



B O N A N Z A S

Aunque el estudio de la migración mexicana ha tenido una historia larga en las ciencias sociales, poco se sabe acerca de sus consecuencias en la salud. Dos posturas teóricas parecen especialmente relevantes. La primera trata de explicar por qué el estado de salud del mexicano que vive en Estados Unidos empeora conforme prolonga su estancia en ese país; la segunda tiene el fin de responder cómo las redes sociales mejoran la salud de los migrantes y no migrantes porque ofrecen a los individuos y a las comunidades acceso a mayores recursos económicos y sociales. Estas dos posturas representan la principal razón del Proyecto Salud y Migración, un nuevo y sostenido esfuerzo por recoger datos en los lugares de origen mexicanos y los de destino que permitan observar cómo migración y salud se revelan como procesos ligados. Hasta la fecha, hemos utilizado estos datos para obtener respuestas a variadas preguntas relacionadas con estos procesos. En el artículo se describen los principales resultados de este proyecto. En el futuro se continuará con este trabajo y se invitará a investigadores interesados a que utilicen estos datos para entender mejor las complejidades insertas en la relación salud-migración.

Although the study of Mexican migration has had a long history in the social sciences, far less is known about its consequences for health. Two theoretical issues seem especially relevant. The first addresses explanations for why the health status of u. s. Mexicans worsens with longer U.S.-residence, and the second asks whether and how social networks improve migrant and nonmigrant health by offering individuals and communities access to greater economic and social resources. These two issues represent the original rationale for the Health and Migration Project, a new, longitudinal data collection effort in Mexican origins and destinations that permits us to observe how the migration-health relationship unfolds as inter-linked processes. To date, we have used these data to ask a variety of questions related to these processes. In the present paper, we describe our principal findings from this project. In the future, we will continue this work and invite interested researchers to use these data to better understand the complexities embedded in the health-migration relationship.

KATHARINE M. DONATO
MELISSA STAINBACK
SHAWN MALIA KANAIAUPUNI

Migración y salud en México: Resultados para San Luis Potosí¹

Si bien el estudio de la migración en México tiene una larga historia en las ciencias sociales, poco se sabe de sus repercusiones en la salud. A pesar de la atención que le han dispensado los académicos y los promotores de políticas públicas, quienes han examinado las causas de la misma y sus efectos económicos en los puntos de destino en Estados Unidos, poco se han ocupado de los efectos que tiene en la salud de los mexicanos. Para llenar esta laguna, en 1996 iniciamos el proyecto de salud y migración en San Luis Potosí. A partir de entonces, nuestros intereses comunes en asuntos tales como migración, análisis de redes, género y salud nos han llevado a concentrarnos en dos cuestiones teóricas.

La primera es sustantiva y deriva de los estudios epidemiológicos y de otros tipos que documentan la manera en que declinan las condiciones de salud de los mexicano-estadounidenses: en el corto plazo, conforme su estancia en Estados Unidos se prolonga, y, en el largo plazo, en las generaciones sucesivas de niños mexicanos nacidos en ese país. Considerados tanto los mexicanos nacidos en Estados Unidos como los nacidos en el extranjero, este resultado ha llevado a algunos a proponer la siguiente explicación: que, en un principio, los factores culturales

¹ La realización del presente proyecto fue posible gracias al apoyo económico de las fundaciones William y Flora Hewlett, Rockefeller y Mellon. Agradecemos también a El Colegio de San Luis, A.C., su valiosa y constante cooperación en el proyecto. Los interesados pueden dirigir su correspondencia a Katharine M. Donato, Department of Sociology — MS 28, Rice University, 6100 Main Street, Houston TX 77005, o a kmd@rice.edu. La traducción del inglés al español de este artículo fue hecha por Rafael Becerra Rojo.

reducen los efectos deletéreos que las malas condiciones económicas causan a la salud de los mexicanos; pero que, con el paso del tiempo, conforme los mexicanos adoptan los estilos de vida estadounidenses, las formas de conducta protectoras adquiridas en su país de origen se erosionan y su salud empeora (Guendelman *et al.*, 1990; Guendelman y Abrams, 1995; Scribner, 1996). Otros han argumentado que las ventajas de los mexicanos nacidos en México se deben a la migración selectiva, ya porque los individuos sanos son los que más comúnmente emigran, ya porque normalmente los enfermos suelen regresar a México (Palloni y Arias, 2004). Por desgracia, debido a las limitaciones de la información existente, pocos estudios han sido capaces de probar empíricamente tales explicaciones.

La otra cuestión es si las redes sociales mejoran la salud de los migrantes y de los no migrantes al proporcionar a individuos y comunidades mayor acceso a importantes recursos sociales y económicos, y de qué manera llevan esto a cabo. Partimos de las bases establecidas por los antropólogos mexicanos que encontraron que las redes familiares y de parentesco constituyen fuentes fundamentales para la seguridad y el apoyo mutuo de las comunidades (Lomnitz, 1977; Logan, 1981). Las redes familiares y de coterráneos también pueden ofrecer oportunidades de trabajo y recursos económicos a los inmigrantes mexicanos recién llegados a Estados Unidos. En este contexto, las redes sociales pueden incluso proveer a los migrantes de información relacionada con las maneras de obtener servicios de salud y medicinas a bajo precio en ciudades fronterizas como Tijuana. Las redes sociales pueden también beneficiar a individuos no migrantes (o ex migrantes) que viven en comunidades mexicanas, especialmente en lugares donde la migración está bien establecida, porque ésta puede alterar las estructuras originarias de intercambio social y apoyo mutuo y/o proporcionar nueva información relacionada con estándares de vida alternativos. Además, los vínculos sociales pueden acarrear mejoras a la salud y a la economía de las comunidades mexicanas en el largo plazo, conforme los migrantes envían a éstas los dólares que han obtenido con su trabajo (Kanaiaupuni y Donato, 1999). Por lo tanto, pretendemos mejorar la comprensión de las formas en que las redes sociales afectan la salud de los mexicanos, con lo que habrá de enriquecerse el concepto teórico de capital social al identificar sus consecuencias con mucha mayor especificidad que en el pasado.

Estas dos cuestiones constituyen las bases del presente proyecto. Su puesta en operación requería, sin embargo, un nuevo esfuerzo en la recopilación de datos

relacionados con los puntos de origen y destino de los mexicanos. En conjunto, la nueva información binacional debe contener suficientes observaciones a fin de procurar análisis cuantitativos y, al mismo tiempo, ser lo suficientemente detallada para brindar una comprensión penetrante de las relaciones entre salud y migración. Asimismo, dicha información debe incluir datos acerca de las familias en diferentes momentos, ya que sólo disponiendo de información diacrónica podremos estudiar la manera en que se desarrollan las relaciones entre salud y migración como procesos interrelacionados.

A la fecha, la información procedente del Proyecto de Salud y Migración (PSM [HMP, por sus siglas en inglés]) nos ha permitido formular una serie de preguntas relacionadas con estos procesos. A diferencia de otros conjuntos de datos, la información proporcionada por el PSM nos ha permitido examinar los efectos de la migración en una extensa variedad de indicadores de la salud, tanto objetivos como subjetivos. También nos ha permitido medir de un modo directo la estructura de las redes sociales, la fortaleza de los vínculos y los recursos recibidos dentro de las mismas, así como medir su efecto en la salud de los mexicanos. Paralelamente, hemos utilizado la información para examinar la forma en que el género influye en los efectos migratorios causados a la salud infantil, la manera en que la migración afecta la mortalidad infantil y de la niñez, y evaluar si la migración es un proceso selectivo y cómo funciona éste. El presente trabajo constituye la primera fase de una serie de publicaciones relacionadas con el proyecto y sugiere que los movimientos migratorios tienen importantes efectos en la salud, tanto en sus puntos de destino estadounidenses como en sus puntos de origen mexicanos.

