

Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso

Experiences of undocumented Mexican migrant women when accessing sexual and reproductive health services in California, USA: a case study

Experiências de mulheres mexicanas migrantes sem documentação na Califórnia, Estados Unidos, no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva: estudo de caso

Natalia Deeb-Sossa ¹
 Claudia Díaz Olavarrieta ²
 Clara Juárez-Ramírez ²
 Sandra G. García ³
 Aremis Villalobos ²

Abstract

This study focuses on the experience of Mexican women migrants in California, USA, with the use of formal health services for sexual and reproductive health issues. The authors used a qualitative interpretative approach with life histories, interviewing eight female users of healthcare services in California and seven key informants in Mexico and California. There were three main types of barriers to healthcare: immigration status, language, and gender. Participants reported long waiting times, discriminatory attitudes, and high cost of services. A combination of formal and informal healthcare services was common. The assessment of quality of care was closely related to undocumented immigration status. Social support networks are crucial to help solve healthcare issues. Quality of care should take intercultural health issues into account.

Reproductive Health; Quality of Health Care; Health Services; Emigrants and Immigrants

Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer la experiencia de mujeres mexicanas migrantes en California, Estados Unidos, en torno a la utilización de los servicios formales de salud para resolver problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva. El diseño fue cualitativo, con enfoque teórico metodológico de antropología interpretativa. Las técnicas utilizadas fueron historias de vida con mujeres usuarias de los servicios de salud en California y entrevistas breves con informantes clave. Se encontraron tres tipos de barreras principales para el acceso al sistema de salud: condición migratoria, idioma y género. Los tiempos de espera, actitudes discriminatorias y costo del servicio se expresaron como características que más incomodaron a las migrantes. La percepción de calidad de atención estuvo relacionada con la condición de ilegalidad migratoria. La red de apoyo tanto en México, como en California, colabora en la resolución de enfermedades. Se debe incorporar la perspectiva intercultural en los servicios.

Salud Reproductiva; Calidad de la Atención de Salud; Servicios de Salud; Emigrantes e Inmigrantes

¹ Chicano Studies Department, University of California, Davis, U.S.A.

² Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, México DF, México.

³ The Population Council, México DF, México.

Correspondencia

C. D. Olavarrieta
 Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
 7a Cerrada Fray Pedro de Gante # 50, México / Distrito Federal - 14000, México.
 colavarrieta@insp.mx

Introducción

Diversos estudios han documentado la situación de las mujeres mexicanas migrantes en Estados Unidos, en relación a los problemas a los que se enfrentan en el sistema sanitario de ese país en la búsqueda de atención a la salud^{1,2,3,4}. Cuando la condición migratoria es de ilegalidad, el problema se agrava, debido a que persiste el miedo a iniciativas de ley –como la 187– que prohibían el ingreso a los servicios públicos de personas ilegales y facultaba a los servidores públicos para denunciar a “sospechosos” de estar ilegalmente en Estados Unidos⁵.

Se sabe que la condición legal (estar indocumentada o no) es decisiva para el acceso a los servicios públicos de salud, el miedo a ser deportado pesa más que el temor a padecer una enfermedad grave, esto se ha documentado, por ejemplo, en la atención de enfermedades como el VIH/SIDA^{6,7}.

En el caso de la atención a la salud sexual y reproductiva, tema de interés en la investigación que aquí se reporta, además de la situación migratoria la condición cultural influye en las barreras que limitan el acceso al sistema institucional de atención a la salud en Estados Unidos^{8,9}. Por ello, en este documento la salud sexual y reproductiva se entiende desde una perspectiva amplia, que incluye para su estudio las prácticas culturales y los espacios sociales en los que se recrea, además de los aspectos biológicos. En este sentido, en las zonas rurales de México, se ha explorado, por ejemplo, cómo las barreras culturales relacionadas con las creencias sobre la salud sexual y reproductiva influyen en la mortalidad materna, afectan la historia reproductiva de las mujeres por abortos mal practicados y condicionan el número de hijos que tienen⁸.

Sabiendo el arraigo de esas prácticas en México, se diseñó una investigación bilateral que exploró diversos aspectos relacionados con mujeres de origen mexicano que migran hacia Estados Unidos, particularmente al estado de California, ya que se calcula que junto con el estado de Texas concentran el 39% de la migración latina indocumentada en Estados Unidos¹⁰.

