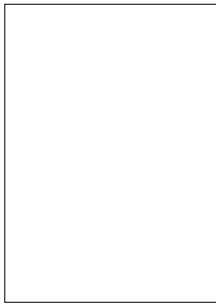


PÁGINAS DE SALUD PÚBLICA



**Curbing the Epidemic:
Governments and the economics of tobacco control.**
Washington, D.C.: World Bank, 1999.

Hace apenas unos días, la población mundial llegó a los seis billones de personas. De acuerdo con las estimaciones más recientes, existen 1.1 billones de fumadores, y, como consecuencia de los actuales patrones de consumo de tabaco, por lo menos 500 millones en el futuro serán víctimas del mayor riesgo de muerte conocido por la humanidad. Para el año 2030, el tabaco será la causa de muerte más importante en el mundo y será responsable de 10 millones de fallecimientos al año.

Estas cifras son motivo de una profunda reflexión por parte del Banco Mundial (BM), debido a los costos derivados de la atención a los problemas de salud y la muerte prematura de los fumadores, quienes

pierden entre 20 y 25 años de vida por el simple hecho de inhalar unos cuantos cigarrillos al día. El debate alrededor del consumo de tabaco empieza a tocar los escenarios económicos y demanda una respuesta urgente para controlar lo que seguramente será la epidemia más importante del siglo.

El consumo de tabaco se contempla como una opción personal que el individuo –generalmente un joven o un adolescente– toma de manera consciente y voluntaria; se presume que, además, conoce los riesgos que, para su salud, conlleva el hábito tabáquico. Esta visión simplista acerca del tabaquismo está rodeada de las imágenes de éxito, diversión, seguridad y placer que constante e intencionalmente aparecen en los medios de comunicación visuales y auditivos. El acto de fumar no es así sólo un problema individual, pues está vinculado a las fuertes influencias del mercado y la publicidad y, sobre todo, a la inmensa riqueza obtenida de la actividad económica que está detrás de la producción de cigarrillos.

El uso del tabaco empezó formando parte de los rituales de las culturas prehispánicas mesoamericanas; más tarde se exportó a Europa, y, a partir del siglo XIX, inicia la producción masiva y el comercio a gran escala de cigarrillos. El con-

sumo de tabaco alguna vez estuvo considerado como un lujo propio de los salones aristocráticos, los artistas cinematográficos y los héroes de múltiples campañas militares. La mayor parte de la prevalencia del consumo a mitad del siglo XX se detectó inicialmente entre la población masculina de los países ricos. Por ejemplo, 55% de los hombres de Estados Unidos de América (EUA) fumaban en ese entonces porque se desconocían los efectos adversos que ello producía y por el glamour que daba sostener un cigarrillo entre los labios. Ahora que se sabe de los fatales riesgos que conlleva el hábito tabáquico, sólo 28% de los hombres en los países desarrollados fuma.

El consumo de tabaco ahora se ha trasladado a las mujeres de las naciones desarrolladas o a aquellas de altos ingresos, así como a los hombres de bajo nivel socioeconómico. Este cambio se ha generado a raíz de la liberación de los acuerdos comerciales internacionales; durante la década de los años ochenta, Japón, Corea del Sur, Taiwán y Tailandia cedieron a las presiones comerciales de EUA y abrieron sus mercados al comercio del tabaco. Como resultado, en 1991 el consumo per cápita de cigarrillos fue 10% mayor al esperado de haberse mantenido las barreras comerciales a este producto.

En 1990, las autoridades de Tailandia intentaron prohibir la importación de cigarrillos y la publicidad que alentaba su consumo, pero rápidamente recibieron una amenaza por parte de las compañías tabacaleras estadounidenses. Curiosamente, después de una reunión del Acuerdo General para el Tratado de Aranceles (GATT), se estableció que Tailandia no podía prohibir la importación de cigarrillos, aunque se le permitió incrementar los impuestos, prohibir la publicidad y regular los precios de venta.

