficiente y sus fallas hacen que el costo de la atención médica se sitúe por arriba del valor socialmente óptimo y adquiera un valor de mercado casi monopolístico.

El acceso de la población al sistema de salud en Estados Unidos depende en mucho del poder de compra y del estatus laboral. Según información obtenida en 1997, el 60 por ciento de la población cuenta con un seguro privado, el 27 por ciento utiliza los seguros públicos, como el Medicaid y el Medicare, y el 13 por ciento no cuenta con ningún tipo de seguro; la participación del gobierno se limita a la regulación. Por el contrario, en México, el 55 por ciento de la población

cuenta con seguro público (IMSS o ISSSTE), y el 45 por ciento accede a la asistencia pública que provee la Secretaría de Salud y Asistencia. Hay que agregar que existe un 36 por ciento de la población asegurada (generalmente de ingresos altos) que, aun contando con servicio por parte del seguro social público, elige un servicio de salud privado, con expectativas de obtener mejor atención médica, de acuerdo con datos de 1994 (Albro y Norton, 1997).

La información obtenida de las clínicas y hospitales de Brownsville y Matamoros corrobora la diferencia en costos del servicio médico entre ambos países. Por ejemplo, los costos promedio de un parto normal y de una cesárea en Matamoros³⁴ son, respectivamente, 358 dólares y 642 dólares.³⁵ Estas cifras se elevan al incrementarse el tiempo de internación de las pacientes y según las complicaciones que surjan durante o después del parto. En Brownsville, por otro lado, el mismo tipo de atención tiene un costo promedio de 2 mil 100 dólares para parto normal y de 3 mil 976 dólares para cesárea. Básicamente se proporciona la misma atención médica en ambas ciudades, por lo que trasladarse a Estados Unidos y pagar servicios de este tipo equivale a un incremento aproximado del 600 por ciento respecto al gasto promedio que se realizaría en el lado mexicano. En el cuadro 8 se aprecia cómo se distribuyen las frecuencias de las diferentes cotizaciones que declararon las instituciones entrevistadas. En el caso de las instituciones localizadas en Matamoros, el precio por parto normal que rige en la mayoría de éstas se ubica en el rango de los 100 a 300 dólares, y sorprendentemente no se encontró una sola institución que cobrara menos de 1 000 dólares en Brownsville.

CUADRO 8. *Costos del parto normal y de cesárea en clínicas y hospitales de Brownsville y Mata-*

(Dólares americanos)	Brownsville %		Matamoros %	
	Parto	Cesárea	Parto	Cesárea
Entre 100 y 300	0	0	50	14.28
Entre 300 y 600	0	0	28.5	21.42
Entre 601 y 1 000	0	0	14.5	35.71
1 001 y 1 500	10	0	0	21.42
Más de 1 500	80	80	0	0
No especificado	10	20	7	7
Total	100	100	100	100

Nota: El tipo de cambio utilizado para convertir pesos a dólares fue de 9.58.

³⁴ Para calcular el promedio se omitió la unidad que correspondía a un hospital de servicio público que no cobra por el servicio de parto o cesárea.

³⁵ La conversión se hizo utilizando el promedio del tipo de cambio de enero a septiembre de 1999, lo que fue tabulado en 9.58 pesos.

La diferencia de los costos entre las clínicas también se explica por el tiempo promedio de estancia de la paciente. Generalmente, las mujeres que se internan permanecen estancias más cortas en Matamoros que en Brownsville. Por ejemplo, una paciente que tenga parto normal, sin complicaciones, permanecerá una estancia de 24 horas o menos en el 79 por ciento de los casos matamorenses y de un 60 por ciento en los de Brownsville. Las pacientes que dan a luz mediante cesárea, tienen una estancia en promedio de 2 a 3 días en Matamoros, y es más prolongada en Brownsville (estos casos corresponden al 43% y 100%, respectivamente).