Uno de los aspectos explorados estuvo orientado en conocer ¿cómo resuelven los problemas de salud sexual y reproductiva mujeres mexicanas migrantes? ¿A qué barreras se enfrentan para acceder a los servicios formales de salud? y si ¿mantienen las prácticas culturales de su país de origen estando en un país diferente?

Estas preguntas cobran relevancia desde diferentes ópticas. Del lado teórico, es importante abundar sobre cómo en un contexto de alta vulnerabilidad social, mujeres migrantes utilizan

diversas estrategias para atender su salud sexual y reproductiva, recreando elementos del lugar de origen que les permite no perder su identidad, lo cual ayuda a encontrarle *sentido* a su vida en otro país. Desde un punto de vista de la organización del sistema de salud, es relevante aportar información que contribuya a mejorar la calidad de la atención a la salud de mujeres migrantes, así como las posibilidades de abrir una nueva perspectiva en la atención que se les otorga.

Método

El objetivo de la investigación fue documentar mediante un estudio de caso en Yolo, condado de California, Estados Unidos, la experiencia de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas, en torno a la utilización de los servicios de salud para resolver problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

El diseño teórico-metodológico fue cualitativo-interpretativo^{11,12,13}. Se elaboraron *historias de vida*, siguiendo los supuestos de Daniel Bertaux, respecto al valor del *relato biográfico* para la comprensión de la subjetividad¹⁴.

La selección de los casos para elaborar las historias de vida representó un desafío metodológico, debido a la clandestinidad en la que viven las mujeres migrantes indocumentadas, lo cual es una situación que se sumó a la dificultad de abordar el tema de la vida sexual y reproductiva.

Considerando este contexto, el trabajo de campo se dividió en cuatro etapas.

En la primera, se capacitó a las personas que trabajarían recolectando información en el proyecto sobre aspectos éticos, necesarios para abordar temas como el de la migración clandestina. La segunda estuvo dedicada a realizar observación no participante en las clínicas y centros comunitarios en el condado de Yolo: *Planned Parenthood* en Sacramento y en Woodland; *The Davis Community Clinic* y el *Yolo Family Resource Center* en Woodland. Durante esta etapa también se identificaron *informantes clave* para ser entrevistados. En México, en el estado de Oaxaca (elegido por ser uno de los estados con más población migrante hacia Estados Unidos), participó una organización civil, identificando casos de profesionales formales y no formales de atención a la salud, que hubieran atendido a mujeres migrantes retornadas a sus localidades de origen por algún problema relacionado con su salud sexual y reproductiva. También se eligieron dos mujeres migrantes que estaban en tránsito en Oaxaca, esperando volver a California. En Yolo, se seleccionaron personas con una larga trayectoria en los servicios de apoyo a migrantes mexicanos,

reconocidas por éstos como estratégicas en la resolución de sus problemas de salud. En la tercera etapa se diseñaron, imprimieron y repartieron folletos informativos durante seis meses en las clínicas antes mencionadas en Estados Unidos, para invitar al estudio a mujeres migrantes que quisieran narrar su experiencia. Todas las mujeres que respondieron fueron entrevistadas de manera breve para identificar a los casos más representativos. Quienes no fueron seleccionadas para elaborar las historias de vida y necesitaban apoyo médico, se las canalizó a diversas organizaciones que atienden migrantes para recibir servicios gratuitos. En la cuarta etapa se elaboraron ocho *historias de vida*, el criterio principal para elegir los casos fue el tiempo de residencia en Estados Unidos de manera ilegal. Las historias de vida se efectuaron mediante encuentros repetidos de entrevistas, realizados en espacios físicos solicitados a las autoridades de los centros que colaboraron en la investigación, para garantizar el anonimato de las participantes.

Se elaboraron guías temáticas para orientar la obtención de datos de las historias de vida con las mujeres que fueron seleccionadas. Para las entrevistas con los informantes clave se elaboraron guías de preguntas semi-estructuradas. La observación no participante requirió de guías de ejes de análisis.

Todos los diálogos con las informantes se grabaron en audio, previo consentimiento informado. Se transcribieron de manera literal y se crearon archivos en procesador de texto. La información obtenida se analizó manualmente, siguiendo la técnica de *análisis del discurso*¹⁵. Se elaboraron matrices de datos por categoría temática y por tipo de informante.

Los datos se recogieron durante 2010. A las participantes se les garantizó el anonimato y la confidencialidad en la información que reportaron, siguiendo los aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos de la *Declaración de Helsinki*. El protocolo fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación de la Universidad de California en Davis, Estados Unidos.

