6. DIVERGENCIAS EN LA OFERTA Y EL USO DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD EN LA FRONTERA MATAMOROS-BROWNSVILLE[1]

*Belem I. Vásquez Galán**
*Teresa Elizabeth Cueva Luna***

[1]Trabajo presentado en el Seminario Fenómenos Sociales y Urbanos Transfronterizos, Nuevo Laredo, Tamaulipas, el 28 de agosto de 2007.

*Investigadora de El Colegio de la Frontera Norte, Oficina Regional de Monterrey. Dirección electrónica: belem@colef.mx

**Investigadora de El Colegio de la Frontera Norte, Oficina Regional de Matamoros. Dirección electrónica: tecueva@colef.mx

Introducción

La dinámica de la oferta y demanda de servicios de salud en la frontera de México con Estados Unidos refleja diferencias sociales y económicas que existen entre la población de usuarias. Los niveles de ingresos y de educación parecen desempeñar un papel relevante en la cultura de cuidado de la salud en dos poblaciones de mujeres que comparten espacios geográficos muy cercanos. Es decir, a pesar de esta cercanía geográfica y cultural, las mujeres de uno y otro lado de la frontera parecen asimilar la maternidad y su cuidado de manera distinta, lo que nos lleva a preguntarnos si esto está relacionado con la oferta de hospitales y clínicas de salud, con la calidad del servicio médico, con el trato percibido por parte de las usuarias o, quizá, con las características socioeconómicas de las mujeres.

Este artículo contiene información de dos encuestas aplicadas en 1999 por las autoras en la región Matamoros-Brownsville, las cuales abordan la problemática del uso y la oferta de servicios médicos a la mujer, con énfasis en la atención perinatal. En dichas encuestas se capturan las dinámicas sociodemográficas y las condiciones institucionales del área de la salud en ambos lados de esta frontera. Asimismo, se trata de identificar el grado de cultura de la salud de la población y así deducir la eficacia de los programas gubernamentales para prevenir complicaciones durante el embarazo.

El cuidado del embarazo y la cultura de la salud en la frontera Matamoros-Brownsville se analizan en una doble dimensión. Por

fenomenos sociales_06.indd 189 28/1/10 12:58:38

un lado, se describe la problemática de la oferta del servicio y sus costos mediante un análisis comparativo sobre la atención que reciben las mujeres en clínicas y hospitales de Matamoros, Tamaulipas y Brownsville, Texas. Por el otro, se estudia el tipo de demanda específica que se plantean las usuarias en uno y otro lado de la frontera.

Datos de 2001 muestran que la mayor parte de los nacimientos en Texas ocurrió entre la población hispana (y latina). En el cuadro 1 se observa que aunque Brownsville es una ciudad pequeña, su población hispana o de origen mexicano es relativamente alta y por eso hay un alto porcentaje de nacimientos hispanos (alrededor de 97 % del total).

Cuadro 1. Número de nacimientos por raza en Texas, 2001

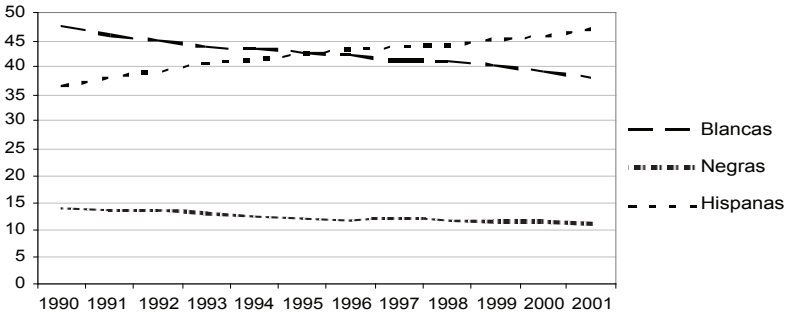
	Texas	*Blanca*	*Negra*	*Hispana*
Total	365 092	139 351	40 602	171 790
Brownsville	4 550	117	3	4 430

Fuente: Texas Department of State Health Services, *Vital Statistics*, 2001.

La información proporcionada por el Departamento de Salud de Texas, con datos de 2001, 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. Los datos disponibles para el período de 1990 a 2001 confirman una disminución anual en el número de nacimientos por mujeres blancas, frente a un comportamiento opuesto de los nacimientos por mujeres hispanas en Texas. La convergencia de estas tendencias opuestas ha contribuido a la supremacía de los nacimientos hispanos en el último año. Por ejemplo, en la gráfica 1 se observa que mientras en 1990 los nacimientos por mujeres blancas representaron 47.6 por ciento

del total, esta participación disminuyó a 38.2 por ciento en 2001. En el mismo período, el número de nacimientos por hispanas pasó de 36.5 a 47.1 por ciento. Según la información del Departamento de Salud de Texas, la participación de los nacimientos por mujeres negras sigue siendo baja, incluso disminuyó de 13.7 por ciento en 1990 a 11.1 por ciento en 2001.