Vale la pena mencionar el servicio de las parteras en la región del Valle o del Río Grande (que comprende los condados de Cameron, Webb e Hidalgo en el lado estadounidense de la frontera), el cual es utilizado, sobre todo, por parte de la población mexicoamericana. En el estado, la tendencia a emplear dicho servicio ha venido decayendo por cuestiones regulatorias. En 1980, en el área de Brownsville, el 48.5 por ciento de los nacimientos se había dado mediante la asistencia de parteras (Texas Department of Health Bureau of Vital Statistics, en Spector, 1983), aunque en los últimos años esta proporción ha venido descendiendo. Las parteras se describen como individuos reconocidos por la comunidad que se encargan de atender la labor del parto, proporcionar recomendaciones durante el embarazo y ayuda física sin el uso de medicamentos. Se caracterizan por ser mujeres de origen mexicano, con educación media, que hablan primordialmente español y que cuentan con antecedentes familiares de parientes que fueron parteras (Spector, 1983). La persistencia de esta práctica tiene múltiples factores tanto de tipo socioeconómicos (la existencia de mujeres que no tienen acceso a un sistema de seguridad público o privado, o el deseo de residentes mexicanas de obtener certificados de nacimiento para su descendencia) como culturales (por la tradición de la sociedad, o porque las mujeres pertenecen a un mismo contexto cultural, religioso y de género). En términos de costos, a diferencia de los hospitales donde el seguro público Medicaid paga el servicio, las mujeres que deciden parir con una partera tienen que efectuar un pago directo que fluctúa entre 300 y 600 dólares.

A pesar de las diferencias en costos por ciudad, más del 90 por ciento de las pacientes en Brownsville mencionaron que nunca consideraron la posibilidad de utilizar el sistema de salud mexicano. Esto parece lógico dado que la mayoría no tuvo que hacer ningún desembolso al sujetarse al Medicaid o seguro médico. Por

el contrario, en Matamoros, el 16 por ciento de las usuarias dijo que alguna vez se plantearon la disyuntiva de recibir atención en el lado estadounidense, pero todas se encontraban ya recibiendo los servicios correspondientes en esta ciudad.

USO Y PERCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS

En este apartado se presentan los resultados de la encuesta aplicada a las usuarias de las clínicas y hospitales de Matamoros y Brownsville cuyas principales características se han mencionado anteriormente. Para los objetivos de este trabajo era imprescindible contar con información directa de las usuarias, específicamente sobre el tipo y la frecuencia de las consultas médicas demandadas y sobre la percepción del trato humano recibido durante su estancia en las instituciones médicas. Con este fin se aplicaron 100 encuestas a un grupo de usuarias de Brownsville y 101 a otro grupo de Matamoros.

Descripción de las usuarias ¿quiénes son?

Las características más comunes de las pacientes encuestadas son las siguientes: *a)* son originarias de la localidad, *b)* tienen pareja (ya sea que estén casadas o que vivan en unión libre) y *c)* no tienen empleo. A diferencia de Brownsville, donde el 41 por ciento tiene educación media superior, las mujeres de Matamoros cuentan con un nivel educativo mucho más bajo (29.7% tenían primaria y 28.7% secundaria). Las mujeres que recibieron atención médica en Brownsville, tienen edades relativamente más altas (el grupo de edad de 26 y 30 años representa al 37%). Los grupos de edad joven en Matamoros son los más numerosos: el 23.8 por ciento tiene de 15 a 20 años y el 31.7 por ciento tiene de 21 a 25 años, evidencia de que el embarazo se presenta en un periodo de vida más temprano en esta ciudad.

Es interesante notar que dentro del grupo de usuarias de los servicios médicos en Estados Unidos, la participación de las mujeres de origen mexicano llega a ser del 39 por ciento. Este dato es insuficiente para inferir que ellas sean, en realidad, residentes en México, aunque cabe pensar que existan algunos de estos casos, pues, por ejemplo, hubo una de las pacientes (de origen norteño mexicano

CUADRO 9. *Características generales de las usuarias de servicios médicos de maternidad en la región Brownsville-Matamoros.*

<i>Característica</i>	<i>Brownsville</i> %	<i>Matamoros</i> %
Edad		
15-20	15	23.8
21-25	30	31.7
26-30	37	21.8
31-35	13	18.8
36 y más	5	4.0
Estado civil		
Soltera	25	8.9
Casada	64	62.4
Unión libre	11	27.7
Viuda	0	1
Lugar de nacimiento		
Misma ciudad	33	50.5
Norte de México	13	11.9
Centro de México	9	27.7
Sur de México	17	8.9
EUA	28	1.0
Nivel de estudios		
Primaria	16	29.7
Secundaria	24	28.7
Preparatoria	41	13.9
E. técnicos	2	9.9
Universidad	13	14.9
Otro	2	0.0
Ninguno	2	3.0
Trabaja		
Sí	15	36.6
No	81	63.4
n.e*	4	0

*n.e. No especificado.

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

encuestada en Estados Unidos) que declaró tener derecho al servicio en el IMSS.³⁷ Es necesario considerar, por otro lado, que Brownsville atrae un flujo migratorio relativamente importante de mexicanos a través de una dinámica migratoria que asigna a la región del Río Grande una marcada ascendencia hispana.