El mensaje que yace detrás de este acontecimiento es que las fuerzas del libre mercado son más importantes que la salud de la población, sobre todo de aquella que vive en los países pobres. A las compañías estadounidenses, que monopolizan la producción de cigarrillos en el ámbito mundial, les importa producir para comercializar en otras naciones, pues en su propio país están expuestas a posibles demandas legales y porque el consumo de tabaco ha disminuido gracias a las restricciones sanitarias que se han establecido. Estas compañías saben que pueden inducir el consumo en los países pobres, pues sus intereses están protegidos por acuerdos comerciales internacionales.

Las presiones sobre el precio y el impuesto al consumo de tabaco reflejan una enorme inequidad regional; los países con altos ingresos cobran, en promedio, tres dólares por cajetilla, de los cuales dos son impuesto, mientras que en las naciones de bajos ingresos el precio es menor a 50 centavos de dólar y el impuesto equivale a poco menos de la mitad. Si existe un promotor del consumo de tabaco, ése es el precio, y es evidente que a medida que este último baja, el consumo aumenta.

El documento del BM es muy claro al describir las ascendentes tendencias del consumo de cigarrillos.

Uno de los puntos centrales de este trabajo señala que el hábito tabáquico es un problema de las poblaciones pobres, jóvenes, de bajo nivel educativo y de bajos ingresos. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco representan sólo 5% en las poblaciones con una educación media y superior, y este porcentaje se incrementa a 19% en los grupos que tienen primaria como máximo nivel educativo.

Los patrones regionales nos indican que, en 1995, 49% de los hombres y 9% de las mujeres en las regiones de bajos ingresos eran fumadores, mientras que en las de altos ingresos, estas proporciones alcanzaban 39 y 22%, respectivamente. Aquí se encuentra uno de los aspectos centrales del problema. Los hombres de los países ricos están dejando de fumar, al contrario de lo que sucede con sus homólogos en las naciones pobres. Por otro lado, las mujeres de los países de ingresos altos fuman más que aquellas que viven en las naciones menos desarrolladas. Esto pone de manifiesto las presiones que existen o existirán en el corto plazo, para que las mujeres de los países pobres empiecen a fumar. Así, las consecuencias que el hábito tabáquico puede tener sobre la salud de las mujeres y sus hijos seguramente se unirán a la ya amplia gama de problemas que se generan en el binomio madre-hijo dentro de las naciones de bajos ingresos.

Diversas intervenciones para cambiar el consumo de tabaco y sus efectos nocivos sobre la salud de las mujeres y los jóvenes del mundo están disponibles. El aumento del impuesto a la compra de cigarrillos, los mensajes preventivos en las cajetillas, las campañas en contra del consumo de tabaco, la regulación de la publicidad, los programas educativos en las escuelas, la prohibición de fumar en espacios públicos y de trabajo, las restricciones en el acceso

al tabaco para las poblaciones jóvenes, el subsidio para la diversificación de la producción agrícola y los controles comerciales, todas ellas son medidas que ayudan a combatir el consumo de cigarrillos.

El BM, al parecer, se incorpora a esta lucha desde 1991, al no apoyar ningún programa que tenga vínculos con la producción y la comercialización de tabaco, así como con la importación de tecnología para la industria tabacalera. Sin embargo, ha puesto énfasis en la regulación del precio del tabaco, para reducir la demanda. El problema no se resuelve cuando existen muchos países que dependen de dicha industria para la generación de empleos, no sólo en el campo, sino también en el sector secundario y en el de servicios. El escenario se complica cuando las naciones necesitan de los recursos generados por la recaudación fiscal derivada de la producción y la comercialización del tabaco, para pagar el monto de su deuda.

Este informe del BM constituye un documento central para identificar el complejo fenómeno social, económico y político en el que se ha transformado el tabaquismo durante el siglo XX, mismo que no tardará en convertirse en la epidemia más importante del futuro inmediato. El combate se debe dar en todos los niveles: en el hogar, la escuela y el trabajo; entre los amigos, los enemigos, los políticos, los economistas, los médicos, los agricultores y hasta entre los publicistas. La medicina atiende las consecuencias del consumo de tabaco: las demandas de atención y la muerte prematura. La salud pública, por su parte, empieza a articular respuestas de control y prevención. Sin embargo, se trata de una lucha tanto global como individual que rebasa al campo médico y se infiltra en el ámbito de la ética. Hoy parece necesario luchar por cambiar el principio de la máxima

ganancia económica por el de la máxima ganancia en la salud mental.