Describimos aquí los principales resultados arrojados por el proyecto, en el entendido de que continuaremos con él en el futuro por lo que desde hoy invitamos a los investigadores interesados a utilizar esta información para una mejor comprensión de las complejidades involucradas en las relaciones entre salud y migración.

■ Antecedentes

Las teorías existentes acerca de la asimilación de los inmigrantes pronostican que el tiempo que éstos pasen en Estados Unidos seguramente redundará en un mejoramiento de su bienestar (Neidert y Farley, 1985). Ya sea en escolaridad o en salud, la

permanencia prolongada en Estados Unidos conducirá a mejores resultados que la permanencia breve. En la práctica, sin embargo, éste no es el caso. Estudios recientes han revelado que tras largos periodos de residencia en Estados Unidos, los inmigrantes muestran peor desempeño en la escuela, su alimentación es escasa en nutrientes, experimentan más complicaciones durante el embarazo y más enfermedades crónicas (Scribner y Dwyer, 1989; Kao y Tienda, 1995; Guendelman e English, 1995; Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 1995; Singh y Yu, 1996; Singh y Siahpush, 2002).

Las condiciones actuales de los barrios pobres en que muchos inmigrantes habitan al principio de su estancia en Estados Unidos son parte del problema. A pesar de la tendencia generalizada de los inmigrantes a habitar en áreas suburbanas (Alba *et al.*, 1999), un número creciente de los mismos reside en los barrios pobres y marginados de Estados Unidos. En este contexto, los inmigrantes tienen contacto diario con segmentos de población pobres y minoritarios y con las instituciones que les sirven. Por numerosas razones, tras una larga permanencia en estos vecindarios, los inmigrantes pueden experimentar poca —y aun decreciente— movilidad en relación con sus logros educativos, apego al mercado laboral, y estado de salud en general (Ogbu, 1974; Portes y Zhou, 1993; Portes, 1995; Perlmann y Waldinger, 1997; Rumbaut, 1997).

Además del contexto socioeconómico, algunos expertos de las ciencias sociales creen que la orientación cultural afecta el comportamiento de los inmigrantes. El apoyo social, en particular, es un factor clave que, se piensa, contribuye a mantener los aspectos de la cultura mexicana que producen buenos nacimientos. Estudios previos indican que los mexicanos tienden a participar en grandes redes de parentesco y que muestran altos índices de intercambio con familiares y de visita a los mismos, patrones que son reforzados cuando hay gran proximidad con los parientes (Mindel, 1980; Keefe, 1984). Sherraden y Barrera (1996a), informan que, entre los inmigrantes mexicanos de segunda generación, el apoyo familiar condujo a resultados positivos del embarazo cuando se mantuvieron buenas relaciones en el curso del tiempo. Las madres, en especial aquellas que vivían cerca de una hija embarazada, promovían las conductas saludables (como la dieta prenatal y la nutrición) durante el embarazo mediante la ayuda concreta, el apoyo emocional y una legítima fuente de conocimiento acerca de dicha experiencia (Sherraden y Barrera, 1996b).

Si bien la mayor parte de los estudios se centran en las consecuencias positivas del capital y las redes sociales, trabajos recientes distinguen entre los efectos positivos y negativos (véase Portes, 1998). El apoyo familiar, por ejemplo, no siempre es beneficioso, sobre todo si se percibe como inadecuado (Cramer y McDonald, 1996). Algunos estudios sugieren que las redes familiares de los mexicanos proveen más frecuentemente apoyo emocional que ayuda material o instrumental (Vega, 1990; Golding y Burnam, 1990; Griffith y Villavicencio, 1985).

Debido a que los mexicanos reciben la influencia de las creencias, del comportamiento y las experiencias de las personas que los rodean, viven en un particular ambiente cultural que puede empeorar o promover su estado general de salud. Sostenemos que este ambiente está representado sobre todo por la estructura y organización de sus redes sociales, y que éstas, junto con la vida en la comunidad, el cuidado del hogar y los factores individuales, inciden en la salud de los migrantes tanto en México como en Estados Unidos. Para las familias de pocos recursos y para los recién llegados a Estados Unidos, los vínculos con México pueden ser importantes para el buen estado mental y físico de niños y adultos. Por lo tanto, en un principio, los fuertes vínculos de las redes sociales pueden acrecentar la salud de los nuevos inmigrantes, pero, con el paso del tiempo, pueden adquirir menos relevancia conforme las relaciones se debilitan y son sustituidas por los vínculos establecidos en los lugares de destino estadounidenses.

Además de la explicación que destaca la manera en que la orientación cultural de los inmigrantes preserva comportamientos saludables que con el tiempo pierden su fuerza tras una larga residencia en Estados Unidos (Cabral *et al.*, 1990; Guendelman y Abrams, 1995), otra explicación antagónica hace referencia a la migración selectiva. Comúnmente conocida como la “hipótesis del inmigrante saludable” —según la cual los inmigrantes conforman un grupo de personas especialmente sanas que ya desde el principio de sus vidas tenían más posibilidades de emigrar a Estados Unidos que las menos sanas—, ha recibido cierto apoyo en estudios recientes. Por ejemplo, un estudio revela que la calidad de los partos de puertorriqueñas —en especial entre aquellas que habían llegado recientemente a Estados Unidos— se explicaba en parte por un proceso de migración selectiva que propiciaba que emigraran los individuos más sanos en lugar de los menos sanos (Landale *et al.*, 2000). Otro estudio documenta que la mayor mortalidad de los migrantes mexicanos nacidos fuera de Estados Unidos es resultado de la alta

propensión mostrada por los menos sanos de regresar a México (Palloni y Arias, 2004).

■ Información del Proyecto de Salud y Migración

Dado que nuestro interés primario era examinar el grado en que salud y migración son procesos interrelacionados, el principal objetivo de nuestro esfuerzo al recoger los datos fue reunir información diacrónica de las comunidades de origen y destino. Esto permite examinar los resultados en salud de familias de no migrantes que viven en México, de familias mexicanas cuyos paterfamilias emigraron a Estados Unidos en algún momento, y de familias de migrantes que en la actualidad residen en este país. Si bien el acopio de información que abarque a estos tres grupos no se hace con frecuencia en las ciencias sociales, es de primera importancia porque permite establecer comparaciones entre el estado de salud de los mexicanos que hoy residen en Estados Unidos y el de las familias de no migrantes o de migrantes que han regresado a México. Sólo mediante estas comparaciones podrán evaluarse las explicaciones discordantes que dan cuenta de los paradójicos resultados en salud antes descritos.

Para obtener dicha información, diseñamos y pusimos en operación la Encuesta sobre Salud y Migración (ESM [HMS, por sus siglas en inglés]; véase www.mexmah.com). La ESM inquiriere a las mujeres entrevistadas acerca de sus historias matrimoniales, de trabajo y fertilidad, así como acerca de sus redes sociales, los apoyos que reciben y los gastos familiares. También contiene información relacionada con la salud de otros niños y adultos e incluye historias de los nacimientos ocurridos en los seis años anteriores al levantamiento de la encuesta, mortalidad infantil, inmunización, amamantamiento, utilización y puntos de vista sobre los servicios de salud, y salud prenatal. Finalmente, la ESM incluye la etnoencuesta utilizada por el Proyecto de Migración Mexicana (PMM [MMP, por sus siglas en inglés]), y, por lo tanto, contiene información relacionada con la migración, el trabajo y la adquisición de capital por parte de los miembros de la familia (<http://mmp.opr.princeton.edu/>).²

² También reunimos información antropométrica (estatura y peso) de madres e hijos en los hogares de cuatro comunidades encuestadas en 1996, 1999 y 2000.

Ya en 1996 pusimos en operación la ESM en once comunidades del estado de San Luis Potosí y dos de Estados Unidos. Las comunidades mexicanas representan diversos tipos de condiciones climáticas (de muy secas a húmedas), composición poblacional (mestizos e indios), y niveles de desarrollo económico (en que la producción oscila entre el trabajo en la granja y la manufactura y los servicios, en áreas que van de los pequeños ranchos a las grandes ciudades). A ocho de las once comunidades se les encuestó en cuatro paneles: 1996, 1998, 1999 y 2000, mientras que a las comunidades restantes se les encuestó en cuando menos dos paneles.