Cabría esperar que existiera una gran brecha entre los ingresos familiares de las usuarias en Brownsville con respecto a las de Matamoros. En efecto, a pesar

³⁷ En la siguiente sección de este documento aparecen las referencias a los seguros médicos de las mujeres encuestadas.

de que la estimación del ingreso del jefe de familia en Brownsville es de 1 900 dólares mensuales, muy por debajo del ingreso per cápita estadounidense, la distancia entre éste y el ingreso de las familias de la muestra de Matamoros es grande. Los jefes de familia de Matamoros, que generalmente son las parejas de las encuestadas (84%), tienen ingresos de apenas 280 dólares al mes. Esto equivale a casi la séptima parte del ingreso per cápita de una familia de Brownsville. Por otro lado, algunas familias son grandes y comparten ciertos gastos de su economía con los demás parientes que habitan una misma casa. Otro dato relevante es que, a pesar de existir una proporción similar de mujeres casadas en ambas ciudades, en Brownsville se observa una participación menor de los hombres como jefes de hogar (54%), y una más alta definición de ellas cumpliendo tal rol (16%). Por el contrario, en Matamoros, en el 83.2 por ciento de los hogares, el jefe del hogar es el hombre. A pesar de estas diferencias importantes en cuanto a la composición y estructura del hogar, en Matamoros las mujeres que trabajan fuera del hogar son el doble de las que lo hacen en Brownsville. Esto es, en Matamoros el 37 por ciento de las encuestadas realiza labores extradomésticas frente al 15 por ciento de las mujeres de esta muestra en Brownsville (véase el cuadro 10).

Existe un mayor rezago en las condiciones de la vivienda y los servicios públicos a los que tienen acceso las mujeres entrevistadas en Matamoros respecto a las de Brownsville. Sin embargo, ellas tienen como característica común el tamaño de sus familias. En efecto, el número de los miembros por hogar asciende, en el conjunto de la muestra, a 3 o 4 en el 47 por ciento de los casos, y a 5 o 6 en el 33 por ciento. Las mujeres residentes de Brownsville cuentan con un número mayor de servicios públicos; por ejemplo, el 100 por ciento de ellas cuenta con electricidad, el 88 por ciento con pavimentación, el 88 por ciento con teléfono, el 44 por ciento tiene aire acondicionado y el 73 por ciento posee un automóvil familiar.³⁸ Llama la atención que únicamente el 43 por ciento de las mujeres encuestadas declararon que las casas que habitan son de propiedad privada, lo que sería indicador de una economía menos consolidada. En una situación más desfavorable se encuentran las viviendas que habitan las familias mexicanas, ya que la mayor proporción de ellas ocupa casas rentadas, de 3 o 4 habitaciones, con menor cobertura de servicios. El único servicio con el que cuentan casi todos los hogares es la energía eléctrica (95.4%). Poco más de la mitad de las viviendas tienen acceso a

³⁸ Dado que la región del Río Bravo tiene características climatológicas extremas, el uso de carro y de aire acondicionado son sinónimos de un nivel de vida aceptable.

CUADRO 10. *Condiciones socioeconómicas de las usuarias de servicios médicos en la región Matamoros-Brownsville.*

<i>Característica</i>	<i>Brownsville</i> %	<i>Matamoros</i> %
Jefe de Hogar		
Ella	16	2.0
La pareja	54	83.1
Padre/Madre	10	5.0
Otro pariente	13	2.0
No pariente	5	6.9
n.e.*	2	1.0
	100	100
Vivienda		
Casa	58	76.2
Departamento	26	11.9
Vecindad	0	11.9
Casa móvil	16	0.0
	100	100
Tipo de vivienda		
Propia	43	37.6
Rentada	27	46.5
De familiar	28	14.9
Otro	2	1.0
	100	100
Número de cuartos		
1-2	10	37.6
3-4	29	45.5
5-6	39	12.8
7 o más	22	3.9
	100	100
Número de habitantes		
1-2	3	2.9
3-4	45	48.5
5-6	31	34.6
7 o más	21	12.8
Servicios		
Electricidad	100	95.4
Pavimentación	88	56.4
Teléfono	81	33.6
A/C toda casa	44	3.9
Carro familiar	73	51.4

*n.e. No especificado.

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

calles pavimentadas (56.4%). La mitad de las familias cuenta con vehículo propio para transportarse (51.4 %); sólo el 33.6 por ciento tiene teléfono, y el 4 por ciento cuenta con aire acondicionado central en su casa.