Resultados

Se elaboraron ocho historias de vida (Tabla 1), la edad de las participantes osciló entre 20 y 45 años. Seis estaban casadas y dos eran solteras. Tres participantes tenían educación primaria y cinco secundaria. Dos habían vivido en Estados Unidos por 20 años o más, cuatro entre 10 y 19 años, y dos habían permanecido 10 años. Una de las participantes nació en Texas. Casi todas las participantes emigraron del centro de México.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las participantes.

Número de la entrevista	Edad	Número de hijos	Abortos	Estado civil	Lugar de nacimiento	Año de migración a los Estados Unidos	Escolaridad
C01	29	4 (1 nacido en México y 3 en los Estados Unidos)	1	Casada	Oaxaca, México	1997	Primaria incompleta
C02	34	1 (nacida en los Estados Unidos)	1 espontáneo; 1 embarazo ectópico	Casada	Jalisco, México	2000	Secundaria
C03	45	4 (1 México y 3 en los Estados Unidos)	0	Casada	Jalisco, México	1988	Secundaria
C04	20	1 (nacido en los Estados Unidos)	0	Casada	Michoacán, México	2000	Primaria
C05	34	0	0	Soltera	Jalisco, México	2004	Secundaria
C06	37	2 (nacidos en los Estados Unidos con discapacidad)	0	Casada	Morelos, México	1998	Secundaria
C08	32	2 (1 nacido en México y 1 nacido en los Estados Unidos); Embarazada	1 espontáneo	Casada	Guanajuato, México	2002	Primaria
C09	42	4 hijos	0	Separada	Michoacán, México	1989	Secundaria

Siete tenían al menos un hijo. Una de las participantes estaba embarazada en el momento de la entrevista. El motivo de la migración hacia Estados Unidos fue buscar mejores condiciones de vida familiar. Menos uno de los casos, todas migraron para reunirse con alguno de sus familiares que ya radicaba en Estados Unidos. Las informantes salieron y entraron a Estados Unidos de manera ilegal en repetidas ocasiones, regresaron a sus localidades de origen por diferentes motivos, entre los que destaca la atención de enfermedades de ellas, de algún familiar cercano o por motivos religiosos. La mayoría de las casadas encontraron su pareja viviendo en Estados Unidos.

Respecto a las informantes clave (Tabla 2), se eligieron siete, representativos del problema que interesaba documentar. Dos seleccionadas en Yolo y cinco en Oaxaca. Las de Estados Unidos eran profesionales egresadas de Estudios Chicanos y trabajaban como promotoras de salud, estableciendo vínculos formales entre las instituciones públicas estadounidenses y las familias migrantes con más necesidades de apoyo gubernamental. Dos de Oaxaca eran parteras reconocidas por su larga trayectoria. Otro, médico especialista en ginecología encargado del área de salud reproductiva del hospital general de Oaxaca. Dos más eran mujeres migrantes que se encontraban en Oaxaca esperando regresar a Estados Unidos.

Para atender su salud sexual y reproductiva, las informantes enfrentaron barreras relacionadas con su condición migratoria, con el idioma y de género.

Sobre la *condición migratoria*, debido a que todas eran ilegales, a pesar de haber estado radicadas entre 10 y 20 años en el estado de California, no conocían el funcionamiento del sistema de salud estadounidense. Por ello, acudían a demandar servicios de atención a la salud en lugares del condado de Yolo, en los cuales se sabía a través de la red de apoyo que se atendía migrantes indocumentados de manera gratuita. Para la atención al parto elegían ir a la “clínica comunitaria”, porque les proporcionaba mejor atención y había más personal de salud que hablaba español. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones en que se necesitaba un consejo relacionado con la salud, por ejemplo, el uso de métodos anticonceptivos, interrupciones del embarazo o enfermedades de transmisión sexual, la información provino de amigas, comadres y vecinas.

El *idioma* representó el obstáculo principal para comunicarse y utilizar los servicios de salud formales, ya que no solamente les impedía informarse sobre otros lugares a donde podían acudir a demandar el servicio, sino influía en su percepción respecto de la calidad de la atención médica recibida. Consideraban que el personal de salud que las atendía “medio entendían” español y no estaban seguras de que comprendieran sus dolencias, por ello, acudir a la clínica comunitaria no era su primera opción.

Al respecto, las informantes clave de Yolo señalaron que las clínicas que atienden personas indocumentadas, generalmente, contratan personal especializado y sensibilizado hacia la

Tabla 2

Informantes clave.