En cada comunidad realizamos entrevistas con la “señora” del hogar, que regularmente era la esposa del jefe de familia o, en algunos casos (cerca de dos por ciento), ella misma la cabeza de la familia. En cinco de las comunidades mexicanas hicimos un muestreo al azar de aproximadamente 200 hogares.³ En las restantes comunidades más pequeñas consideramos a toda la población de los diferentes hogares. En conjunto, nuestra muestra mexicana es representativa de los hogares que existían en estas comunidades durante los años en que se levantó la encuesta.

Para complementar la información sobre los mexicanos escogimos dos barrios ubicados en Estados Unidos como marcos de muestreo, uno en la gran área urbana de Houston, Texas (encuestado en 1996 y 2000), y otro en San Diego, California (encuestado solamente en 1997). Las personas encuestadas informaron que ambos barrios son importantes puntos de destino para los inmigrantes de San Luis Potosí. Hicimos el acopio de información a partir de hogares escogidos al azar en ambas áreas. En cada uno de ellos empezamos por definir los vecindarios (utilizando información censal por manzanas) que contenían altas concentraciones de extranjeros y de origen mexicano. Como la información censal resultaba relativamente obsoleta para el tiempo en que levantamos las encuestas, pasamos varios días caminando por los vecindarios, definiendo y redefiniendo sus límites. Este proceso fue especialmente importante en Houston, una ciudad carente de legislación por zonas. Como resultado de esto, definimos nuestros vecindarios a fin de excluir ciertos grupos de manzanas en las que estaban situados establecimientos comerciales relativamente grandes (por norma en las orillas de nuestra área veci-

³ En estas comunidades realizamos un muestreo al azar de conformidad con un marco que contenía a todos los hogares de cada comunidad. El marco de la muestra fue desarrollado a partir de un censo que llevamos a cabo. Antes de iniciar el acopio de datos, caminamos por las calles y colonias de cada comunidad, anotamos todos los hogares en una lista maestra, la cual se convirtió en el marco de nuestra muestra.

nal). Una vez establecidos los límites y definiciones de cada vecindario, elaboramos una lista de los domicilios familiares en el vecindario y escogimos al azar los que integrarían nuestra muestra.

Una ventaja de la operación de muestreo realizada en Estados Unidos es que las dos áreas son muy diferentes entre sí. La de San Diego está integrada por población relativamente joven, con muchos niños, pocos son propietarios de la casa que habitan y muchos son inmigrantes mexicanos recién llegados. El área vecinal de Houston está más establecida, es más vieja, con pocos inmigrantes mexicanos recién llegados, con más propietarios de su vivienda y más hogares que cuentan con la presencia de ambos padres. En la medida que otras áreas de destino de inmigrantes comparten las mismas características, pensamos que nuestra muestra es representativa de estas áreas.

En total recopilamos información de aproximadamente 1 750 hogares en 11 comunidades mexicanas entre 1996 y 2002, y de 262 hogares en dos comunidades estadounidenses entre 1996 y 2000. Los índices de respuesta fueron muy altos durante los cuatro ciclos de acopio de información, con un promedio mayor de 90 por ciento. La eficacia para relocalizar los hogares del primer panel fue buena entre 1996 y 1998, y mejoró a lo largo del periodo de acopio de datos 1996-2002. Entre 1996 y 1998, por ejemplo, aproximadamente 73 por ciento de los hogares originales volvieron a ser entrevistados. La relocalización de hogares fue muy exitosa tras el esfuerzo realizado en 2002, cuando aproximadamente 80 por ciento de los hogares entrevistados en los primeros ciclos fueron entrevistados de nueva cuenta.

■ La migración en las comunidades objeto de la muestra

El cuadro 1 describe los atributos de los migrantes en cada una de las 13 comunidades de la muestra. Las comunidades mexicanas están organizadas de acuerdo con las tres regiones principales del estado, Altiplano, Zona Media y Huasteca, y Estados Unidos de América. En dos columnas adicionales se presentan estos atributos para cada conjunto de comunidades: las dos ubicadas en Estados Unidos (véase la última columna) y las 11 comunidades mexicanas (véase la columna anterior a la antepenúltima). Si se revisan primero estas dos columnas compendiosas, podrá observarse que mientras en todos los hogares estadounidenses cuando me-

CUADRO 1 CARACTERÍSTICAS MIGRATORIAS DE LAS COMUNIDADES DE LA MUESTRA

	Comunidades por región													
	Altiplano			Zona Media			Huasteca			Estados Unidos				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total EUA	
Número de hogares	138	175	183	97	139	91	170	93	201	106	531	112	146	258
% de hogares con padre o esposa migrante	42.4	39.4	48.5	78.5	53.4	56.8	26.2	48.3	26.9	9.9	41.1	100.0	100.0	100.0
<i>Hogares de migrantes:</i>														
Año inicial de migración	1942	1942	1920	1916	1918	1946	1945	1948	1936	1950	1916	1918	1945	1918
Experiencia promedio en EUA (en meses)	24.3	21.2	43.3	30.1	26.1	21.9	21.4	18.8	16.2	8.7	25.9	202.2	128.6	156.6
% de remesas recibidas	44.7	62.0	30.4	68.1	36.1	42.5	21.4	37.4	15.2	11.3	35.3	—	—	—
<i>Padres migrantes: (N)</i>	53	62	81	73	67	46	40	41	51	6	520	54	105	159
% de padres con experiencia en EUA	50.5	44.3	58.0	88.0	57.3	59.7	29.0	48.8	32.1	7.1	46.1	77.1	96.3	88.8
Año del primer viaje (promedio)	1977	1978	1969	1964	1973	1977	1974	1976	1976	1968	1973	1976	1983	1980
Experiencia en EUA (promedio en meses)	46.0	47.2	80.0	69.2	54.4	41.3	42.3	38.8	31.0	13.0	52.7	204.6	148.6	168.7
<i>Madres migrantes: (N)</i>	7	8	13	7	10	4	5	6	6	2	81	69	106	215
% de madres con experiencia en EUA	6.7	5.7	9.3	8.4	8.5	5.2	3.6	7.1	3.8	2.4	6.3	98.6	97.3	98.6
Año del primer viaje (promedio)	1986	1986	1968	1973	1983	1978	1978	1980	1982	1984	1979	1918	1986	1983
Experiencia en EUA (promedio en meses)	45.2	35.4	68.2	45.8	11.1	20.0	15.6	14.6	17.4	14.0	33.8	207.1	114.3	149.5
Número de hogares	138	175	183	97	139	91	170	93	201	106	1393	112	146	258

Nota: "N" significa que los porcentajes registrados son menores que el número total de los hogares encuestados debido a la falta de información.



nos uno de los padres había migrado, 41 por ciento de los hogares mexicanos contaba con un jefe de familia o su esposa que informaba haber emigrado a Estados Unidos. A pesar de la considerable diversidad de las comunidades, es interesante que la duración de la larga y sostenida historia de las relaciones migratorias entre México y Estados Unidos se revela en la fecha del primer viaje a Estados Unidos que todos los migrantes reportaron: para las comunidades mexicanas, 1916; para las ubicadas en Estados Unidos, 1918. En contraste, la sustancial heterogeneidad de las comunidades respecto de otros atributos migratorios ilustra las diferencias de los estadios migratorios en que se encuentran las comunidades de origen. Por ejemplo, en todos los hogares de origen mexicano se reportó un promedio de 26 meses de experiencia en Estados Unidos, pero, en una comunidad de la Huasteca, los padres informaron de sólo nueve meses, y en otra comunidad de la Zona Media, los padres migrantes promediaron 43 meses. Asimismo, si bien 35 por ciento de todos los hogares mexicanos informaron haber recibido remesas, el monto de las mismas por hogar varió considerablemente en cada comunidad. Aproximadamente 68 por ciento de los hogares de una comunidad de la Zona Media informaron haber recibido remesas en comparación con el 11 por ciento recibido en una comunidad de la Huasteca. En promedio, la recepción de remesas fue más común en los hogares de la Zona Media que en los de la Huasteca.