Principales servicios de salud utilizados

La demanda efectiva de los servicios de salud difiere no sólo por la cultura³⁹ que en ese sentido desarrollan los pueblos a través del tiempo sino por la accesibilidad de tales servicios y la forma en que éstos desarrollen su atención. Desde este punto de vista, la educación y la accesibilidad a las instituciones médicas juegan un papel importante para inducir una cultura del cuidado médico durante el embarazo y el puerperio. En Matamoros, la primera atención que reciben las mujeres —en las instituciones de gobierno—, se da a través del médico general (68.3%). El sistema de salud público mexicano determina que, dependiendo de las complicaciones que presente el embarazo, la paciente sea canalizada a los especialistas en una segunda etapa. En las instituciones de salud estudiadas en Matamoros, los servicios con mayor demanda son las pruebas para detectar el cáncer (82.2%) y el ultrasonido (78.2%). Por otro lado, realmente se observan pocas mujeres que practiquen ejercicios profilácticos, o que se practiquen pruebas para detectar enfermedades sexuales, lo que está asociado a una serie de conceptos muy tradicionales respecto a lo que implican los cuidados maternos en esta etapa, así como sobre los cuidados del cuerpo y la vida sexual. Incluso es sobresaliente que apenas el 30 por ciento haya mencionado haber recibido información sobre planificación familiar entre los cuidados a la salud anteriores al embarazo, sobre todo si se considera que el 70 por ciento de las instituciones médicas en esta ciudad habían declarado ofertar este servicio. Se aprecia entonces una comunicación poco fluida entre el paciente y el médico, para tener una comprensión de la salud reproductiva más amplia y ejercer una práctica médica que ofrezca mayores opciones y cuidados al paciente.

Entonces, parece claro que el uso de los servicios médicos orientados a la mujer se demanda en un grado más alto en Brownsville que en Matamoros. El nivel educativo de las mujeres en la primera ciudad es sin duda un determinante para que esto ocurra así, aunque también participa el funcionamiento específico de las

³⁹ Norma Ojeda (1999) ha definido este concepto como la comprensión que los pueblos desarrollan respecto a cómo conservar o recuperar la salud.

instituciones de salud. En efecto, es muy alto el porcentaje de las mujeres que recurre a las pruebas para detectar el cáncer (97%), como también lo es la proporción de residentes de Brownsville que solicitan estudios para detectar enfermedades sexuales (82%). Otros indicadores en el mismo sentido son el proceso de vigilancia sobre el desarrollo del embarazo (91%) y las consultas a especialistas (más frecuentes que las que se hacen con los médicos generales). El 33 por ciento de la muestra en Brownsville había acudido más de una vez al mes a consulta médica durante su embarazo (este era el mismo caso de únicamente el 8% de las mexicanas encuestadas). Por otro lado, el patrón de consultas a los profesionistas de la salud se manifestó de la siguiente manera: el 62 por ciento de las pacientes acudió con un ginecólogo, y sólo el 31 por ciento se presentó con médicos generales. Como se mencionó anteriormente, el esquema de consultas médicas en Matamoros es inverso al de Brownsville, pues la proporción de consultas a médicos generales es mayor (68%) que la de mujeres que consultan con un ginecólogo (47.5%) (véase el cuadro 11).

El uso de los seguros privados o la realización del pago directo de los usuarios de servicios médicos son prácticamente mínimos entre las usuarias de Brownsville.⁴⁰ De esta forma, se puede afirmar que los gastos generados por la atención de la maternidad fueron cubiertos o transferidos al presupuesto público a través de los programas del Medicaid y el Medicare (éstos fueron utilizados por el 87% de las encuestadas); por ello muchas mujeres no tuvieron que desembolsar de sus propios recursos para pagar la atención médica.

En el caso de México, el papel de las instituciones públicas de salud es determinante en la atención a la salud de las mujeres entre la población en general y la marginada en particular. En la muestra de Matamoros, los resultados indican que el 46 por ciento de las mujeres estaban aseguradas por el IMSS y el 19 por ciento por el ISSSTE. El 36 por ciento restante se divide entre las que acudieron a clínicas privadas y las que recibieron atención en el Hospital General de la ciudad, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por cuyo servicio se pide una cuota muy pequeña. Cabe señalar aquí, a propósito del reciente trabajo de Cruz Piñeiro (2001), que el servicio médico a las mujeres de clase trabajadora en Matamoros no parece tener en este momento su mejor cobertura. De acuerdo con este autor, las prestaciones médicas en el trabajo han disminuido entre las mujeres

⁴⁰ En 1992, el gobierno estadounidense destinó una sexta parte del presupuesto federal y una séptima del presupuesto de los estados al cuidado de la salud y a la investigación. De esta cantidad, tres cuartas partes se destinaron a los programas de Medicaid y Medicare (Drake, 1994, p. 4).