Gráfica 1. Nacimientos en Texas según raza, 1990-2001
(Porcentajes)



Fuente: Texas Department of State Health Services, *Vital Statistics*, 2001.

Por otro lado, los nacimientos en Matamoros de 1999 a 2000 fueron 12 175, lo que representó 17 por ciento del total estatal (cuadro 2). Esta cifra está muy por arriba de la participación que tuvo Brownsville en el total estatal en 2001 (1.2 %), y aunque la población en Matamoros fue casi cuatro veces mayor a la de Brownsville en 2000, esto nos da una idea de las mayores tasas de natalidad en el lado mexicano.

El porcentaje del gasto público no difiere significativamente entre los dos países; por ejemplo, en México abarca 57 por ciento del gasto total mientras que en Estados Unidos equivale al 43 por ciento (Flores, 1997). Sin embargo, la regulación del sistema en México está mucho más dirigida por el Estado que en Estados Unidos, país

donde la regulación parece provenir de las fuerzas del mercado y, en gran medida, del diseño de los seguros médicos, lo que teóricamente habría de resultar en un mejor cuidado de la salud de sus habitantes (Drake, 1994). Este modelo ha logrado impulsar el desarrollo científico y tecnológico puesto al servicio de la salud que posiciona a Estados Unios entre los países con mejor infraestructura de salud a escala mundial, sin embargo, como contraparte, arroja también una situación de encarecimiento del servicio y, desde 1989, una tendencia decreciente en el acceso de nuevos miembros. Así, el número de personas sin seguro se ha incrementado más rápido que el de aquellos que se adscriben a él. En un estudio sobre el acceso a la salud de familias inmigrantes, Brown *et al*. (1998) determinaron que la principal razón que adujeron los no asegurados fue el alto costo que implica hacerse miembro de este sistema.

Cuadro 2. Nacimientos de hijos vivos en Tamaulipas
(Enero de 1999-febrero de 2000)

Total en Tamaulipas	71 449
Matamoros	12 175

Fuente: INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.

En el caso estadounidense, las ineficiencias del sistema relacionadas con la cobertura del servicio se politizan al orientarse hacia el uso de programas de atención a los sectores más desprotegidos, como el Medicaid y el Medicare.[2] En este sentido, Estados Unidos ha manejado con cierta alarma el acceso de mexicanos residentes en el lado sur de su frontera que estarían haciendo uso de este presupuesto

[2]El Medicaid es un programa para personas en extrema necesidad, mientras que el Medicare está dirigido a la atención a la salud de personas de más de 65 años e incapacitados. Los costos de estos seguros públicos son absorbidos por el Estado.

federal. Esta situación ha llevado a que, bajo presiones políticas, el gobierno introdujera recientemente cambios para restringir el acceso a este servicio. Desde julio de 2006, la ley federal establece la presentación obligatoria de documentación para comprobar la ciudadanía estadounidense y recibir así los beneficios del programa Medicaid (The Henry J. Kaiser Foundation, 2007).

Guendelman (1991a) y otros autores han dado cuenta de que es necesario establecer una distinción entre los usuarios del servicio médico provenientes de México, pues ellos no se desenvuelven bajo un comportamiento homogéneo. La evidencia descubierta entre familias migrantes respecto al acceso al seguro médico muestra que éste está básicamente determinado por el empleo (Brown *et al.*, 1998:232). Es decir, residentes mexicanos con un empleo en Estados Unidos tienen mayor posibilidad de contar con un seguro en ese país. Es interesante 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 3 veces más que el bajo" (Guendelman, 1991b:5). Esto sugiere que el factor socioeconómico desempeña un papel importante en predecir la entrada a Estados Unidos con fines de cuidados a la salud. Es decir, contrario a la percepción popular, quienes tienen acceso al seguro médico de Estados Unidos no son los migrantes mexicanos de bajos ingresos, sino la población con un estatus socioeconómico mayor al promedio.