Diferencias similares en los estadios migratorios de las comunidades son sugeridas por las características de los padres y madres que migraron. Aunque 46 por ciento de todos los hogares mexicanos informaron tener padres con experiencia migratoria a Estados Unidos, en una comunidad de la Zona Media 88 por ciento de los padres tenían experiencia migratoria a dicho país. Y de nuevo, en contraste, sólo siete por ciento de los padres en una comunidad de la Huasteca tenían esa experiencia. De hecho, cuando menos la mitad de los hogares en todas las comunidades de la Zona Media y el Altiplano informaron que tenían experiencia migratoria a Estados Unidos. Su mayor experiencia se deduce también de los primeros viajes a Estados Unidos, efectuados tempranamente, y de las largas estadías en ese país, sobre todo si estos datos se comparan con el promedio de los mostrados por todas las comunidades mexicanas. Además, estos patrones eran aproximadamente comparables en el caso de las mujeres, si bien éstas viajaron en mucho menor medida a Estados Unidos. En conjunto mostraban flujos migratorios más antiguos y maduros en las comunidades del Altiplano y la Zona Media que en los de

la Huasteca, donde la migración empieza más tarde, menos hogares dependen de las remesas y pocas mujeres participan en el proceso.

■ La relación salud-migración entre las mujeres y los niños mexicanos

Iniciamos con un análisis descriptivo de la relación salud-migración para mujeres y niños en los hogares de nuestra muestra. El cuadro 2 describe las condiciones de salud de las madres y los hijos según la condición migratoria de los padres. Aquí también presentamos en conjunto los atributos de las dos comunidades estado-unidenses consideradas (véase la última columna) y de las 11 comunidades mexicanas (véase la columna anterior a la antepenúltima). Al comparar estas dos columnas, observamos que madres e hijos que residen actualmente en hogares de migrantes en Estados Unidos informaron gozar de mejor estado de salud y no padecer de enfermedades recientemente. En comparación con las mujeres de hogares mexicanos, las madres migrantes que en la actualidad viven en Estados Unidos informaron gozar de mejor estado de salud, padecer menos enfermedades recientemente y menor número de embarazos que las mujeres de hogares pertenecientes a migraciones anteriores o de no migrantes. En relación con estos hogares, aquellos con unos cuantos años de experiencia migratoria en Estados Unidos eran menos proclives a parir hijos de bajo peso, ya fuesen actuales migrantes en Estados Unidos o lo hubiesen sido en el pasado.

Diferencias significativas de salud debido a la condición migratoria aparecen también en los niños. Por ejemplo, si residían en Estados Unidos tenían más probabilidades de gozar de buena salud. Sin embargo, en comparación con los hogares de no migrantes, los niños en hogares de migrantes tenían ligeramente más probabilidades de informar acerca de una enfermedad reciente. Los niños pertenecientes a hogares de actuales migrantes tenían menos probabilidades de contar con una madre fumadora durante su embarazo y también de convertirse en fumadores pasivos de adultos fumadores en el hogar durante ese periodo. Los niños con experiencia migratoria, en especial aquellos que vivían en hogares de migrantes actuales, promediaron un peso ligeramente mayor al nacer, y tenían menos probabilidades de nacer con bajo peso que los pertenecientes a hogares de no migrantes. Por último, aquellos que vivían con padres migrantes con menos de cinco años de

CUADRO 2 ESTADO DE SALUD DE MADRES E HIJOS SEGÚN SU CONDICIÓN MIGRATORIA

	Hogares mexicanos Experiencia en EUA			Hogares en EUA Experiencia en EUA			
	Ninguno	< = 4 años	5 + años	Total MÉX	< = 4 años	5 + años	Total EUA
Panel A: Estado de salud de la madre:							
Estado general de salud:							
% Muy bueno	2.6	1.6	2.3	2.3	7.4	8.4**	8.7
% Bueno	36.2	33.1	39.8	35.9	48.2	48.4**	45.6
Enfermedad en los últimos 15 días:							
% sin enfermedad	57.5	59.1	55.1	58.4	85.2**	71.1**	71.9
% con enfermedad 10 días o más	27.3	23.2	26.9	25.7	7.4**	10.5**	10.3
Características del embarazo:							
Núm. total de embarazos	5.7	5.5	5.1*	5.6	3.0**	3.7**	3.6
Características del parto:¹							
% de niños con bajo peso al nacer	13.8	7.8**	14.3	12.9	4.3*	8.8	8.1
Número de observaciones	761	442	89	1393	27	191	258
Porcentaje	50.4	29.3	5.9	—	1.8	12.6	—
Panel B: Estado de salud de los niños:							
Estado general de salud:							
% Muy bueno	3.7	3.5	7.0	4.3	16.7**	37.4**	35.8
% Bueno	54.3	53.2	42.1*	53.6	52.8	45.8**	44.4
Enfermedad en los últimos 15 días:							
% sin enfermedad	76.2	65.0**	70.0	72.1	63.9*	67.1**	67.6
% con enfermedad menos de 10 días	18.5	27.2**	28.3*	22.0	27.8	24.9*	24.7
% Con enfermedad 10 días o más	5.3	7.8	1.7*	5.9	8.3	8.0	7.7
Características del embarazo:²							
% la madre fumó durante el embarazo	6.8	3.5*	1.9**	5.2	0.0**	2.8**	2.2
% otros miembros del hogar fumaron	24.1	22.4	14.8*	22.6	21.9	15.9**	18.1
% con problemas graves	5.8	9.0*	5.2	7.3	2.9	4.7	5.4
Características del primer año de vida:							
Peso al nacer (promedio en libras)	7.2	7.4*	7.5	7.3	7.7*	7.5*	7.5
% con bajo peso al nacer	11.7	6.9*	11.1	10.9	3.0**	8.0	7.1
% de amamantados	77.7	78.0	83.3	77.7	91.2**	78.6	78.1
% con enfermedad el primer año	37.2	45.5**	46.9	41.3	41.9	49.2*	47.4
Número de observaciones	495	304	60	958	38	249	317
Porcentaje	43.2	26.5	5.2	—	3.3	21.7	—

Nota: los asteriscos denotan diferencias significativas entre hogares mexicanos sin experiencia migratoria y hogares con experiencia migratoria, **p < .05 y *p < .10. 1 Las preguntas relacionadas con el parto se hicieron sólo a madres cuyos hijos nacieron después de 1989 y se registraron para sus dos últimos partos (N = 716).

2 Las preguntas sobre embarazo y parto se hicieron únicamente en relación con niños nacidos después de 1989 que estuvieron en los dos últimos partos (N = 1102).

experiencia migratoria en Estados Unidos tenían más probabilidades de haber sido amamantados, si bien los que contaban con estancias más prolongadas tenían menos probabilidades de haber sido alimentados de esta manera en comparación con los hijos de hogares de no migrantes. Las estancias de corta duración se relacionaban con el reporte de enfermedades ocurridas en el primer año de vida.