Héctor Gómez-Dantés.
Investigador titular B.
Centro de Investigación en Salud Poblacional,
Instituto Nacional de Salud Pública, México.



Szasz I, Lerner S, comps. **Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales.** México, D.F.: El Colegio de México, 1998.

Este libro se suma al esfuerzo editorial de El Colegio de México y a la decidida voluntad de las compiladoras para dar a conocer a un público amplio, tanto los resultados de investigación de colegas que han abierto distintos espacios de formación y discusión dentro del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, como textos que, aunque recientes, son ya clásicos y resultan indispensables para todos aquellos interesados en el estudio serio de la sexualidad. Muchas de las contribuciones reunidas en la primera y segunda parte del libro corresponden al primer tipo de trabajos, mientras que las conferencias sobre sexualidades contemporáneas, de Jeffrey Weeks, atienden al segundo.

Tiene razón Ivonne Szasz cuando en la introducción de este libro sostiene que “el estudio de la sexualidad se inicia en México en fecha relativamente reciente, y [que]

su planteamiento, desde diversas perspectivas de las ciencias sociales, apenas comienza”. También es verdad que la sexualidad es un fenómeno complejo, histórica y culturalmente dado, que varía según la época, la región, la cultura, el género, la clase y la generación; al igual que estas dimensiones, la sexualidad a su vez estructura la vida cotidiana, las creencias, los significados y los sentidos de vida de los sujetos individuales y actores sociales.

La gama de trabajos que conforman este libro muestra los temas que la investigación sobre sexualidad en México ha privilegiado durante los últimos años, y en ellos destacan claramente tres enfoques que dan cuenta tanto de los intereses académicos en este campo como del estado del arte del tema en este país. Dichos enfoques son: la búsqueda histórica de los significados, la comparación de comportamientos sexuales entre grupos sociales específicos y la urgente necesidad de contar con cuerpos teóricos que hagan posible acceder a la complejidad del tema.

Respecto a las metodologías utilizadas hoy en día para el estudio de la sexualidad en México, Ivonne Szasz señala en la introducción las limitantes propias de las encuestas por muestreo, así como de los enfoques biomédicos y sociodemográficos, que en general tienden a confundir las prácticas con los significados y aspiran a ordenar y clasificar a los individuos según criterios normativos. A pesar de ello y de que los tres enfoques mencionados en el párrafo anterior apuntalan la pertinencia de los estudios cualitativos, en algunos de los textos reunidos en este volumen se da cuenta también de que los recursos metodológicos diseñados dependen del enfoque de la investigación; se plantea, asimismo, que el objetivo expreso de un estudio marca la conveniencia de utilizar dispositivos de corte cua-

litativo y/o cuantitativo –tal como sucede con el trabajo de Nelly Salgado–, y se reconoce que ambas metodologías cuentan con distintas virtudes, deficiencias y alcances.

Por otro lado, el hecho de que este libro muestre el estado del arte de los estudios sobre la cultura sexual en México constituye un logro muy importante. Cabe decir que el mejor indicador de lo valioso que puede resultar la publicación de un libro, es el proceso de reflexión que éste puede llegar a generar, así como el abanico de opciones que, para revisar y ampliar las propias creencias, puede llegar a ofrecer al lector.

En particular, los textos tanto de Nelson Minello, Martha Lamas y Jeffrey Weeks, como de Enrique Dávalos, Ana Amuchástegui, Martha Rivas y Nelly Salgado, invitan a reflexionar sobre diversos aspectos relacionados con el género y la sexualidad. De sus contribuciones se deriva que ambas nociones son construcciones de carácter social y cultural: el género se construye a partir del sexo biológico con el que nacen las diferentes personas, mientras que la sexualidad, en torno al placer generado por los contactos e intercambios corporales; ello significa que ninguna de las dos construcciones es “natural” y que es precisamente la cultura la que da más valor al género masculino que al femenino, así como a la sexualidad heterosexual que a la homosexual o bisexual.

Esto explica, tanto la denigración general que experimentan las mujeres en esta sociedad, como la satanización que se hace de las prácticas sexuales que no responden a la lógica reproductiva sino a la reivindicación del placer como objetivo original, motivo por el cual se les margina y se les ve como conductas sexuales “desviadas”.