Lugar de nacimiento	Sexo	Edad	Estudios	Ocupación
California, Estados Unidos	Mujer	26	Licenciatura	Radica en Yolo, California. Trabaja informando a familias migrantes en California sobre los servicios que se proporcionan en la comunidad, específicamente en el tema de salud.
Jalisco, México (residente en Estados Unidos desde los 6 años)	Mujer	27	Maestría en Estudios Chicanos	Radica en Yolo, California. Trabaja informando a familias migrantes sobre servicios que se proporcionan en la comunidad en el tema de salud. Tramita peticiones al gobierno estadounidense de ayuda humanitaria.
Tlacolula, Oaxaca, México	Mujer	68	Primaria	Partera con larga trayectoria y reconocimiento local a su trabajo
México D.F.	Mujer	40	Licenciatura	Partera, líder de una organización de la sociedad civil que trabaja sobre derechos reproductivos.
Oaxaca, Oaxaca, México	Hombre	34	Especialidad en ginecología	Médico, ginecólogo especialista en el hospital general de Oaxaca.
Tlacolula, Oaxaca, México	Mujer	28	Primaria incompleta	En tránsito, en Oaxaca, esperando regresar a California y reunirse con su esposo, quien es migrante ilegal en California.
Ciudad de Oaxaca, México	Mujer	31	Primaria	Con larga experiencia de vida como migrante ilegal en California, se encontraba en Oaxaca, esperando regresar a reunirse con su familia.

atención a personas ilegales, sin embargo, la falta de comprensión del idioma y la ausencia de personal capacitado en asuntos de interculturalidad y salud, generan malos entendidos en la relación médico-paciente, los cuales se agrandan por el temor de las mujeres a ser identificadas como ilegales y eventualmente deportadas. Esto a pesar de no ser una práctica común en las clínicas y les evita acudir abiertamente a pedir apoyo médico (Tabla 3).

El temor a la deportación se agranda, porque los tiempos para ser atendidas son largos, es frecuente esperar entre dos y cuatro horas para la consulta médica. En las clínicas de atención gratuita existen traductores, pero es difícil encontrarlos desocupados, debido a la alta demanda de atención médica de personas de origen latino. Otra de las informantes clave, que hace consejería con familias migrantes, señaló que esto es un hecho frecuente. Producto de la observación no participante fue corroborar que, a pesar de

que exista personal de salud desocupado en la clínica, no se les atiende rápidamente. De hecho, cuando llegan no se les pregunta el motivo de la visita, las mujeres llegan, se sientan y esperan a que alguien les pregunte a qué van, son invisibles en la sala de espera. La falta de dominio del idioma dificulta transmitir incluso una emergencia obstétrica al personal de salud.

A los problemas sociales del acceso a los servicios de salud, se suman las *barreras de género* que se viven al interior del hogar. La cultura de género masculina se manifiesta fuera de México en eventos como estos, con frecuencia no les permitieron acudir a las consultas prenatales, puerperio, o para el control de su fecundidad. En esto se conjugaron varios aspectos: las creencias culturales de los varones respecto a cómo debe ser atendido un parto, el tema del uso de anticonceptivos y el temor a que la familia fuera identificada como ilegal. La violencia intrafamiliar también está presente, a pesar de que los servicios de las clínicas comunitarias en Yolo

Tabla 3

Cuadro comparativo de opiniones de los informantes clave sobre la atención a la salud sexual y reproductiva.

Tema	Proveedores informales: parteras	Proveedores formales: médico	Consejeras de familias de migrantes en Estados Unidos	Mujeres con experiencia de migración en Estados Unidos
Acceso a servicios formales e informales de salud	Las mujeres pueden ir a los hospitales si pertenecen al programa de ayuda social <i>Oportunidades</i> o <i>Seguro Popular</i> , esto facilita la atención del embarazo. Atiende a las mujeres que la buscan, ya sea en su casa o donde las mujeres decidan. Ellas van a las comunidades cuando solicitan su trabajo. Cuando hay complicaciones del embarazo, deben referir los casos a los hospitales, con el médico(a) que ya tienen acuerdos.	Las pacientes que atienden llegan referidas de los centros de salud del programa de ayuda social <i>Oportunidades</i> o <i>Seguro Popular</i> . La mayoría de casos que atienden en Oaxaca son de embarazos y abortos. Sabían que a pesar de la atención que otorgan en los hospitales, las mujeres también recurren a terapias de la medicina tradicional, porque es parte de su cultura.	Las mujeres migrantes prefieren seguir las recomendaciones de las personas cercanas para atender problemas derivados del embarazo. No les gusta ser atendidas por un médico hombre. La mayoría no sabe los diferentes tipos de servicios médicos gratuitos que se ofertan y tienen miedo del costo elevado de la atención a la salud en Estados Unidos.	Tiene Seguro Popular y reciben apoyo de programas sociales como <i>Oportunidades</i> . Acuden al centro de salud de su localidad para atenderse, para pedir información sobre métodos de planificación familiar y para los partos.