Metodología

Para la recolección de la información se diseñaron dos cuestionarios: uno dirigido a los hospitales y clínicas de la región, y otro aplicado a las usuarias de estos servicios. El cuestionario dirigido a los servicios médicos de maternidad recabó información sobre el personal médico especializado y de apoyo, la atención prenatal, la atención de parto y

cuidados posnatales, los servicios de planificación y salud reproductiva y los costos de la atención médica. La muestra fue seleccionada del total de clínicas y hospitales públicos y privados existentes en Matamoros y Brownsville en 1999. Mediante un muestreo no probabilístico se eligieron instituciones con representatividad proporcional del sector (que fueran públicas y privadas) y de la población (que atendieran a la mayor cantidad de usuarios). La muestra en Matamoros quedó integrada por 14 hospitales y clínicas, que representan 33.3 por ciento del total de las instituciones dedicadas, entre otras cosas, a la atención a la mujer. En Brownsville se aplicaron las encuestas a los dos hospitales ubicados en la ciudad: el Valley Regional Hospital y el Brownsville Medical Center, que son los únicos que proveen el servicio médico de parto. Estos hospitales son privados, sin embargo, al estar regulados por el sistema de salud de Estados Unidos, aceptan pacientes que cuentan con seguros pagados con recursos públicos (como el Medicaid), y en el caso del Valley Regional Hospital otorgan descuentos a pacientes que no cuentan con el Medicaid pero perciben ingresos inferiores al 200 por ciento del nivel de pobreza federal. En el caso de las clínicas, se aplica el mismo principio: atienden a pacientes con seguros privados y públicos –sin embargo, sólo tienen competencia para atender el cuidado de la maternidad en su etapa prenatal y posnatal–. La muestra en Browsnville se integró por 10 hospitales y clínicas que representan 30.3 por ciento de las instituciones de la ciudad.[3] En total, la muestra total en la región se conformó con 24 unidades médicas.

El cuestionario dirigido a las usuarias se aplicó a una muestra elegida de la población de pacientes de los hospitales y clínicas previamente encuestadas. El cuestionario recabó información sobre las características socioeconómicas, cuidado prenatal y posnatal, y tipo de seguro médico, entre otros datos. La selección de la muestra fue proporcional al número de usuarias atendidas por cada institución,

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

de esta forma, de un total de 101 entrevistas, la mayor parte se aplicó en el Hospital General de Matamoros, el IMSS y el ISSSTE. Para el caso de Brownsville, dado que sólo en el Brownsville Medical Center y en el Valley Regional Hospital se atienden partos, 50 por ciento de las entrevistas se aplicó en estos sitios. El resto (50 %) se aplicó en clínicas públicas y privadas a pacientes que recibían atención posparto. En total se aplicaron 100 entrevistas en Brownsville y 101 en Matamoros, con lo que la muestra de la región quedó integrada por 201 entrevistas a usuarias.

Resultados

Los siguientes resultados se dividen en cuatro secciones: primero se discute lo que se refiere a los recursos humanos; después, se describe los servicios de maternidad ofrecidos por estas clínicas y hospitales; enseguida se especifica los costos del parto; y por último se menciona las características y los cuidados del embarazo que tuvieron las usuarias en ambos lados de la frontera.

Recursos humanos

El primer acercamiento a las diferencias en las características de los servicios de salud que se proveen en la región Matamoros-Brownsville es el grado de especialización del personal médico y de apoyo que se encarga de atender a las usuarias en las tres etapas de la maternidad. El cuadro 3 muestra que, en promedio, existe un mayor número de personal (entre médicos, especialistas y enfermeras) por hospital/clínica en Brownsville (105.8) que en Matamoros (80.7). Lo que llama la atención es la gran diferencia en el promedio que existe de médicos generales y especialistas por unidad médica, pues en Brownsville es dos veces mayor que en Matamoros, aun cuando esta última ciudad atiende a un mayor número de pacientes.

El número de enfermeras en ambas ciudades es más o menos similar (entre 54 y 55 por unidad médica), aunque si consideramos la mayor demanda de servicios que se tiene en Matamoros, resulta relativamente menor a la oferta de que se dispone en Brownsville para su población.

Cuadro 3. Personal promedio por hospital o clínica, 1999

Tipo de personal	*Brownsville n=10*		*Matamoros n=14*	
	Total	*Promedio por unidad*	*Total*	*Promedio por unidad*
Médicos generales y especialistas	522	52.2	356	25.4
Enfermeras	536	53.6	775	55.3
Total	1 058	105.8	1 131	80.7

Fuente: Encuesta sobre servicios médicos en hospitales y clínicas de la región Matamoros-Brownsville (Vásquez y Cueva, 1999a).

En un grado mayor de especificidad, en Brownsville los especialistas con mayor presencia son los ginecoobstetras en todos los hospitales y clínicas, mientras que en Matamoros sólo se cuenta con ellos en 92.8 por ciento de las unidades médicas (cuadro 4). En segundo lugar se encuentran los pediatras, con una clara ventaja para Matamoros pues cuenta con una cobertura de 100 por ciento, lo que contrasta fuertemente con 40 por ciento de cobertura en Brownsville. Esta diferencia en cuanto a los pediatras es realmente significativa si consideramos la necesidad de contar con especialistas del cuidado del recién nacido en aquellas instituciones donde se atiende el parto y posparto, dado que existe siempre la posibilidad de que se presenten complicaciones con el producto.