■ Programa analítico

Hasta la fecha, nuestro interés en las relaciones entre salud y migración ha producido algunos trabajos de importancia. El primero, que utiliza el único indicador de salud del Proyecto de Migración Mexicana, se publicó en *Demography* en 1999 (véase Kanaiaupuni y Donato, 1999). En este trabajo examinamos los efectos de las remesas procedentes de Estados Unidos y de la intensidad e institucionalización en los puntos de origen de los migrantes sobre la mortalidad infantil. Los resultados sugieren que los efectos de migración sobre la salud se desarrollan con el tiempo. En sus etapas iniciales, la migración trastornó a familias y comunidades, pero, con el paso del tiempo, facilitó la supervivencia de los hogares conforme se convirtió en parte de las instituciones locales y de la vida de las comunidades. Por lo tanto, los riesgos de mortalidad infantil no se relacionaban con la migración de manera lineal y predecible. La supervivencia de los infantes empeoraba considerablemente cuando las comunidades estaban en las primeras etapas de migración y, por lo tanto, de la red de remesas de dinero enviadas desde Estados Unidos. Sin embargo, conforme la migración creció en las comunidades de origen, benefició la salud de las familias mexicanas y mejoró la longevidad infantil. En conjunto, los resultados obtenidos en los diferentes niveles demuestran que 1) la salud infantil se relaciona con la etapa del proceso migratorio en que se encuentran las comunidades, y que 2) los atributos sociales y económicos de la migración a final de cuentas mejoran la supervivencia infantil.

Más adelante se describen los resultados que arrojaron otros dos trabajos. Para éstos usamos información de la ESM correspondiente a las muestras representativas que se realizaron en 1996 y 1998 en los hogares de diez comunidades de San Luis Potosí. Si bien nuestro interés primordial es ilustrar el grado en que salud y migración constituyen procesos interrelacionados, empezamos por describir un

texto que examina los efectos de las redes sociales y de apoyo en la salud de los niños mexicanos. En seguida describimos los análisis que se ocupan de la manera en que el género afecta la relación entre migración y la salud del niño. Por lo tanto, el objetivo de nuestro primer ciclo de textos consistía en examinar la forma en que las redes sociales y de apoyo afectan la salud de los niños mexicanos, y luego en examinar la manera en que el género nos ayuda a entender los efectos de la migración en la salud. En el último artículo documentamos los resultados en salud de la niñez comparándolos con los de las familias de no migrantes que viven en México, de familias mexicanas cuyos padres fueron migrantes en algún tiempo, y de familias de migrantes que viven actualmente en Estados Unidos.

Los efectos del capital social: redes sociales, apoyo social y salud. Nuestra discusión de los efectos positivos y negativos del capital social se basan en los trabajos de Portes, Bordieu y otros (véase Portes, 1998). El capital social deriva de la estructura de las relaciones sociales: “[...] para poseer capital social, una persona debe estar relacionada con otros, y son esos otros [...] quienes constituyen de hecho la fuente de su ventaja” (Portes, 1998:7). El capital social puede acrecentar los resultados si opera como una fuente positiva de control social que promueve la solidaridad social y el apoyo familiar, o que genera beneficios procedentes de personas ajenas a la familia. Si bien las ciencias sociales no lo destacan suficientemente, el capital social puede resultar negativo y mermar la cohesión de grupo si promueve la exclusión de los otros, los reclamos excesivos a los miembros de ciertos grupos, la restricción de la libertad individual, y las normas que ayudan a mantener a los grupos vulnerables en su lugar.

Utilizamos esta conceptualización de las consecuencias positivas y negativas del capital social para motivar la elaboración de un artículo que surja del presente proyecto. Al examinar la estructura de las redes personales, de los vínculos que éstas implican y de los recursos que las mismas contienen, investigamos de modo sistemático y empírico las formas en que las redes y el apoyo afectan la salud. Otros trabajos han destacado la manera en que las redes inciden en los procesos migratorios internacionales. Aquellas personas que habían emigrado con anterioridad, y que cuentan con vínculos familiares, de parentesco o con compatriotas, generan nuevos arribos a destinos específicos en Estados Unidos y, por lo tanto, son de suma importancia para el desarrollo y la conservación de los enclaves étnicos (Nee, 1991; Portes y Stepick, 1993; Zhou, 1992). Los vínculos de los migrantes

con sus comunidades de origen los proveen de información y ayuda que reducen subsecuentemente los costos de la migración e incrementan el regreso de los nuevos migrantes, lo cual genera un proceso migratorio autosostenible (Massey *et al.*, 1987).

Una limitación enorme de trabajos anteriores sobre redes sociales y migración es que la mayoría se centra en los vínculos individuales de los migrantes, con lo cual se destacan los elementos relacionados con el parentesco (véase Massey y Espinosa, 1997). Esta perspectiva ha analizado de manera típica los efectos de la presencia y la cantidad de vínculos familiares de los migrantes que se encuentran en Estados Unidos, absteniéndose de medir de un modo directo la estructura social, la fuerza de tales vínculos y los recursos que éstos proveen. Contribuimos a esa bibliografía analizando la información de las redes centradas en los vínculos individuales, con el fin de medir la estructura de las redes sociales de los individuos y para determinar cuándo y cómo los resultados en salud están relacionados con la calidad y la cantidad de los recursos existentes gracias a estos vínculos.

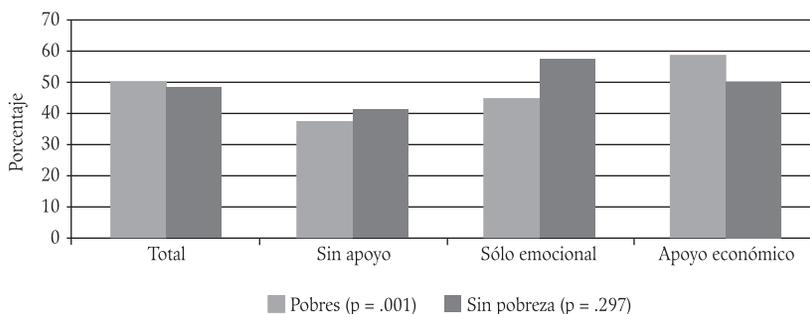
Una segunda limitación de los estudios anteriores es que sólo se centran en las redes de migrantes y excluyen las redes de no migrantes (Kanaiaupuni, 1999). Remediamos este problema mediante el examen de las estructuras de las redes de migrantes y no migrantes. Para ello nos basamos en los primeros estudios realizados por los antropólogos, quienes encontraron que, en México, las redes familiares y de parentesco son fuentes fundamentales de seguridad social y apoyo mutuo (Lomnitz, 1977; Logan, 1981). En estos y otros estudios aparece documentado que los acuerdos sociales de las redes ajenas al parentesco (por ejemplo, el compadrazgo) proveen a las familias de una red de seguridad durante las crisis económicas y situaciones imprevistas mediante el intercambio de favores y obligaciones (Dinerman, 1982). En décadas recientes, los vínculos no familiares han adquirido gran importancia para los hogares que se enfrentan a la “rápida urbanización, por un lado, y a la crisis económica, por otro” (González de la Rocha, 1994, p. 17).

En las décadas recientes del siglo XX, con los cambios económicos y sociales ocurridos en México, se ha intensificado la larga tradición migratoria de mexicanos a Estados Unidos en busca de trabajo (véase Durand y Massey, 1992). Por ejemplo, en algunas comunidades se calcula que más de 90 por ciento de los hombres emigrarán por primera vez a Estados Unidos a los 40 años de edad (Donato *et*

al., 1992a; Donato, 1999).⁴ A resultas de ello, algunos han argumentado que la migración México-Estados Unidos se ha convertido en un proceso institucionalizado y autosostenible (Donato *et al.*, 1992b; Massey *et al.*, 1994; Massey, 1990). En tales áreas con altos niveles de migración a Estados Unidos, los fuertes vínculos y redes de apoyo individuales y comunitarias prestan ayuda a los residentes y mejoran su estado de salud. Por ejemplo, según se ha documentado entre mujeres muy pobres de países en desarrollo (Aymer, 1998; Logan, 1981), en lugares donde es común la emigración masculina, las mujeres no migrantes generan nuevas formas de apoyo social a partir de amigos, familiares y otros residentes (Kanaiaupuni, 1999).