(continúa)

Tabla 3 (continuación)

Tema	Proveedores informales: parteras	Proveedores formales: médico	Consejeras de familias de migrantes en Estados Unidos	Mujeres con experiencia de migración en Estados Unidos
Satisfacción en la calidad de la atención	Acuden a pedir consulta mujeres de todo tipo de condición social. Consideran que a las mujeres les gusta que les pregunten si quieren parir acostadas o sentadas. Ellas las atienden como la mujer prefiera.	Consideran que los tiempos de espera son largos, se intenta hacer consulta por cita, pero esto todavía no funciona bien. Creen que el tiempo de espera es una de las quejas principales de las usuarias.	Consideran que el problema principal es el idioma, está relacionado con los largos tiempos de espera para ser atendidas, ya que deben esperar por un traductor o por el médico (a) que hable español, lo cual genera incomodidad en las mujeres, se sienten discriminadas.	Les gusta como son atendidas en los centros de salud. A veces tienen problemas por la lengua, los médicos (as) no hablan la lengua local y en los hospitales no hay traductores. Sin embargo, deben acudir a la misma clínica para mantener su "tarjeta de gratuidad".
	Mujeres que ha referido a clínicas de 2º nivel les han dicho que la atención es cara, debido a ello, prefieren optar por la atención de la partera. La atención que proporcionan parte del respeto al cuerpo de la mujer, tratan a sus usuarias con calidad humana.	Las mujeres que acuden al servicio tienen dificultades para ser atendidas, debido a la barrera del idioma, sin embargo, lo resuelven haciéndose acompañar por algún familiar que hable español, porque el hospital no cuenta con traductores.		
	Acuden a su servicio hasta que la mujer va a dar a luz. Después de nacido el bebé, dan información sobre métodos de Planificación Familiar. En comparación con la atención en el hospital, allí deben ir con frecuencia y les molesta que las "miren los doctores".	Existen más problemas en el primer nivel de atención, la calidad de la atención se cuida menos. La preeclampsia es una de las consecuencias principales del embarazo (en Oaxaca 70% de la mortalidad está asociada).		
	Consideran que a las mujeres les gusta ser escuchadas de problemas que tienen con sus maridos, encuentran con frecuencia casos de violencia intrafamiliar.	Las pacientes indígenas siguen mejor las indicaciones que las de zona urbana. Acuden regularmente a la consulta prenatal. Siete de cada 10 mujeres no aceptan utilizar un método anticonceptivo.		

(continúa)

Tabla 3 (continuación)

Tema	Proveedores informales: parteras	Proveedores formales: médico	Consejeras de familias de migrantes en Estados Unidos	Mujeres con experiencia de migración en Estados Unidos
Reproducción de prácticas culturales de su país de origen, respecto a la atención de la salud	Les dan remedios preparados con plantas medicinales y les dicen como tomarlos. Es frecuente que las mujeres acudan con las parteras para pedirselos.	Las mujeres no hacen seguimiento a su procedimiento de aborto o parto, porque creen que ya no es necesario una vez que salen de la clínica. No usan Planificación Familiar.	Si no hay complicaciones en el parto, la mayoría no regresa a la clínica para seguirse atendiendo, el puerperio se pasa en casa, siguiendo las recomendaciones de la familia y amistades cercanas. En California existen parteras, curanderas, sobadoras que ejercen su práctica. Las mujeres se enteran por amistades, familia, vecinos. Es común que se les visite para atenderse de problemas derivados durante el embarazo y puerperio, también para indagar información sobre métodos anticonceptivos. Estas prácticas se realizan independientemente de que acudan a la clínica.	Utilizan plantas medicinales y sus familiares prefieren atenderse con la partera. Cuando se trata de la atención al parto siguen las recomendaciones de la familia, pero también acuden al médico para asegurarse que el bebé está bien.

también contemplan consejería e intervención en casos de crisis por violencia con la pareja, la barrera del idioma impide el acercamiento a esas instancias. Debido a ello, en ocasiones este problema se agrega a su vulnerabilidad social como migrantes ilegales (Tabla 4).