CUADRO 11. *Porcentaje de mujeres que reciben cuidados médicos durante el embarazo.*

<i>Característica</i>	<i>Brownsville</i> %	<i>Matamoros</i> %
Cuidado prenatal		
Control del embarazo	91	81.2
Ejercicios profilácticos	31	2.9
Ultrasonido	92	78.2
Enseñanza lactancia	58	35.6
Detección del cáncer	97	82.2
Planificación	46	29.7
Detección enfermedades sexuales	82	9.9
Ninguno	2	4.9
Especialista consultado		
Médico general	31	68.3
Ginecólogo	62	47.5
Gineco-obstetra	21	2.9
Nutriólogo	4	1.0
Otro	14	1.0
Ninguno	11	4.9
Sistema de seguridad utilizado para la atención médica		
Medicaid	64	-
Medicare	23	-
IMSS	-	45.5
ISSSTE	-	18.8
Otro	9	35.6
Ninguno	4	-
	100	100
Tipo de parto		
Normal	40	45.5
Cesárea	29	45.5
n.e.	31	8.9
	100	100

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

trabajadoras de los grandes establecimientos maquiladores de las ciudades fronterizas, incluyendo las de esta ciudad. Dicha situación es digna de considerar si a esto se añade que el ingreso real promedio se ha reducido y que ellas trabajan un número mayor de horas a la semana.⁴¹

Una situación que llama particularmente la atención en el cuadro 10, es la elevada proporción de cesáreas entre las mujeres atendidas en las instituciones de salud mexicanas (45.5%) con serias repercusiones sobre la vida reproductiva de

⁴¹ Rodolfo Cruz Piñeiro, 2001.

las pacientes. Como señala Susana Lerner (1994), una primera cesárea “definirá la trayectoria posterior, ya que la argumentación médica sostiene que después de una cesárea no es posible tener partos normales y se impone un máximo de tres cesáreas después de las cuales se sucede de forma lógica la operación definitiva”.⁴² Ya que la imposición de un límite al tamaño de la descendencia es fijado a priori a través de una lógica obstétrica que la autora llama “cesáreas-operación”, concluye que en el caso de su investigación, realizada en el estado de Morelos durante 1989 y 1991, la práctica médica se ejerce mediante esquemas impositivos y de no adhesión —sino de sumisión— por parte de la paciente. Otro elemento explicativo que puede estar presente en el alto número de cesáreas encontrado en las pacientes atendidas en Matamoros, es el hecho de que algunas compañías de seguros de gastos médicos mayores condicionan la oferta del servicio médico al parto. Es decir, el número de casos permitido (condicionado en el contrato establecido entre la aseguradora y la empresa) para que las trabajadoras beneficiadas tengan partos normales, es muy reducido y en cambio es ilimitado en cuanto se trata de cesáreas.⁴³

Así, la existencia de una sobre estimación de la cesárea sobre el parto normal como forma de alumbramiento y la aparente apatía de las mujeres de clase trabajadora para controlar médicamente su embarazo, revela un desfase entre la cultura popular de la salud y la de las instituciones en Matamoros. Respecto a las estrategias institucionales del IMSS encaminadas a estimular los cuidados del embarazo entre las mujeres trabajadoras, se sabe que se ha condicionado la expedición del permiso de incapacidad laboral al hecho de que las pacientes hayan acudido a consulta médica previamente por lo menos tres veces.⁴⁴ En la Secretaría de Salud se ha implementado un programa que ofrece la atención de parto gratuitamente a las pacientes que hayan acudido por lo menos cinco veces a atención médica durante su embarazo. Desde esta perspectiva sería factible pensar que si las pacientes carecen de un historial médico o presentan un expediente con escasa información, los médicos se inclinarían con más facilidad a la práctica de una cesárea que a un parto normal. Sin embargo, la alta proporción de éstos indica también una práctica obstétrica en donde prevalece la determinación médica

⁴² Lerner *et al.*, 1994.

⁴³ Contradiendo esta supuesta “facilidad” proporcionada a las trabajadoras que tienen estos seguros, difícilmente una mujer lo obtendrá en la atención a un segundo embarazo.

⁴⁴ Entrevista con Humberto Barrera.

sobre la forma que adquieren los nacimientos y cuestiona el grado de decisión que ejercen las mujeres sobre este aspecto.