De ahí el gran escándalo que provocaron las posturas feministas de los años sesenta y setenta al cues-

tionar el orden de género prevalente, al igual que los textos donde Foucault explica que los seres humanos no siempre hemos vivido ni asumido la sexualidad como lo hacemos actualmente. Este pensador identifica el lugar del poder y la represión, no sólo en la creciente "naturalización" de las relaciones heterosexuales, sino también en las relaciones que se establecen entre géneros. Este poder y esta represión han encontrado históricamente un valioso aliado en el discurso "científico" que busca, de manera muy clara, legitimar una sola sexualidad como "la válida" y un género como el "dominante" sobre el otro.

Existe otro paralelismo interesante entre género y sexualidad, en tanto que la construcción cultural de ambos factores tiene un origen histórico. En el caso del género, la necesidad de asegurar la herencia del patrimonio generado hizo sobrevalorar y buscar el control de la capacidad reproductiva de la mujer; en el caso de la sexualidad, como bien se señala en el libro, la mortandad por hambruna que se registró durante los siglos XVII y XVIII, marcó una tendencia a repeler la muerte y, por tanto, a normar la vida y regular el sexo como acto que garantizaba la reproducción biológica. Estos dos hechos históricos condujeron a la imposición de límites, restricciones y prohibiciones, y se tradujeron incluso en medidas legales y jurídicas que, a su vez, alimentaron y consolidaron aún más la idea de género y sexualidad asociada a la naturalidad.

Otro tema en el que se articulan género y sexualidad es la construcción de la identidad. Hoy se reconoce que tanto los rasgos de género como las diversas actividades sexuales humanas constituyen una especie de núcleo psíquico que da sentido y significado a la identidad de las personas. Y si el género es un conjunto de ideas sobre la diferencia sexual

que atribuye características "femeninas" y "masculinas" a cada sexo, la sexualidad es un concepto que alimenta el imaginario social, de tal manera que se otorga un poder descomunal a las capacidades de procreación y reproducción. Así, lo que en un caso aparece como una oposición binaria entre hombres y mujeres, en otro adquiere la modalidad de dilema entre placer y reproducción.

Cabe añadir que mientras la cultura marca a los sexos con el género y éste a su vez influye sobre la percepción de todo lo demás (de lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano), la sexualidad, por su parte, se llega a engarzar con esta noción dominante y "biologizada" de género: las mujeres son para tener hijos, y los hombres, para buscar el placer sexual. Esto, que parece tema de telenovela, es sin embargo un fenómeno totalmente real.

Esta lógica binaria y dilemática ha estado, como dice Martha Lamas en su texto, "inscrita por milenios en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales". La "naturalidad", desde este punto de vista, está dada en la práctica heterosexual a partir de la noción de complementariedad de los sexos para la reproducción. Esto explica la fácil y falaz sustitución de género por sexo, de sexualidad por reproducción y de salud sexual y reproductiva por planificación familiar.

Por un lado, es esta misma lógica y el sustento del poder lo que permea el uso inadecuado y *light* de los conceptos de género y sexualidad, y por el otro, es la búsqueda del rescate de sus significados originales lo que obliga a adoptar posturas consideradas como "radicales". El asunto es que no hacer esto último implica aceptar el sesgo impuesto por el lenguaje e, incluso, renunciar a reivindicar la opción de

que existan relaciones de género no opresivas y de que una multiplicidad de prácticas sexuales sean consideradas como válidas.

Necesario es, entonces, tanto reconocer la diferencia sexual para validar la equidad entre géneros, como argumentar que la libido (o pulsión sexual) no se satisface necesariamente con un objeto amoroso del sexo contrario, sino que encuentra placer de manera indiferenciada; asimismo, es preciso tener en cuenta que la opción u orientación sexual está más marcada por el intento de resolver complejos edípicos originales e internos, que por los requisitos que imponen las normas sociales.

Otro aspecto interesante que sugiere la lectura de este libro, se refiere al papel del cuerpo en estas construcciones sociales y culturales del género y la sexualidad; la exacerbación de una pequeña parte de nuestra existencia (el pene y los genitales) ha sido suficiente para avalar el predominio del género masculino sobre el femenino y para confundir la sexualidad con la reproducción.