Estas barreras se relacionan con la percepción sobre la satisfacción en la calidad de la atención con que son atendidas. Las informantes clave, parteras de México, señalaron haber atendido mujeres migrantes embarazadas, que habían regresado a sus localidades solamente para atenderse el parto, debido a que las mujeres prefieren pasar ese evento con personas con las que encontrarán una consonancia cultural.

La experiencia de estas mujeres por los servicios de salud que utilizaron en Yolo ocurrió bajo la percepción continua de ser discriminadas, debido a su condición migratoria, lo cual las desalentó para volver a buscar atención médica. En parte por ello algunas señalaron haber regresado a México para ser atendidas, a pesar de correr el riesgo de no volver a entrar a Estados Unidos. Las informantes clave de Yolo, consideraron que la discriminación de la que son objeto es una de las razones por las cuales las mujeres migrantes prefieren buscar el apoyo de redes informales de atención a la salud en el condado, en donde también existen parteras, sobadoras y curanderas emigradas, con conocimientos de plantas medi-

cinales que ayudan a paliar síntomas. También es común que utilicen medicamentos que se piden a familiares en México (Tabla 5).

La percepción de la calidad de la atención mejoró cuando las mujeres se atendieron en clínicas en Yolo que cuentan con parteras profesionales (*midwives*). En estos casos se percibe mayor calidez en la consulta, existe más confianza, debido a que relacionan ese trabajo con el de las parteras empíricas en México.

Otra percepción negativa que influye en la demanda de atención médica es el rumor sobre el costo de la atención; este aspecto se señaló de manera reiterada. Por ello, además de la asesoría médica con la red de apoyo cercana, se realizan consultas médicas por teléfono con los doctores en las localidades de origen en México y se recibe el medicamento vía postal. A pesar de que ninguna de las informantes se había enfrentado a un gasto excesivo para atender sus partos, pérdidas de embarazo o consulta para planificación familiar, enfermarse de gravedad era un temor frecuente.

Otro aspecto que les generaba estrés después de acudir al médico era el costo de los medicamentos prescritos. Por ello, con frecuencia los adquirirían de manera clandestina, entre los migrantes indocumentados se sabía en qué farmacia del condado se podía acudir para comprarlos sin receta.

Tabla 4

Barreras para el acceso a los servicios formales de atención a la salud.

Tipo de barrera	Situaciones a las que se enfrentan
Illegalidad migratoria	<p>Deben acudir a los servicios de salud que prestan las instituciones no lucrativas.</p> <p>Prefieren el apoyo de parteras y curanderas de origen mexicano, residentes en Estados Unidos, para recibir atención en el parto y pedir información sobre salud sexual y reproductiva.</p> <p>No pueden tener un número de seguro social, lo cual les impide moverse en los terrenos formales del país.</p> <p>Les falta información sobre las posibilidades que tienen para atender su salud sexual y reproductiva.</p> <p>“Trafican” con medicamentos, les resulta más barato y confiable realizar una transacción con empleados (as) de farmacias en Estados Unidos que les proporcionan medicinas para controlar algún malestar, que enfrentar la cita médica y exponerse a cuestionamientos sobre su condición migratoria.</p>
Idioma	<p>No pueden comunicarse con el personal de salud, lo cual les genera inseguridad sobre estar bien atendidas.</p> <p>En ocasiones deben esperar que llegue el traductor a la clínica para que puedan ser atendidas, o a que el médico (a) que habla español se desocupe.</p>
De género	<p>Se enfrentan a situaciones de control de su salud reproductiva, ya que es frecuente que los esposos decidan si van al médico(a) y si utilizan métodos anticonceptivos.</p> <p>Violencia intrafamiliar.</p>

Tabla 5

Utilización de recursos informales de salud para atender problemas de salud sexual y reproductiva.

	Parteras	Curanderas	Sobadoras
¿En qué casos se utiliza?	Atención de partos.	Empacho.	Acomodar el producto.
	Búsqueda de medicina alternativa.	Mal de ojo.	Conocer el sexo del producto.
	Información sobre métodos anticonceptivos.	Preparados de plantas medicinales para malestares durante el embarazo.	Curar sangrado menstrual excesivo.
		Interrupción de embarazos.	Problemas de infertilidad.