Por otro lado, encontramos que el grado de especialización del personal abarca también a las enfermeras, pues en 50 por ciento

de las instituciones entrevistadas en Matamoros se cuenta con este tipo de personal, mientras que en Brownsville esta cifra es de 40 por ciento. Dados los esquemas de servicio que imperan en México, en los cuales las enfermeras permanecen durante más tiempo en la atención directa del enfermo, la tendencia a demandar este tipo de profesionistas por parte de las clínicas y hospitales es alentadora.

Cuadro 4. Cobertura de especialistas en cuidados materno-infantil, por hospital o clínica

	Brownsville %	*Matamoros* %
Ginecoobstetra	100	92.8
Pediatra	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 (Vásquez y Cueva, 1999a).

Una lectura conjunta de la cobertura de especialistas en cuidados materno-infantil muestra una clara ventaja en Matamoros en cuanto a la integrabilidad del servicio médico prestado a las mujeres, pues en promedio cuenta con una mayor participación del personal especializado en cada unidad de los centros clínicos y hospitalarios. Una de las explicaciones para la relativa disminución 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, donde sólo los hospitales proveen este servicio. Es decir, existen clínicas en las que generalmente el servicio a las mujeres comprende el período del embarazo y la fase posparto; de esta forma, una vez que se acerca la fecha para parir se les remite a alguno de los dos hospitales de la ciudad: el Brownsville Medical Center o el Valley Regional Hospital.

Esta situación ocasiona que no se requiera especialistas en las clínicas que atienden casos de pacientes con menor riesgo del embarazo.

Por el contrario, en Matamoros (y en general en todo el país) opera un sistema de salud en el cual las clínicas públicas o privadas no sólo ofrecen atención prenatal a las mujeres, sino también la atención del parto y posparto, por lo que cuentan con un mayor número de personal especializado que cubra las necesidades de atención médica. Este servicio en Matamoros (y posiblemente a lo largo de la frontera), por ser en parte de capital privado, es accesible sólo para un sector de la población mexicana y se mantiene en cierta forma por la demanda que ejercen tanto este grupo como los residentes de Estados Unidos. Por ejemplo, de la muestra de usuarias de Brownsville, 22.1 por ciento declaró haber utilizado los servicios de consulta médica y compra de medicamentos en el lado mexicano durante el embarazo. La mayor parte de ellas consultó a médicos generales (15.4 %) y a especialistas (7.7 %), y algunas adquirieron medicamentos y anticonceptivos (3.9 %).

Servicios de maternidad ofrecidos en Matamoros y Brownsville

Los cuidados prenatales para prevenir y tratar problemas con el feto, la detección de enfermedades de transmisión sexual, así como las pruebas de cáncer de la matriz, del pecho y otros, están muy generalizados entre las instituciones de salud de esta región fronteriza (cuadro 5), ya que estos servicios se cubren en 87.5 por ciento de las clínicas y hospitales de la región. Otros servicios como el de planificación familiar o los cuidados posparto tienen una cobertura menor.

Llama la atención que en Matamoros los servicios de maternidad –cuidados prenatales, planificación familiar, detección del cáncer y de enfermedades sexuales– se cubren en un menor número de instituciones que en Brownsville. Este hallazgo resulta inesperado consi-

Cuadro 5. Cobertura de cuidados prenatales y posparto en clínicas y hospitales de Matamoros y Brownsville

	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 de matriz	90	85.7	87.5
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	90	85.7	87.5

Fuente: Encuesta sobre servicios médicos en hospitales y clínicas de la región Matamoros-Brownsville (Vásquez y Cueva, 1999a).

derando que en Matamoros el grado de especialización del personal es mucho más alto. En este sentido, esperaríamos que se abarcara una mayor gama de atención materno-infantil. Los datos muestran que los esfuerzos del personal parecen concentrarse en aspectos relacionados al cuidado posparto (único rubro en el que Matamoros supera a Brownsville con una cobertura de 85.7 %). Es de notar que sólo en 71.4 por ciento de los centros médicos matamorenses se daban servicios sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, lo cual posiblemente está vinculado al hecho de que la mayor parte de la muestra está integrada por clínicas privadas. Al parecer, aspectos como la salud reproductiva y la planificación familiar son muchas veces considerados como asuntos de orden público cuya competencia se delega a la Secretaría de Salud puesto que los beneficios económicos obtenidos son relativamente bajos.[4]

[4]Muchas veces la planificación familiar otorgada por las instancias privadas se remite a la prescripción de medicamentos para prevenir el embarazo, más que a la orientación y educación.