Alguien decía que resulta inaudito atribuir a la presencia o ausencia de pene (o falo, como construcción simbólica de poder) la posibilidad de dividir al mundo en dos ejércitos contrarios y, como diría otra persona, sobre todo cuando el mayor órgano sexual no es un gran pene o un alzado clítoris, sino el conjunto de la piel con la que sentimos y podemos transmitir emociones al otro.

Se impone así la necesidad de romper con la forma tradicional de acercarnos a la diferencia sexual entre hombres y mujeres (incorporando seriamente una perspectiva de género en las investigaciones), así como de acabar con los prejuicios en torno a la sexualidad para reconocerla como fuente de placer y como una dimensión humana que va más allá de la reproducción.

La riqueza de este libro es tanta que, con seguridad, provocará entre los lectores diversas reflexiones acerca del fascinante tema de la sexualidad; no resta más que hacer una calurosa invitación a su lectura y discusión.

Esperanza Tuñón Pablos,
El Colegio de la Frontera Sur, México.



National Research Council, Institute of Medicine. From generation to generation: The health and well-being of children on immigrant families. Washington, D.C.: Committee on the Health and Adjustment of Immigrant Children and Families, National Research Council, Institute of Medicine/National Academy Press, 1998.

Este libro constituye una revisión extensa y actualizada sobre las condiciones de vida de los niños migrantes en Estados Unidos de América (EUA); asimismo, da a conocer las recomendaciones que el Consejo Nacional de Investigación (National Research Council) hace al gobierno federal estadounidense sobre el financiamiento para el desarrollo de la investigación social y en salud.

“En EUA, uno de cada cinco individuos menores de 18 años es inmigrante o hijo de padres inmigrantes. En 1998 había 14 millones. La mayoría de los niños migrantes

son de origen latinoamericano* o asiático. La evidencia documentada muestra, con base en diversos indicadores, que la salud y el desempeño de estos individuos es tan bueno como el de los jóvenes nacidos en EUA y como el de aquellos cuyos padres son oriundos de ese país. [...] Tres cuartas partes de los llamados jóvenes inmigrados son nacidos en EUA de padres inmigrantes, y una cuarta parte nació en otro país. Desde 1990, la cantidad de jóvenes de familias inmigradas se ha multiplicado siete veces más rápido que la de aquellos que provienen de familias nacidas en EUA.

“Se estima que, para el año 2000, poco menos de la mitad (45.6%) de la población estadounidense menor de 18 años será anglosajona; 11%, de origen latinoamericano; 10.6%, de raza negra, y el resto estará compuesto por asiáticos y nativos americanos”.*‡

Bajo las reformas de la asistencia social, las restricciones para los inmigrantes ilegales se hicieron extensivas a todas aquellas personas que inmigraron a EUA después de agosto de 1996. Además, la política de aplicación de los programas sociales –como el complemento de ingreso de seguridad social, las estampillas de complemento alimenticio y los servicios médicos– dejó de ser una de las atribuciones del gobierno federal para pasar a formar parte de la responsabilidad de los gobiernos estatales. Muchas de las reformas restrictivas se aplicaron sin previo debate ni consideración sobre las consecuencias posibles en las poblaciones afectadas.

* Para adquirir información sobre los proyectos financiados por el NIH acerca de la población de origen latinoamericano en EUA, se puede consultar la siguiente página en Internet: <http://silk.nih.gov/silk/dbsb>.

‡ El término *hispanic* se tradujo como “de origen latinoamericano”.

Este libro es producto del trabajo hecho por el Comité de Salud y Equidad para la Niñez de Familias Inmigrantes (Committee on the Health and Adjustment of Immigrant Children and Families), creado en 1996. Entonces, se propuso sintetizar y evaluar la validez de la literatura relevante que existe sobre el tema, y proveer al lector de una descripción sociodemográfica de los jóvenes inmigrantes; y se clarifican tanto los riesgos como los factores protectores que se asocian a la salud y el bienestar de los diferentes grupos de inmigrantes. La obra además, ofrece una panorámica del acceso que tienen estos últimos a los servicios de salud.