Calidad humana de la atención médica

El análisis del uso de los servicios de salud ha llevado a algunos investigadores en México a considerar, del lado de la demanda, las condicionantes y percepciones que tienen tanto los usuarios directos como la población abierta. Esta perspectiva ha permitido identificar, por ejemplo, cuáles son los principales condicionantes del fenómeno de su subutilización⁴⁵ o de su elección. En 1994, la Fundación Mexicana de la Salud aplicó una encuesta para medir el grado de satisfacción de la población derechohabiente, determinando que la opinión del 24 por ciento de los usuarios era que los servicios “funcionaban mal” y que “las instituciones no los tratan como se merecen” (40%).⁴⁶

Independientemente de la sofisticación del tratamiento o de la tecnología médica que se utilizó para atender los problemas de la salud relacionados con la maternidad y la salud reproductiva, en esta sección se analizan las impresiones de las usuarias acerca de la atención de su salud y los principales determinantes para la elección de un servicio específico. En este sentido, el cuestionario aplicado indagó asuntos relacionados con la calidad del servicio, el trato humano que recibieron, la cercanía espacial de la institución de salud (desde su domicilio), las recomendaciones que recibieron de otras personas para elegir el servicio y el costo del mismo.

Las opiniones de las mujeres encuestadas respecto al trato humano y la calidad del servicio recibido resultaron bastante cercanas en ambas ciudades, aunque en términos relativos existe una mejor opinión acerca de la atención brindada en las instituciones médicas de Brownsville que en las de Matamoros. Entre varias opciones que se les presentaron a las mujeres encuestadas para definir dicho trato, la que obtuvo más respuestas señala que “fueron atendidas con amabilidad y respeto”⁴⁷ por el personal médico y de apoyo (89% en Brownsville y 87% en Matamoros). Esta opinión es sobresaliente en el caso de las usuarias mexica-

⁴⁵ Norma Ojeda, 1999.

⁴⁶ Flores, 1997.

⁴⁷ Las categorías fueron creadas por las autoras para no dejar preguntas abiertas en el cuestionario; de esta forma se establecieron opciones que representaran las percepciones más generales.

nas atendidas prioritariamente en instituciones de salud pública, y parece corresponder a un consenso de la población matamorenses,⁴⁸ ya que este factor fue un determinante importante en la elección del servicio de salud en esta ciudad. En este sentido, se aprecia una escasa actitud crítica por parte de las pacientes mexicanas que delegan la responsabilidad de su salud en los profesionistas de este ramo.

Los determinantes para elegir un servicio (véase cuadro 12) difieren entre las usuarias de una y otra ciudad, estableciendo dos dinámicas entre la población femenina. Destaca en primer lugar que para las mujeres radicadas en Matamoros, el costo del servicio es el elemento prioritario para acudir a un centro hospitalario; esta opinión parece bastante importante para el 47 por ciento de ellas, lo que sugiere una situación de pobreza como principal condicionante del tipo de servicio al cual se accede. En segundo lugar mencionaron que era muy importante recibir un trato humano respetable y que tuviera calidad el servicio. En el caso de las usuarias de los servicios médicos en Brownsville, el costo del servicio ocupa el último lugar en los determinantes para elegirlo, es decir, para ellas este factor no constituye una preocupación, pues la existencia de los seguros públicos delega de la responsabilidad del pago. Los determinantes más importantes para ellas tienen un carácter más pragmático y son fundamentalmente tres: la cercanía espacial del hospital o clínica (respecto a su domicilio), las recomendaciones de conocidos o familiares y la calidad del servicio.

Como se ha dicho, la calificación que las usuarias dieron a la calidad del servicio recibido fue de bueno en una alta proporción (88% entre las pacientes de Brownsville y 72% entre las de Matamoros). Un segundo grupo de usuarias indicó que los servicios eran regulares, pero casi nadie dijo que fueran malos. Llama la atención que 51 pacientes en Brownsville hayan emitido una respuesta favorable para la atención médica en el lado mexicano, lo que indica una alta probabilidad de que los hayan utilizado en el pasado. En términos comparativos, sin embargo, las mujeres radicadas en Matamoros manifestaron una mejor opinión de la atención médica que se ofrece en esta ciudad. En efecto, aunque quizás muchas de las mujeres no hayan accedido a otro tipo de servicio diferente al público, y por tanto no tienen otro referente, piensan que el servicio médico es muy bueno en México y además que es barato. Aún así, el 16 por ciento de ellas manifesta-

⁴⁸ La pregunta que se hizo en el cuestionario fue: ¿Cómo se enteró de los servicios que presta esta clínica u hospital? La opción "referencias de vecinos, parientes o amigos", fue la más importante en Brownsville, mientras que en Matamoros obtuvo el segundo lugar. En términos porcentuales, tales respuestas abarcaron al 43 por ciento y al 39 por ciento.