En resumen, el desempeño del servicio de salud en ambas ciudades se distingue por dos aspectos: la alta calidad del personal y la amplia cobertura de servicios médicos para el cuidado de la maternidad. En relación con el primer aspecto, en Matamoros se nota mayor especialización del personal por unidad médica que atiende a las usuarias; sin embargo, es en Brownsville donde hay mayor cobertura de los servicios médicos en clínicas y hospitales que integran su sistema de salud. No obstante, estas diferencias no han acrecentado la movilidad de mujeres entre un país y otro, por lo que no es un asunto que alcance niveles alarmantes o afecte de manera grave la oferta de estas instituciones (Guendelman y Jasis, 1992). En muchos de esos casos, las mujeres aducen que dicha acción fue por el bienestar de sus hijos y no por ellas mismas. Es decir, la atención médica gratuita a través del Medicaid y su calidad no son un incentivo para cruzar al otro lado de la frontera; de hecho, muchas mujeres de esta región utilizan el servicio de las parteras (por el cual tienen que pagar ya que el Medicaid no lo cubre). Esto puede tener dos implicaciones: una, que efectivamente hay una desvaloración respecto a sí mismas frente al bienestar del hijo; y la otra es que se resta importancia al servicio médico porque implícitamente se le asigna al evento del parto una condición de "naturalidad" que lo aleja de una visión absolutamente medicalizada.

Costos de la atención del parto

La diferencia en los costos de la atención médica entre México y Estados Unidos es notoria, en parte por la forma en que está integrado el sistema de seguros que se encarga de retribuir a las instituciones. 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 de 1997, 60 por ciento de la población cuenta con un seguro privado, 27 por ciento utiliza los seguros públicos como el Medicaid y el Medicare, y 13 por ciento no cuenta con ningún tipo

de seguro. Por el contrario, en México 55 por ciento de la población cuenta con seguro público (IMSS o ISSSTE) y 45 por ciento de alguna manera tiene acceso a la asistencia pública que provee la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Hay que agregar que, según datos de 1994 (Albro y Norton, 1997), 36 por ciento de la población asegurada (generalmente de ingresos altos), aun contando con el seguro social público, elige el sistema de salud privado pues espera obtener mejor atención médica.

La información recabada con datos de 1999 muestra que el costo promedio de un parto normal en Matamoros era de 358 dólares y de 642 dólares[5] para cesárea, cifras que se elevan al aumentar el tiempo de internación y las complicaciones que surjan en el parto con la madre o con el hijo. En Brownsville, el mismo tipo de atención ascendía a 2 100 para parto normal y 3 976 dólares para cesárea para el mismo año.[6] Aquellas mujeres que por su estatus de ingresos bajos tienen acceso al servicio médico y se adhieren al Medicaid no pagan por el servicio. Aunque era predecible que existieran diferencias económicas entre los dos países, no se esperaba que éstas fueran tan marcadas. Por ejemplo, los datos indican que en Matamoros la mayoría de las clínicas y hospitales privados cobran entre 100 y 300 dólares para atender un parto normal (50 %), cuando en Brownsville todas las unidades medicas cobran arriba de 1 500 dólares. Es decir, el mismo tipo de servicio es cinco veces más caro en Estados Unidos.

También se encontró que en Matamoros, en promedio, las pacientes permanecen menos tiempo internadas que en Brownsville. Por ejemplo, en Matamoros una paciente que tuvo parto normal sin complicaciones tendrá una estancia de 24 horas o menos en 79 por ciento de los casos (comparado con 60 % de las pacientes en Brownsville). Lo mismo sucede con pacientes que dan a luz mediante cesárea, cuya estancia –en promedio de 2 a 3 días– será más prolongada

[5]La conversión peso-dólar se hizo utilizando el promedio del tipo de cambio de enero a septiembre de 1999 (9.58 pesos).

[6]Para obtener los promedios se omitieron las unidades que correspondían a hospitales públicos que no cobran por el servicio.

en Brownsville (100 % de los casos) que en Matamoros (43 %). Esta situación podría estar incidiendo en que los gastos médicos sean más elevados en Brownsville, pues una estancia más prolongada de la madre y de su hijo implica mayores gastos.

Vale la pena mencionar que en la región del bajo Río Bravo, que comprende a los condados de Cameron, Webb e Hidalgo, es muy común el uso de las parteras (*midwives*) por parte de la población mexicano-estadounidense, que mantiene esta tradición desde hace décadas, aunque la tendencia a nivel estatal ha venido decayendo por cuestiones regulatorias al ejercicio de esta práctica. En 1980, en el área de Brownsville, 48.5 por ciento de los nacimientos se efectuaron mediante la asistencia de parteras (Texas Department of Health Bureau of Vital Statistics, citado por Spector, 1983). Las parteras se describen como individuos reconocidos por la comunidad que se encargan de atender la labor del parto, dar recomendaciones durante el embarazo y dar 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 utilización de las parteras en muchos casos se explica por la existencia de mujeres que no tienen acceso a un sistema de seguridad público o privado, por la tradición de la sociedad, o simplemente porque (como una de ellas lo explica) las mujeres tienen más confianza en ellas y están dentro del contexto cultural y religioso de la madre. En términos de costos, las mujeres que deciden parir con una partera pagan entre 300 a 600 dólares (datos de 1999).