Los niveles de riesgo socioeconómico varían entre los inmigrantes de distintos orígenes. En especial, están los niños oriundos de 12 países, en los que 25% de las familias están por debajo del índice de pobreza. Los inmigrantes de guerrilla e inestabilidad política (El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Haití), y otros que proceden de pequeñas naciones como Honduras y República Dominicana.

El décimo segundo país es México, que actualmente contribuye con el mayor número de inmigrantes tanto legales como ilegales, y que ha representado la mayor fuente de mano de obra no calificada para la economía de EUA en el siglo XX.

Los niños de familias inmigrantes que proceden de una etnia minoritaria enfrentan diferentes tipos y grados de discriminación dependiendo del lugar donde vivan, lo que afecta no sólo el acceso a oportunidades económicas, sino también a servicios médicos, educativos y de vivienda.

Los niños inmigrantes que, además de su lengua de origen, hablan inglés, tienden a adaptarse con mayor ventaja en las escuelas y a desenvolverse con más facilidad en la

cultura estadounidense. Por su parte, los inmigrantes que viven en comunidades con fuertes redes sociales gozan de mayor acceso a la información sobre servicios, escuelas, fuentes de trabajo y otros recursos que facilitan su proceso de adaptación.

Una evidencia bien documentada es la asociación existente entre bajo rendimiento escolar y un pobre nivel de salud, con la influencia de los siguientes factores:

- Baja escolaridad de los padres;
- ingreso por debajo del índice de pobreza;
- parentalidad individual (sólo padre o sólo madre como responsable de la familia), y
- denso hacinamiento.

La niñez de poblaciones inmigrantes padece de una extensa pobreza y hacinamiento. Sin embargo, en comparación con los niños provenientes de familias estadounidenses no migrantes, experimenta con menor frecuencia la parentalidad individual.

La literatura documenta que los niños inmigrados no están expuestos sólo a factores negativos o proclives a riesgos, sino que, a pesar de lo paradójico, gozan de condiciones no bien elucidadas que de manera importante funcionan como protectores. Entre los adolescentes inmigrantes de primera generación, sobre todo entre los que llevan poco tiempo de estancia en EUA; se documenta una menor frecuencia de comportamientos riesgosos como el tabaquismo, la drogadicción y la precocidad en el inicio de su vida sexual.

Por el contrario, los adolescentes inmigrados que han vivido periodos más largos en EUA notifican un incremento en la frecuencia de conductas riesgosas. Aquellos que nacieron en ese país, hijos de padres inmigrados (es decir, ado-

lescentes inmigrantes de segunda generación), reportan una frecuencia de comportamientos de riesgo que alcanza o supera las tasas observadas entre los adolescentes anglosajones. De este modo, queda claro que las ventajas que pueden obtener los niños inmigrantes al llegar a territorio estadounidense, tienden a declinar a medida que el tiempo de residencia se prolonga. Además se ha visto que los indicadores positivos se revierten en la segunda y tercera generación.

Los adolescentes inmigrados de primera generación parecen gozar de una salud psicológica y una autoestima similares a las que experimentan los adolescentes nacidos en EUA, pero manifiestan sentimientos de tener un menor control sobre sus vidas y poca aceptación por parte de sus compañeros de escuela. En tanto que al desempeño escolar: varios estudios han notificado que las aspiraciones educativas, así como las calificaciones promedio en los exámenes de matemáticas son similares entre los adolescentes inmigrados y los estadounidenses. Sin embargo, los adolescentes de origen mexicano en particular, registran menores calificaciones en los exámenes de matemáticas que los anglosajones. Con los adolescentes chinos inmigrados de primera generación pasa lo contrario, pues muestran promedios más elevados que cualquier otra minoría, las cuales, no obstante, se deterioran en la segunda y tercera generación de familias chinas inmigradas.

Se ha dado por llamar "la paradoja del bajo peso al nacer" al hecho de que, contrariamente a lo esperado, la incidencia de tal condición entre los hijos de mujeres inmigrantes –sobre todo en la procedente de México– es menor a la de cualquier otro grupo, incluyendo a la población mayoritaria anglosajona. Es decir, la proporción de niños nacidos de mexicanas que goza de un

buen peso al nacer es mayor que la de aquellos que pertenecen a familias anglosajonas. En contraste, otros indicadores muestran menores niveles de salud entre familias de inmigrantes, incluyendo tasas elevadas de paludismo, helmintiasis, sífilis congénita y hepatitis B.