CUADRO 12. *Calidad de la atención humana. Porcentaje de mujeres usuarias de instituciones médicas de Brownsville y Matamoros.*

	Brownsville %	Matamoros %
Determinantes de su elección		
Calidad del servicio	36	28
Costo del servicio	17	47
Trato humano	34	30
Cercanía	40	14
Recomendaciones	38	26
Considera que los servicios ofrecidos a la mujer son:		
Buenos	88	72
Regulares	12	26
Malos	0	1
¿Cómo califica la atención médica en México?		
Muy buena	18	39
Regular	33	30
Mala	8	3
Barata	5	2
No sabe	18	2

FUENTE: Encuesta sobre Servicios Médicos en Hospitales y Clínicas de la Región Matamoros-Brownsville, El Colef, 1999.

Nota: Entre los determinantes de su elección, se consideraron sólo las respuestas que calificaron a tales opciones como "Muy importantes". Por esta razón, los porcentajes que aparecen en esta columna no suman 100.

ron que habían considerado cruzar la frontera para recibir la atención en "el otro lado".⁴⁹

CONCLUSIONES

Con este estudio de caso basado en encuestas, se logró avanzar en el conocimiento de las peculiaridades de los servicios médicos relacionados con la maternidad y el parto en un punto de la frontera entre México y Estados Unidos. Estas peculiaridades se detectaron del lado de la oferta y del de la demanda de dichos servicios médicos.

⁴⁹ Término coloquial para referirse al país vecino.

En cuanto a la oferta se encontró una amplia cobertura de los sistemas de salud en la ciudad estadounidense de Brownsville y un buen nivel de eficiencia. La atención a la salud reproductiva de la mujer en los centros de salud comprende una mayor variedad de servicios médicos que en Matamoros, pero al mismo tiempo se detectó una población fuertemente dependiente de los programas federales de subsidios para gente pobre en aquella ciudad. En ese sentido, el estudio indica que las mujeres que acceden a los servicios de maternidad en Brownsville pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos que en el resto de Estados Unidos, y por tanto, tienden a converger con la población de la ciudad mexicana de Matamoros.

Por otro lado, en Matamoros hay un mayor grado de especialización médica (el área de pediatría, en particular, ofrece una ventaja competitiva de los servicios médicos matamorenses respecto a los de Brownsville). Las credenciales de los especialistas de la salud en el lado matamorenses indican que brindarían una atención más integral a la salud materno-infantil, por institución médica. Además, las tarifas de los servicios y los precios de los medicamentos son menores que en Brownsville. Ello induce a que un grupo de mujeres fronterizas, en el lado estadounidense, elija los servicios médicos y los medicamentos del lado mexicano durante su embarazo y seguramente en el postparto. Puesto que las referencias positivas emitidas por el sector de las pacientes en Brownsville acerca de los servicios médicos proporcionados en Matamoros corresponden a los servicios proporcionados por las clínicas cuyo origen de capital es privado, se aprecia un mercado de servicios médico segmentado.

Considerando que las pacientes mexicanas entrevistadas se expresaron en los mejores términos de los servicios recibidos, cabe pensar que la segmentación de las instituciones de salud no llega a implicar deficiencias graves en los hospitales públicos matamorenses. Tales percepciones parecen incluso ser comunes en el medio social en el que se desenvuelven. En este sentido, queda de manifiesto una amplia aceptación de las residentes mexicanas fronterizas de los servicios de salud que prestan las instituciones públicas. A pesar de ésto, siguen apareciendo manifestaciones de algunas mujeres mexicanas que se plantean la expectativa de cruzar hacia Estados Unidos para dar a luz (16%), lo cual rebasa el sentido de la demanda de un servicio médico en sí.