A pesar de las diferencias en cuanto a costos entre las dos ciudades, más de 90 por ciento de las pacientes en Brownsville mencionó que no consideraron parir del lado mexicano, mientras que 85 por ciento de las usuarias de Matamoros dijo que no consideraron en algún momento recibir la atención en el lado estadounidense. Estas respuestas sugieren que los propósitos para decidir dónde obtener el servicio médico tienen poca relación con los costos. La razón es que las residentes mexicanas podrían tener la opción de usar el Medicaid

(que es gratuito), mientras que para las residentes en Brownsville la compra y uso de los servicios médicos en México resulta relativamente barata. Estos resultados revelan que más bien intervienen elementos de otra naturaleza.

La cultura del cuidado de la salud

Tanto en una ciudad como en la otra, las características comunes que encontramos en muchas mujeres que recibieron atención de parto es que son originarias de la localidad y están desocupadas. A diferencia de Brownsville, donde 41 por ciento tiene educación media superior, se observa que las usuarias entrevistadas en Matamoros cuentan con un nivel educativo mucho más bajo (29.7 % con primaria y 28.7 % con secundaria), lo que puede estar vinculado a que existe una mayor proporción de jóvenes cuyas edades se ubican entre 15 y 20 años (23.8 %) y 21 y 25 años (31.7 %). Si bien es cierto que las mujeres de Brownsville tienen un nivel educativo mayor, muchas de ellas (37 %) tienen entre 26 y 30 años.

Sin duda, a diferencia de otros estudios, se observa un número significativo de mujeres con nacionalidad mexicana que utilizó los servicios médicos en Estados Unidos, este grupo representa 39 por ciento de la muestra. Si bien no se sabe con exactitud el estado migratorio de estas mujeres, se presume que podría haber algunos casos sin residencia legal. En estos casos los costos de la atención médica en que incurre esta población son transferidos a los programas públicos de asistencia como el Medicaid, pues al tratarse de una urgencia médica, una vez ingresadas al hospital no requieren presentar documentos de identificación que acrediten su residencia legal o ciudadanía estadounidense.

Los ingresos que perciben los jefes de familia, en su mayoría esposos de las usuarias en Matamoros (83 %), es de 2 700 pesos corrientes al mes. En Brownsville se observa una menor participación de los

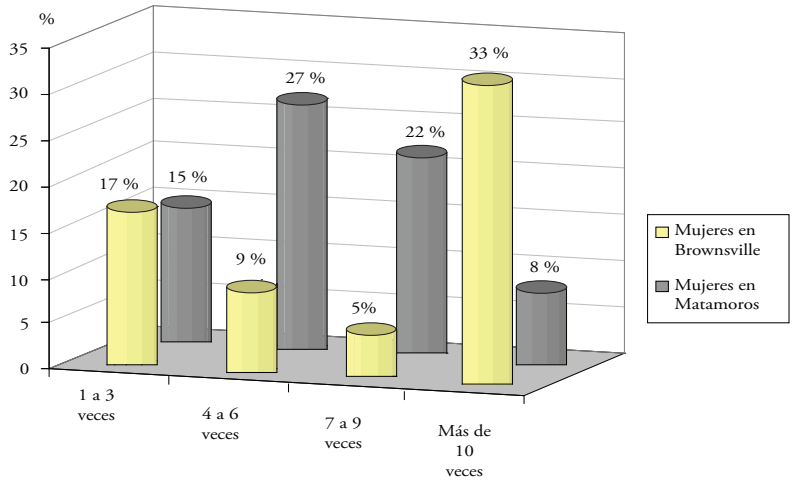
hombres como jefes de hogar (54 %), y aunque los ingresos están cotizados en dólares, la diferencia en términos relativos al promedio nacional es significativa. En promedio, el ingreso del jefe de familia alcanza alrededor de 1 900 dólares mensuales (datos de 1999). Sin embargo, hay que ser cautelosos con estos datos, ya que algunas de las mujeres encuestadas en Brownsville en realidad residían en el lado mexicano, por ello el promedio estadounidense resultó muy bajo.