Así, en un artículo que aparecerá próximamente en *Social Forces*, examinamos si las relaciones de intercambio social afectan la salud de los niños en México y de qué manera lo hacen —en especial de aquellos que viven en hogares pobres (Kanaiaupuni *et al.*, 2004). La gráfica 1 ilustra la relación entre salud infantil y grado de apoyo. De manera significativa revela crecientes probabilidades de estado de salud bueno/excelente en hogares económicamente marginados, o pobres, que reciben mayor apoyo social (ningún apoyo, sólo apoyo emocional, apoyo económico); mientras que en el caso de los hogares que no sufren de pobreza esta relación es estadísticamente insignificante.

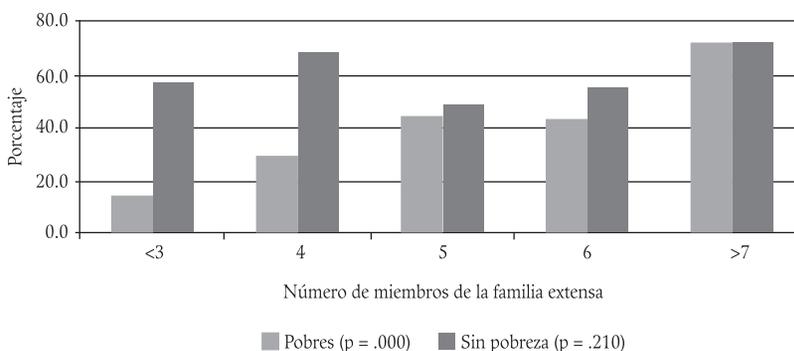
GRÁFICA 1 PORCENTAJE DE NIÑOS CON BUENA/EXCELENTE SALUD POR CANTIDAD DE APOYO SOCIAL RECIBIDO: HOGARES POBRES Y SIN POBREZA



⁴ Desde mediados de los años ochenta ha crecido en México la emigración femenina (Donato 1993; Kanaiaupuni, 2000). A pesar de la presencia creciente de la mujer, el flujo migratorio proveniente de México continúa siendo preferentemente masculino.

En conjunto, estos resultados sugieren que la migración México-Estados Unidos, como proceso institucionalizado y autosostenible, altera la naturaleza de las relaciones de intercambio social en México. Debido a que, en muchas comunidades mexicanas, los jóvenes capaces, que es la principal forma de trabajo productivo, están ausentes durante largos periodos, los residentes de las comunidades se han adaptado mediante el desarrollo de fuertes redes de apoyo que los proveen de una variedad de recursos. La fortaleza de las redes descansa principalmente en la obligación y la frecuencia de uso (además de las expectativas de normatividad) y ambas son reforzadas conforme los migrantes cruzan la frontera siguiendo los pasos de sus padres y sus abuelos. La gráfica 2 muestra algunas evidencias de ello. Estadísticamente muestra mayores probabilidades de apoyo económico conforme aumenta el número de miembros de la familia extensa en los hogares pobres, que era la hipótesis inicial. Contrariamente, en los hogares que no sufren de pobreza, la relación entre familia extensa y apoyo es insignificante. Estos resultados permanecen en modelos de muchas variables que controlan otros factores relevantes, los cuales pueden afectar la salud de los niños en México.

GRÁFICA 2 APOYO ECONÓMICO RECIBIDO POR NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA EXTENSA: HOGARES POBRES Y SIN POBREZA



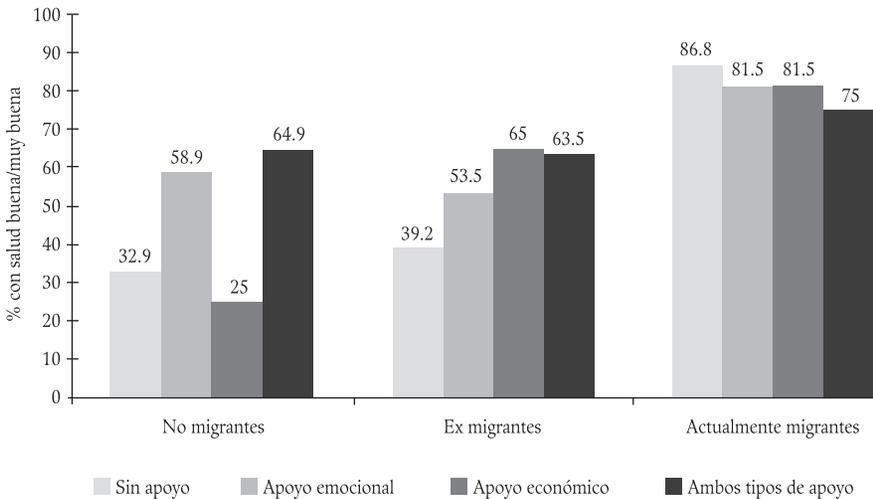
Los resultados de nuestra hipótesis final en este artículo indicaron que las redes sociales y de apoyo mutuo son especialmente importantes para el bienestar de los niños pertenecientes a hogares económicamente marginados. Aunque esperábamos que las familias más pobres tuvieran menor acceso a las redes de apoyo y

buena salud, también esperábamos que los recursos provenientes de la familia extensa repercutieran en mayor medida en la salud de los niños de estas familias, en comparación con los de las familias que no padecen pobreza. La familia extensa protege a las familias pobres de los efectos de la inseguridad económica en una nación que ofrece pocos —o ninguno— programas públicos institucionales para apoyar a las familias durante los periodos de crisis económica o personal.

Al revelar la relación de los acuerdos de las redes sociales ubicadas en los puntos de origen mexicanos con el mejor estado de salud de los niños y mejor apoyo social, los resultados sugieren cómo pueden operar las redes sociales en los hogares de migrantes en Estados Unidos. Por ejemplo, dado que la interacción social es una importante característica que vincula las redes sociales con la salud de la niñez, el contacto frecuente con la familia puede promover la crianza de niños más sanos. Por lo tanto, los hogares de los inmigrantes pobres tienen la posibilidad de proteger la salud de sus familias y sus hijos apoyándose en sus redes familiares para conseguir apoyo social y contacto frecuente. Tras estancias prolongadas en Estados Unidos, sin embargo, los vínculos de los inmigrantes pueden romperse, lo cual conduce al empequeñecimiento de las redes y a la declinación de las visitas, fenómeno que a su vez puede contribuir al deterioro de la salud.

La gráfica 3 permite examinar la relación migración-apoyo-salud. Aquí vemos que el apoyo social recibido protege la salud de los hijos más pequeños en hogares de familias no migrantes o de ex migrantes, pero que tiene un mínimo efecto protector en la salud de los niños de familias actualmente migrantes. Entre los no migrantes, por ejemplo, aproximadamente una tercera parte de las madres que no recibieron apoyo informaron que sus hijos gozaban de buena salud, en comparación con 65 por ciento de los niños cuyos hogares recibieron tanto apoyo emocional como económico. En familias de ex migrantes, 39 por ciento de los niños cuyas madres no recibieron apoyo gozaban de buena salud, en comparación con 63 por ciento de los niños cuyas madres reportaron haber recibido ambos tipos de apoyo. En abierto contraste, las madres en hogares estadounidenses informaron que por lo menos 75 por ciento de sus hijos gozaban de buena salud, con independencia de cuánto apoyo hubieran recibido. Trabajos futuros nos dirán en qué medida estas diferencias de salud infantil relacionadas con la condición migratoria varían con el nivel de pobreza.

GRÁFICA 3 SALUD DEL NIÑO POR APOYO SOCIAL Y CONDICIÓN MIGRATORIA



Estos resultados muestran que el análisis de las redes en sus contextos socioculturales es fundamental para identificar la manera en que dichas redes influyen en la salud y el bienestar. Hemos intentado entender esas relaciones en un contexto mexicano cuyos fundamentos son los valores sociales y las normas de reciprocidad, confianza y compadrazgo para proteger a las familias de la inseguridad emocional y económica. Si bien los resultados son similares en espíritu a los de otros casos estudiados en otros momentos y áreas de México y Estados Unidos, representan sólo un paso en el entendimiento de la compleja interacción entre las redes sociales, el apoyo mutuo y la salud de los mexicanos que residen en ambos lados de la frontera. Desentrañar esta interacción será nuestro objetivo más importante en futuras investigaciones.