Discusión

En la reproducción de las prácticas culturales de atención a la salud en los contextos de migración ilegal, convergen diversos aspectos de la cultura de origen que responden a las preguntas orientadoras de la investigación que aquí se reporta. Los problemas de salud sexual y reproductiva son resueltos mediante la utilización, tanto de los recursos formales de atención a la salud, como de

los informales, aunque estos últimos son a los que más se acude por el temor a ser deportadas. Este hallazgo coincide con lo reportado por estudios como el de Marshall et al.¹⁰

De las barreras a las que se enfrentan destaca el idioma como el principal obstáculo para acudir a demandar servicios de salud, además de que la falta de entendimiento, promueve un comportamiento defensivo. Por ello, llama la atención la búsqueda de profesionales no for-

males para atenderse, a pesar de estar en otro país ¹⁶, en esa búsqueda destaca la movilidad que las informantes tuvieron en el interior de Estados Unidos para acceder a ese tipo de ayuda a pesar de su condición migratoria.

La estructura del sistema de salud estadounidense permite la atención de personas ilegales, a través de la atención en clínicas que otorgan atención médica gratuita, como parte de una labor altruista. De acuerdo a la experiencia de las informantes, esa gratuidad del servicio se proporciona bajo condiciones de mala calidad en la atención médica, similares a las que viven mujeres con la misma condición socioeconómica en México ^{2,7}.

Las barreras de acceso para la utilización de los servicios tienen relación con una subjetividad construida alrededor de la vulnerabilidad que les da la condición de migrantes ilegales, ésta promueve el temor a ser deportadas, evita demandar información sobre el padecimiento, sobre el costo del servicio, de los medicamentos y de otras opciones de atención médica ¹⁷.

Es relevante advertir que en el contexto actual de alta migración transnacional el tema de la atención a la salud representa un problema global grave, debido a que la demanda de atención de los servicios debe responder a la diversidad cultural a la que se enfrentan los países, lo cual implica adecuaciones del sistema de salud. Ortega et al. ¹⁸ encontraron que la utilización de recursos de atención médica de migrantes latinos es muy baja, al compararse con latinos nacidos en Estados Unidos. Estos hallazgos son similares a los de Marshall et al. ¹⁰ con inmigrantes en Texas, quienes además de lo aquí mencionado abundan sobre la importancia de que en Estados Unidos deben promoverse mayores oportunidades de acceso al sistema de salud de las personas migrantes. Otros autores ¹⁹, además, encontraron que el miedo de los inmigrantes ilegales a ser deportados atrasa la búsqueda de atención a la salud, agravando la enfermedad y promovien-

do prácticas clandestinas para comprar medicamentos y atenderse, dos de los aspectos también hallados en la investigación aquí reportada.

Por otro lado, la percepción de la “necesidad” está determinada por el horizonte cultural de las mujeres. Esto explica la razón de la elección de los servicios informales de salud, a pesar de tener las clínicas de atención médica gratuita en Estados Unidos, es un hecho que diversos estudios han señalado y que también está relacionado con la capacidad de agencia, es decir, de las posibilidades que las personas tienen para allegarse de recursos materiales o humanos cuando necesitan resolver un problema ^{20,21}.

La participación de la red de apoyo social ²² en la búsqueda de recursos alternativos de salud es un signo de resistencia cultural y una muestra de cómo se sobrevive en los ambientes de ilegalidad migratoria. Sobre este punto opera un aspecto negativo, la movilidad de las informantes y la búsqueda de los recursos informales no promueve un acercamiento sostenido con el personal de salud de las clínicas, con lo cual no se puede construir una relación médico-paciente satisfactoria. En el caso de las mujeres embarazadas, esto evita que tengan un control prenatal adecuado, poniendo en riesgo la salud tanto de la madre como del producto. La falta de control prenatal es uno de los problemas que se ha relacionado con la mortalidad materna ²³.

El asunto de la diversidad cultural ^{5,6,18} representa un reto para los servicios de salud y para la biomedicina. Los hallazgos aquí presentados tienen relevancia para el personal de salud, los tomadores de decisiones encargados de formular las políticas de salud pública y para los grupos de abogacía y defensa de migrantes que trabajan en ambos lados de la frontera, quienes consideran que las mujeres inmigrantes – independientemente de su condición legal – tienen derecho a acceder a servicios de salud reproductiva de calidad.