Desde el momento en que una mujer se entera de que está embarazada requiere una evaluación médica para conducir su embarazo de tal forma que no se presenten complicaciones en el transcurso de éste. Haciendo un contraste entre las usuarias podemos ver que, en Matamoros, el hecho de que muchas mujeres reciban atención a través de las instituciones de gobierno conduce a que su primer contacto con un profesional sea el médico general (68.3 %), quien dependiendo de las complicaciones que puedan existir las canaliza a los especialistas. En las instituciones de salud, los servicios que más se demandan son las pruebas para detectar el cáncer (82.2 %) y el ultrasonido (78.2 %). Por otro lado, se observan pocas mujeres que lleven a cabo ejercicios profilácticos o que se sometan a pruebas para detectar enfermedades sexuales (cuadro 6). En Brownsville, las mujeres tienen niveles de educación más altos y acceso a instituciones privadas, lo que genera que un mayor porcentaje de ellas controle su embarazo (91 %) y se realice pruebas para detectar el cáncer (97 %) o enfermedades sexuales (82 %).

En este sentido, el papel de las instituciones públicas mexicanas es determinante para aumentar la participación activa de las mujeres en todo lo que tenga que ver con su maternidad, pues a partir de la promoción que se haga entre la población de mujeres más marginadas se tendrá conocimiento de la necesidad de mejorar las condiciones en que se desarrolla su embarazo. Esto ha conducido a que en las instituciones públicas surjan disposiciones que promueven la cultura del cuidado del embarazo. Por ejemplo, en Matamoros, en algunos casos las mujeres trabajadoras deben acudir por lo menos tres veces al médico para tener derecho a que se les otorgue la incapacidad médica

(Barrera, entrevista, 1999). En la gráfica 2 se presenta los porcentajes comparativos entre el número de veces que las usuarias fueron al médico durante el embarazo en ambas ciudades.

Gráfica 2. Número de visitas médicas



Fuente: Encuesta sobre servicios médicos en hospitales y clínicas de la región Matamoros-Brownsville (Vásquez y Cueva, 1999a).

Es claro que la mayoría de las mujeres en Matamoros acudió un menor número de veces, entre siete y nueve (27 %), que las usuarias en Brownsville, donde la mayoría acudió más de 10 veces (33 %). Sin embargo, también en esta última ciudad se encontró ligeramente una mayor cantidad de casos en los que algunas mujeres dijeron haber ido entre una y tres veces.

Como ya se dijo, las consultas a especialistas están bastante generalizadas entre la población de Estados Unidos que tiene acceso al sistema de salud; esta tendencia se ve reflejada también en Brownsville, donde 62 por ciento de las pacientes acudió con un ginecólogo y sólo 31 por ciento con médicos generales, mientras que en Matamoros esta proporción se encuentra totalmente revertida (cuadro 6).

La participación de los seguros privados o del pago directo para liquidar los costos es prácticamente mínima a pesar de que en la muestra consideramos a un mayor número de clínicas y hospitales de capital privado. De esta forma, podemos decir que la gran parte de los gastos generados para atender la maternidad fueron cubiertos o transferidos al presupuesto público, en el caso de Matamoros, por el IMSS (46 %) y el ISSSTE (19 %), y en Brownsville por el Medicaid (87 %).

Cuadro 6. Cuidados médicos recibidos durante el embarazo

	Brownsville		*Matamoros*	
	Abs.	*%*	*Abs.*	*%*
Cuidado prenatal				
Control del embarazo	91	91	82	81.2
Ejercicios profilácticos	31	31	6	5.9
Ultrasonido	92	92	73	78.2
Enseñanza de lactancia	58	58	36	35.6
Detección del cáncer	97	97	83	82.2
Planificación familiar	46	46	30	29.7
Detección ETS*	82	82	10	9.9
Ninguno	2	2	5	4.9
Especialista consultado				
Médico general	31	31	69	68.3
Ginecólogo	62	62	48	47.5
Ginecoobstetra	21	21	3	2.9
Nutriólogo	4	4	1	1
Otro	14	14	1	1
Ninguno	11	11	5	4.9
Tipo de parto				
Normal	40	40	46	45.5
Cesárea	29	29	46	45.5
No especificado	31	31	9	8.9

*Enfermedades de transmisión sexual.
Fuente: Encuesta sobre servicios médicos en hospitales y clínicas de la región Matamoros-Brownsville (Vásquez y Cueva, 1999a).

Por último, en la encuesta también se preguntó a las usuarias acerca de cómo habían percibido la calidad del servicio y el trato del personal médico y enfermeras. En general, existe una mejor opinión sobre los servicios prestados en México por parte de las mexicanas que por parte de las residentes de Brownsville. Pocas mujeres de esta ciudad opinan que el servicio fue "muy bueno". En mayor medida, las mujeres mexicanas piensan que fue muy bueno y barato, aunque si hubieran tenido la oportunidad de ingresar a un hospital del lado estadounidense algunas manifestaron que lo habrían hecho, como lo demuestra el hecho de que por lo menos 16 por ciento de ellas considerara en algún momento cruzar la frontera.