Cómo influye el género en los efectos migratorios que determinan la salud de los niños mexicanos. En otros dos artículos hemos usado la información binacional para investigar el papel que desempeñan las diferencias de género en los efectos migratorios que afectan la salud de los niños en tres tipos de familias mexicanas: las de los migrantes que en la actualidad viven en Estados Unidos, las de aquellos que regresaron a México y las de los que no tienen experiencia migratoria (Donato, Kanaiaupuni y Stainback, 2003; Donato, Stainback, Rosenthal y Kanaiaupuni, 2004). Nuestros resultados revelan diferencias de género en los efectos migratorios, in-

cluso después del control ejercido por muchos mediadores potenciales. En los hogares mexicanos donde los padres tenían cuando menos cinco años de experiencia migratoria, tanto los niños como las niñas gozaban de mejor estado de salud que sus contrapartes no migrantes en México, pero las niñas se habían beneficiado más que los niños. Los riesgos de mala salud se relacionan también con distintos efectos en función de la edad. Las niñas mayores eran especialmente penalizadas a causa de su edad, en comparación con las menores de dos años; los niños, por su parte, no experimentaron consecuencias negativas con la edad. Este análisis sugiere que la migración tiene serias, aunque diferentes, consecuencias en la salud de las niñas y los niños mexicanos y mexicano-estadounidenses. Además, proporciona evidencia para dos explicaciones antagónicas de estas diferencias de género: el empoderamiento de la mujer como resultado de la migración a Estados Unidos y la migración selectiva de las familias más sanas.

Por ejemplo, utilizando la información de la ESM examinamos el grado en que los atributos personales de la madre, su autonomía en la toma de decisiones y sus opiniones sobre el empleo, los hijos y la migración difieren de conformidad con la condición migratoria del hogar al que pertenece. Si los más sanos deciden emigrar de México, esperaríamos ver altos índices de empleo y educación entre las mujeres de hogares de migrantes en Estados Unidos que entre las mujeres de hogares de no migrantes o de ex migrantes. Si, no obstante, la desigualdad de género que influye en la salud del niño se relaciona con las preferencias construidas sobre la tradicional jerarquía de los géneros, y la experiencia migratoria a Estados Unidos, que contribuye a modificar la distribución del poder, reduce esta desigualdad, se esperaría que la toma de decisiones en los hogares estadounidenses fuera más igualitaria que en los hogares de mexicanos no migrantes o de migrantes que regresan a México.

El cuadro 3 sugiere diferencias existentes en los atributos de las mujeres, en sus reportes de una toma de decisiones y un cuidado de los hijos más equitativos, y en sus opiniones. Por lo general, a las mujeres que formaban parte de hogares que contaban con padres que habían regresado de Estados Unidos después de, por lo menos, cinco años se les puede describir como aquellas que experimentaban menor flexibilidad en los roles de género. Solían tomar decisiones por sí solas, sin la participación de sus maridos (en gran parte porque regularmente los maridos estaban ausentes del hogar). También solían informar —en mayor medida que

CUADRO 3 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS POR CONDICIÓN MIGRATORIA DEL PADRE

	Total de la muestra		Hogares mexicanos Experiencia en EUA 1-4 años		Hogares en EUA Experiencia en EUA 5 + años	
	Ninguno	298	18.7**	5.8	55.2**	7.4
Atributos de la madre	31.7	6.3	58.5	50.0	21.4**	22.8**
% Madres con empleo	45.3	49.8	42.5	69.0**	32.1*	25.4**
Educación (promedio en años)	46.6	49.1	45.0	69.0**	26.9**	34.3**
Toma de decisiones de las mujeres	14.3	12.0	17.5	34.5**	10.7	15.1
Decide por sí misma	39.2	32.1	36.2	25.9	75.0**	63.9**
% de decisión, alimentos	44.0	41.4	46.2	22.4**	64.3**	55.9**
% de decisión, medicinas	47.5	47.3	48.7	24.1**	69.2*	52.3
% de decisión, visitas al médico	61.4	62.7	70.0	63.8	64.3	52.0
% de decisión, gastos del hogar	21.7	16.6	19.0	21.8	44.4**	36.5**
El marido ayuda con los niños	44.1	49.8	46.8	40.0	25.9**	28.1**
Muchas veces	17.0	17.1	20.2	12.7	25.9	15.2
A veces	10.5	11.3	8.9	10.9	3.7*	9.5
Raras veces	6.6	5.2	5.1	14.5**	0.0**	10.7**
Nunca						
Opiniones de las mujeres						
% que aceptan lo siguiente:						
Está mal que las mujeres no tengan más hijos, aun si ya tienen varios, cuando los maridos quieren más	23.0	22.4	30.7	38.5**	14.8	18.6
Una mujer puede llevar una vida feliz y satisfactoria incluso sin contraer matrimonio	23.1	19.8	17.3	21.4	22.2	37.2**
Una mujer puede llevar una vida feliz y satisfactoria sin haber contraído matrimonio y sin haber tenido hijos	9.6	10.0	3.8**	19.3*	13.8	7.0

Nota: los asteriscos denotan diferencias significativas entre hogares mexicanos sin experiencia migratoria y hogares con experiencia migratoria, **p < .05 y *p < .10.



sus contrapartes en Estados Unidos— que sus maridos no ayudaban en absoluto en el cuidado de los hijos. Al mismo tiempo, la información relacionada con actitudes muestra conflictos de roles. En mayor medida que las mujeres de hogares de no migrantes, solían aceptar que 1) la mujer debe tener más hijos si así lo desea su marido, y 2) la mujer puede ser feliz y estar satisfecha con su vida sin haberse casado y sin haber tenido hijos. En contraste, las mujeres migrantes que residían en Estados Unidos parecían gozar de mayor flexibilidad en los roles de género. Ya fuese por los mejores índices de empleo, por su tendencia a una condición más equitativa en la toma de decisiones, o por defender la idea de que la mujer puede ser feliz y tener una vida satisfactoria sin contraer matrimonio, las mujeres de hogares de migrantes en Estados Unidos son notoriamente diferentes de las mujeres pertenecientes a hogares de no migrantes.

Por lo tanto, los anteriormente descritos efectos migratorios de género que repercuten en la salud de los niños ¿se deben a las formas en que la migración México-Estados Unidos modifica las normas de género que alientan a las familias de inmigrantes a realizar propuestas de género más equitativas y que incidan en la salud de sus hijos, o se deben a la migración selectiva de padres más sanos a los Estados Unidos? A la fecha no contamos con evidencia suficiente para escoger entre estas dos explicaciones. Tal vez los análisis que se realicen en el futuro y que examinen los cambios en las características de los miembros de los hogares de migrantes por condición migratoria arrojen alguna luz sobre estas explicaciones. Mientras tanto, lo que sabemos es que 1) la vida en hogares estadounidenses donde los padres tienen amplia experiencia migratoria y en los que hay una gran flexibilidad en los roles de género beneficia más a las niñas que a los niños; 2) la vida en los hogares de migrantes mexicanos donde los padres tienen limitada experiencia migratoria en Estados Unidos y donde los roles de género son más rígidos mejora la salud de los niños y empeora la de las niñas.