Resumo

O objetivo deste estudo foi conhecer a experiência de mulheres imigrantes mexicanas na Califórnia, Estados Unidos, sobre a utilização de serviços formais de saúde para resolver problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. O desenho foi qualitativo, com enfoque teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa. As técnicas utilizadas foram relatos de histórias de vida de mulheres usuárias dos serviços de saúde na Califórnia e entrevistas breves com informantes-chave. Encontraram-se três tipos de barreiras principais para o acesso ao serviço de saúde: condições de imigração, idioma e gênero. Tempo de espera, atitudes discriminatórias e custo do serviço foram as características que mais incomodaram as imigrantes. A percepção de qualidade da atenção esteve relacionada com a condição de ilegalidade migratória. A rede de apoio, tanto no México quanto na Califórnia, colabora na resolução das enfermidades. Deve-se incorporar a perspectiva intercultural nos serviços de saúde.

Saúde Reprodutiva; Qualidade da Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Emigrantes e Imigrantes

Colaboradores

N. Deeb-Sossa contribuyó con el diseño de la investigación en los Estados Unidos y aprobación final de la versión que debe ser publicada. C. D. Olavarrieta contribuyó con el diseño de la investigación en México y aprobación final de la versión que debe ser publicada. C. Juárez-Ramírez contribuyó con la redacción del documento, revisión crítica del contenido intelectual y asesoría metodológica. S. G. García contribuyó con la revisión crítica del manuscrito, diseño del estudio y aprobación final de la versión que debe ser publicada. A. Villalobos contribuyó con el análisis de los datos y aprobación final de la versión que debe ser publicada.

Referencias

1. Caballero M, Leyva-Flores R, Ochoa-Marín SC, Zarco A, Guerrero C. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Pública Méx* 2008; 50:241-50.
2. Castañeda NS. Dinámica y proceso de migración a Estados Unidos: jóvenes de Guadalajara, Jalisco, México. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* 2009; 7:1459-90.
3. Arzate J, Vizcarra I. De la migración masculina transnacional: violencia estructural y género en comunidades campesinas del estado de México. *Migración y Desarrollo* 2007; (9):95-112.
4. Salgado N, González T, Bojorquez I, Infante C. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública Méx* 2007; 49:8-10.
5. Marc LB, Schur CL. The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *J Immigr Health* 2001; 3:151-6.
6. Hernández-Rosete D. La otra migración, historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Mental* 2008; 31:253-60.
7. Salgado N, González T, Infante C, Márquez M, Pelcastre B, Serván E. Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no-migrantes a Estados Unidos. *Salud Pública Méx* 2010; 52:424-31.
8. Sánchez-Domínguez MS, Leyva R, Caballero M, Infante C. Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centro América. *Migración y Desarrollo* 2010; 7:155-78.
9. Guadarrama X, Vizcarra I, Lutz B. De la migración: ausencias masculinas y reacciones femeninas mazahuas. *Relaciones* 2009; XXX:183-219.
10. Marshall KJ, Urrutia-Rojas X, Soto F, Coggin C. Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women. *Health Care Women Int* 2005; 26:916-36.

11. Denzin N. Un punto de vista interpretativo. In: Denman C, Haro J, editores. *Por los rincones*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2000. p. 147-205.
12. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage; 2002.
13. Coffey A, Atkinson P. *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Thousand Oaks: Sage; 1996.
14. Bertaux D. *Los relatos de vida*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2005.
15. Wetherell M, Potter J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. In: Gordo A, Linaza J, editores. *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Editorial Visor; 1996. p. 63-78.
16. Murray C, Kawabata K, Valentine N. People's experiences versus people's expectations. *Health Aff* 2001; 20:21-4.
17. Nazroo J. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. *Am J Public Health* 2003; 93:277-84.
18. Ortega A, Fang H, Perez VH, Rizzo JA, Carter-Pokras O, Wallace SP, et al. Health care access, use of services, and experiences among undocumented Mexicans and other Latinos. *Arch Intern Med* 2007; 167:2354-60.
19. Berk ML, Schur CL, Chavez LR, Frankel M. Health care use among undocumented immigrants. *Health Aff* 2000; 19:51-65.
20. Kaplan CP, Erickson PI, Stewart SL, Crane LA. Young Latinas and abortion: the role of cultural factors, reproductive behavior, and alternative roles to motherhood. *Health Care Women Int* 2001; 22:667-89.
21. Lee JH, Goldstein MS, Brown RC, Ballard-Barbash R. How does acculturation affect the use of complementary and alternative medicine providers among Mexican- and Asian-Americans? *J Immigr Minor Health* 2010; 12:302-9.
22. Dressler WW, Balieiro MC, Dos Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. *Cult Med Psychiatry* 1997; 21:303-35.
23. Freyermuth G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Editorial Porrúa; 2003.

Recibido el 08/Oct/2012
Aprobado el 08/Ene/2013