Conclusiones

Es innegable que dos espacios geográficos tan cercanos con diferencias económicas y sociales también reflejen diferencias en sus sistemas de salud, pero el objetivo de este estudio era no sólo evidenciar estas diferencias, sino conocer si las mujeres que habitan estas ciudades mostraban diferencias significativas en la cultura de cuidado del embarazo. La información obtenida nos permite identificar que aunque existen diferencias entre los sistemas de salud, sobre todo en términos monetarios, en el grado de especialización y en la cobertura de servicios a la maternidad, también existen diferencias que se reflejan con mayor intensidad en el tipo y la frecuencia del servicio médico demandado y en la actitud frente a la calidad del servicio y trato humano percibido por las usuarias. Así, aunque en Matamoros se cuenta con un amplio número de personal médico especializado y enfermeras, los servicios que se ofrecen están poco dirigidos a los cuidados prenatales y de anticoncepción, lo cual también se ve reflejado en una menor cultura de cuidado del embarazo de las usuarias en relación con su contraparte en el lado de Estados Unidos. Las instituciones en Brownsville muestran una mayor cobertura de los servicios al cuidado de la salud de la mujer que quizá esté relacionada

con la mayor frecuencia de demanda por parte de las usuarias, ya que estas mujeres visitan con frecuencia al médico durante el embarazo. La facilidad que representan los movimientos transfronterizos entre México y Estados Unidos ha estimulado que algunas mujeres, si bien no deciden parir en el otro país, busquen sacar provecho de las posibles ventajas, como la consulta a médicos o la compra de medicinas.

Aún falta profundizar y analizar las razones que generan estas diferencias significativas en los servicios y cuidado de la salud en ambas ciudades, sin embargo, esta exploración permite conocer la dinámica que existe en la región y sus posibles efectos en las políticas de gobierno.

Bibliografía

Albro, K. y K. Norton, "Cross-Border Collaboration in Medical Practice", en D. C. Warner (ed.), *NAFTA and Trade in Medical Services between the U. S. and Mexico*, Austin, University of Texas, 1997.

Barrera, Humberto [entrevista], médico general, Matamoros, 8 de noviembre de 1999.

Brown, R. *et al.*, "Access to Health Insurance and Health Care for Mexican American Children in Immigrant Families", en M. Suárez-Orozco (ed.), *Crossings: Mexican Immigration in Interdisciplinary Perspectives,* Cambridge, Harvard University Press, 1998.

Drake, D., *Reforming the Health Care Market,* Washington, D. C., Georgetown University Press, 1994.

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*, El Paso, vol. 2, núm. 2, 1997.

Guendelman, Silvia y M. Jasis, "Giving Birth across the Border: The San Diego-Tijuana Connection", en *Social Science and Medicine*, Oxford, Elsevier, vol. 34, núm. 4, 1992, pp. 419-425.

Guendelman, Silvia, "Health Care Users Residing on the Mexican Border", en *Medical Care*, Estados Unidos, Lippincott Williams & Wilkins, vol. 29, núm. 5, 1991a, pp. 419-429.

_____, "Cross Border Utilization of Health Services: The Case of Tijuana Residents", en *Journal of Border Health*, vol. 4, núm. 4, 1991b, pp. 3-18.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados básicos*, Aguascalientes, 2001.

Spector, R., *The Utilization of Parteras as a Source of Maternal/Child/Health Care along the U. S./Mexico Border*, Austin, University of Texas, 1983.

Texas Department of State Health Services, "2001 Texas Vital Statistics", <http://www.dshs.state.tx.us/CHS/VSTAT/vs01/data.shtm>, consultado el 5 de agosto de 2007.

The Henry J. Kaiser Foundation, "Citizenship Documentation Requirements in Medicaid, March 2007", <http://www.kff.org/medicaid/upload/7533-02.pdf>, consultado el 3 de septiembre de 2007.

Vásquez, Belem y Teresa E. Cueva, "Encuesta sobre servicios médicos en hospitales y clínicas de la región", en *Reporte final mujer madre en la frontera este méxico-americana*, Matamoros, El Colef, 1999a.

_____, "El factor educativo dentro de las expectativas de ingreso al mercado de trabajo internacional", en Peter Ward, *Final Report,* Austin, University of Texas, 1999b.

Fenómenos sociales y urbanos transfronterizos
entre México y Estados Unidos de Jesús Frausto Ortega (comp.)
se terminó de imprimir el 30 de diciembre de 2009
en Offset Rebosán, S. A. de C. V.,
Acueducto núm. 115, Col. Huipulco, Del. Tlalpan,
C. P. 14370, México, D. F.
Se tiraron 500 ejemplares. El cuidado de la edición
estuvo a cargo de la Coordinación de Publicaciones
de El Colegio de la Frontera Norte.

fenomenos sociales_06.indd 210 28/1/10 12:58:39