El acceso a los servicios de salud es esencial para garantizar que los programas preventivos se apliquen oportunamente, se eviten enfermedades prevenibles y se detecten oportunamente aquellas que de presentarse pueden alcanzar dimensiones epidémicas curables. En EUA, dicho acceso está condicionado a la capacidad de pago por servicio de salud. Los niños anglosajones tienen más acceso a servicios de salud. Los niños de origen latinoamericano son los que tienen menor acceso a servicios médicos por prepago.

A partir de la revisión de la literatura existente sobre el tema, se puede concluir lo siguiente: a) no todos los factores asociados con la inmigración afectan de manera negativa la salud y el bienestar de los niños; b) aquellos factores protectores a los que tiene acceso la primera generación de migrantes –factores no bien dilucidados pero que se asocian con una menor incidencia de adicción, delincuencia y bajo peso al nacer– muestran un deterioro correlacionado con la mayor permanencia en EUA, así como con el hecho de pertenecer a la segunda y tercera generación de migrantes, y c) las reformas hechas a las políticas de salud y bienestar que afectan a los migrantes, tienen impactos significativos en los niños inmigrados.

Recomendaciones del Consejo Nacional de Investigación al gobierno federal de EUA

1. El gobierno federal debe financiar estudios longitudinales con población de niños migrantes,

- para documentar mediciones del desarrollo tanto físico como psicológico y determinar los factores que lo influyen.
2. Los estudios cualitativos y etnográficos sobre la salud física y mental de los niños migrantes deben incluirse en los estudios longitudinales y en otras encuestas nacionales. Por su parte, los estudios cualitativos con pequeñas muestras, si bien no son estadísticamente representativos, pueden proveer de una más profunda comprensión sobre los procesos que no pueden ser documentados en encuestas cuantitativas.
 3. Los estudios tanto cualitativos como cuantitativos deben estar dirigidos a documentar los efectos de las reformas de las políticas sociales y de salud.
 4. El gobierno federal debe recabar información sobre el país de origen, el estatus de residencia y la procedencia natal de los padres, en los sistemas clave de recabación de datos. Estas bases de información deben estar disponibles para el uso público.
 5. Cuando el gobierno federal realice encuestas o muestreos para actualizar los ya existentes, debe seleccionar e incluir submue-

tras de tamaño suficiente –y cuando sea factible, por subgrupos según país de origen–, de tal forma que se puedan monitorear las circunstancias de los niños inmigrantes.

6. En el informe del Foro Federal sobre Estadísticas del Niño y la Familia (Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics) debe hacerse una distinción entre los inmigrantes nacidos fuera del país (primera generación de migrantes) y los niños de segunda y tercera generación, descendientes de padres inmigrados en EUA.

Recomendaciones bibliográficas

Si el lector está interesado en obtener más información sobre el tema, puede consultar los siguientes títulos:

- Weigers ME, Weinick RM, Cohen JW. *Children's health 1996*. Rockville (MD): Madison Agency for Health Care Policy and Research 1998. MEPS. Chartbook num. 2. AHCP. Pub. num. 98-0008.
- Li RM. *Hispanic and maternal and child health: Summary of proceedings of the August 1-2*

1996. NICHD and MCHB Grantee Meeting. Bethesda: National Institute of Health Pub. num. 20892.

- Trends in the well-being of North America's children and Youth. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services-Office for Planning and Evaluation, 1998.
- La población migrante en los Estados Unidos y el VIH/SIDA. En: Bronfman M, Sejenovich G, Uribe P, ed. *Migración y SIDA en México y América Central: una revisión de la literatura*. México, D.F.: CONASIDA, 1998.

Agradecimientos

Se agradece la aportación del libro a la Dra. Rose Maria Li, del NIH.

*Dra. Rosa Maria Núñez Urquiza,
Investigadora asociada del Centro
de Investigación en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública*

Referencias

1. U.S. Bureau of the Census. Series 0-25, num. 1095 y 1130.