El estudio también revela que hay algunos renglones en los cuales la cobertura del servicio de salud a la mujer en Matamoros es insuficiente. Llama la atención,

por ejemplo, que a pesar de tratarse de un grupo controlado por los servicios médicos (puesto que son mujeres que recién tuvieron a su bebé), sólo el 86 por ciento se haya realizado pruebas de cáncer, pues por tratarse de una de las principales causas de mortalidad en México sería deseable que cubriera el total de estas pacientes. Otras áreas donde se observa un cuidado relativamente pobre en Matamoros son la del control del embarazo (pues, como se dijo, el 20% de la muestra sólo acudió al médico de una a tres veces durante este lapso) y la de planificación familiar (utilizada sólo por el 40% de las usuarias). En esta última área médica se observa que los embarazos entre adolescentes de Matamoros se presentan con una frecuencia más alta respecto al mismo grupo de edad en Brownsville, lo cual constituiría un punto de atención especial por parte de las autoridades públicas que ofrecen atención en este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Albro, Katherine y Norton Kindra, "Cross-Border in Medical Practice", en David Warner (Project Director), *NAFTA and Trade in Medical Services between the US and Mexico*, University of Texas at Austin, 1997.
- Asociación de Salud Fronteriza México-EUA, "Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos y atención materna en la zona fronteriza México-EUA", octubre de 1981.
- Brown, Richard, Roberta Wyn, Hongjian Yu, Abel Valenzuela y Liane Dong, "Access to Health Insurance and Health Care for Mexican American Children in Immigrant Families", en Marcelo Suárez Orozco (ed.), *Crossings: Mexican Immigration in Interdisciplinary Perspectives*, Cambridge, Harvard University Press, 1998, pp. 225-249.
- Cruz Piñeiro, Rodolfo, "El empleo femenino y los mercados laborales en la frontera norte de México durante la década de los noventa", en Esperanza Tuñón Pablos (coord.), *Mujeres en las fronteras: Trabajo, salud y migración*, México, El Colef/Ecosur/El Colegio de Sonora/Plaza y Valdés Editores, 2001.
- Drake, David, "History, Reform, and the Health Care Market", en *Reforming the Health Care Market*, George University Press, 1994.
- Figueroa, Guillermo, "Introducción", en *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, 1998.

- Flores, Efraín, "Los sistemas de servicios de salud en Estados Unidos, Canadá y México, ante los nuevos enlaces de la salud transnacional: análisis comparativo", en *Journal of Border Health*, vol. II, núm. 2, 1997.
- González, M., "Políticas de salud en México con especial referencia a las poblaciones que migran entre México y Estados Unidos", en *Revista de Salud Fronteriza*, vol. II, núm. 4, 1997, pp. 24-33.
- Guendelman, Sylvia, "Health Care Users Residing on the Mexican Border", en *Medical Care*, vol. 29, núm. 5, 1991.
- , "Cross Border Utilization of Health Services: the Case of Tijuana Residents", en *Journal of Border Health*, vol. vii, núm. 4, Texas, 1991.
- y Monica Jasis, "Giving Birth Across the Border: the San Diego-Tijuana Connection", en *Soc. Sci. Med.*, vol. 34, núm. 4, 1992.
- Henry, Ann E., "Texas-Mexico Border Area Migration for Acute Care Hospital Admission", (Working Paper, 22), Texas, LBJ School of Public Affairs/University of Texas at Austin, 1993.
- Langer, Ana y Rafael Lozano, "La condición de la mujer y la salud", en Juan Guillermo Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, 1998.
- Lauderdale G., Prince D., "Utilization of Health Care Services in the United States by Mexican Residents", en Redd K. Warner D., *Health Care Across the Border*, Mexican Policy Studies Program Policy Report, 4, Texas, Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, 1993.
- Lerner Susana, André Quesnet y Mariana Yañes, "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales", en *Estudios Demográficos y Urbanos* vol. 9, núm. 3, septiembre-diciembre de 1994.
- Ojeda, Norma (coord.), *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, 1999.
- Ortner, Sherry y Whitehead, "Indagaciones acerca de los significados sexuales", en Martha Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG-UNAM/Miguel Ángel Porrúa, 1997.
- Ruiz, Olivia, "A Tijuana: las visitas transfronterizas como estrategias femeninas de reproducción social", en Soledad González (coord.), *Mujeres, migración y maquila en la frontera norte*, México, El Colegio de la Frontera Norte/El Colegio de México, 1995.
- Spector, Rachel, "The Utilization of Parteras as a Source of Ma-

ternal/Child/Health Care Along the U.S./Mexico Border”, (Working Paper, 23), Texas, University of Texas at Austin/LBJ School of Public Affairs, 1983.

Vásquez, Belem y Elizabeth Cueva, “El factor educativo dentro de las expectativas de ingreso al mercado de trabajo internacional”, en Peter Ward, *Final Report: Reducing Vulnerability Among Families in the Mexico and U.S. Border Region*, Texas, University of Texas at Austin, 1999.

Welti Chanes, Carlos, *La fecundidad en México*, México, INEGI-IIS/UNAM, 1994.