■ Discusión y conclusiones

En conjunto, nuestro análisis contribuye a los estudios existentes que se ocupan de las consecuencias de la migración en la salud. Como algunos han notado, muy a menudo los estudios acerca de la salud de los inmigrantes adolecen de cierta

confusión respecto de cuál grupo es el apropiado para establecerlo como grupo de comparación (Palloni y Morenoff, 2001; Jasso *et al.* 2004). La mayoría de los estudios comparan a los inmigrantes con los nacidos en Estados Unidos (Singh y Siahpush, 2002), mientras que otros comparan a los nacidos en Estados Unidos con los nacidos en Puerto Rico usando información de origen y destino (Landale *et al.*, 2000). Los resultados arriba descritos utilizan también información combinada de puntos de origen y destino, y permiten una comparación no analizada aún en los estudios publicados: la existente entre niños que viven en México y sus padres nunca han emigrado, y tanto de los que viven en hogares de mexicanos que actualmente se encuentran en Estados Unidos como de los que viven con sus padres y ya están de regreso en México. A la fecha, esto ha permitido dos hallazgos: 1) hay beneficios para la salud de los niños —en especial de las niñas— en los hogares que cuentan con padres que actualmente son inmigrantes en Estados Unidos y han permanecido ahí por lo menos cinco años, pero 2) hay una desventaja para las niñas de hogares mexicanos en los que figuran padres que emigraron sólo por breve tiempo en el pasado. Estos resultados se refieren a una población demográficamente diferente de la considerada en estudios anteriores: niños de hasta nueve años de edad y que, tal vez como resultado, contrasta con otros estudios que documentan mejor estado de salud entre inmigrantes adultos recién llegados y sus hijos pequeños en comparación con inmigrantes más establecidos (Landale *et al.*, 2000; Singh y Siahpush, 2002). Por lo tanto, si bien la evidencia de que la salud de los niños mexicanos al nacer es mejor de lo que se esperaba (Palloni y Morenoff, 2001), nosotros documentamos que 1) la duración de la residencia en Estados Unidos se relaciona con las ventajas de salud que presentan los niños mexicanos un poco mayores, y que 2) a pesar de la inclusión de destacadas variables explicativas, el género sigue siendo significativo.

Estos hallazgos exigen nuevos estudios que analicen los efectos específicos de género causados por la migración en la salud de los niños mexicanos de todas las edades, y las diferencias de estos efectos en niños y adultos. La identificación de mecanismos específicos es el siguiente paso obvio y, como muchos ya lo han dicho, para esta tarea se requiere información diacrónica de origen y destino. Esta importante tarea constituye un aspecto de nuestra agenda futura de investigación. Los resultados de nuestro trabajo revelan cómo se relacionan los acuerdos de las redes sociales en los puntos mexicanos de origen con mejores estados de salud de

la niñez y de apoyo social. Como ya se ha dicho, estos resultados permiten que nos hagamos una idea acerca de la forma en que operan las redes sociales en los hogares de migrantes en Estados Unidos, y ya hemos empezado a considerar esta cuestión para futuras investigaciones.

Además, esta información podrá dar respuesta a otras preguntas relacionadas con salud y migración. Por ejemplo, ¿en qué medida las familias de migrantes y no migrantes hacen uso de los servicios médicos y qué tipo de servicios utilizan? ¿Cuánto cuestan estos servicios y en qué medida son cubiertos por el seguro? Además, ¿en qué medida los mexicanos se apoyan en el cuidado y la práctica de la salud informal y qué diferencias se presentan, si es que se presentan, por la condición migratoria? La migración puede afectar también la salud de otros miembros de la familia como los adultos y los ancianos. ¿Cuánto prevalecen los padecimientos crónicos y las limitaciones funcionales entre estas poblaciones? Y ¿cuánto varían los estados de salud objetivos y subjetivos en función de la condición migratoria y/o por la recepción de remesas de dinero procedentes de Estados Unidos? Asimismo, usando una batería de preguntas acerca de las preferencias culturales en torno de la salud, ¿en qué medida difieren las preferencias de las madres de familias de migrantes de las de no migrantes? Finalmente, ¿cuánto se modificaron los indicadores de salud según la condición migratoria entre 1996 y 2002, y qué explicaciones subyacen bajo tales cambios?

A estas y muchas otras preguntas puede responder la información de la ESM. Ya sea que se dirijan a la relación entre salud y migración o planteen preguntas no relacionadas con la salud, como la manera en que se ha modificado el estatus socioeconómico de los hogares mexicanos, esta información representa una oportunidad inigualable para entender las condiciones sociales, económicas y de salud que enfrentaron las familias mexicanas entre 1996 y 2002. Queremos, por lo tanto, alentar a los investigadores para que las utilicen en futuros trabajos.

■ Bibliografía

ALBA, R.D., J.R. Logan, B. Stults, G. Marzan, y W. Zhang (1999), "Immigrants Groups in the Suburbs: A Reexamination of Suburbanization and Spatial Assimilation," *American Sociological Review*, núm. 64, pp. 446-460.



- AYMER, P. (1997), *Uprooted Women : Migrant Domestic in the Caribbean*, Westport, C. T., Praeger.
- CABRAL, H., L.E. Fried, y S. Levenson, (1990), "Foreign-born and US-born Black women: Differences in Health Behaviours and Birth Outcomes," *American Journal of Public Health*, núm. 80, pp. 70-72.
- CRAMER, J.C. y K.B. McDonald (1996), "Kin Support and Family Stress: Two Sides to Early Childbearing and Support Networks", *Human Organization*, núm. 2, pp. 160-169.
- DINERMAN, I. (1982), *Migrants and Stay-at-Homes: A Comparative Study of Rural Migration from Michoacán, México*, La Jolla, Calif., Program in U.S.-Mexican Studies, University of California at San Diego (Monographs in U.S.-Mexican Studies, núm. 5).
- DONATO, K.M. (1999), "A Dynamic View of Mexican Migration to the United States", *Gender Sigues*, vol. 1, núm. 17, pp. 52-75.
- DONATO, K.M., J. Durand, y D.S. Massey (1992a), Stemming the Tide? Assessing the Deterrent Effects of the Immigration Reform and Control Act., *Demography*, vol. 2, núm. 29, pp. 139-57.
- (1992a), Changing Conditions in the U.S. Labor Market: Effects of the Immigration Reform and Control Act of 1986. *Population Research and Policy Review*, núm, 11, pp. 93-115.
- DONATO, K.M. (1993), "Current Trends and Patterns of Female Migration: Evidence from México", *International Migration Review*, vol. 4, núm. 27, pp. 748-772.
- DONATO, K.M., J. Durand y D.S. Massey (1992), "Stemming the Tide? Assessing the Deterrent Effects of the Immigration reform and Control Act", *Demography*, vol. 2, núm. 29, pp. 139-157.
- DONATO, K.M., S.M. Kanaiaupuni, y M. Stainback (2003), "Sex Differences in Child Health: Effects of México-U.S. Migration", *Journal of Comparative Family Studies* (número especial sobre las familias y la desigualdad entre los hijos), E. Fussell y A.H. Gauthier (eds.), verano, pp. 455-477.
- DONATO, K.M., M. Stainback, C.C. Rosenthal, y S.M. Kanaiaupuni (2004), "The Significance of Gender in Explaining the Effects of Migration on Mexican Child Health" (en revisión).
- DURAND, J. y D. Massey (1992), "Mexican Migration to the United States: A Critical Review", *Latin American Research Review*, vol. 2, núm. 27, pp. 3-42.

- GOLDING, J. y A. Burnam (1990), "Stress and Social Supports as Predictors of Depressive Symptoms in Mexican Americans and Non-Hispanic Whites", *Journal of Social and Clinical Psychology*, núm. 9, pp. 268-286.
- GONZÁLEZ de la Rocha, M. (1994), *The Resources of Poverty: Women and Survival in a Mexican City*, Oxford, Blackwell Press.
- GRIFFITH, J. y S. Vallencio (1985), "Relationships among Acculturation, Socio-demographic Characteristics, and Social Supports in Mexican-American Adults", *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, núm. 7, pp. 75-92.
- GUENDELMAN, S. (1995), "Immigrants May Hold Clues to Protecting Health During Pregnancy: Exploring a Paradox", School of Public Health, Division of Health Policy and Administration, University of California at Berkeley (Wellness Lecture Series).
- GUENDELMAN, S., y P. English (1995), "Effect of United States Residence on Birth Outcomes among Mexican Immigrants: An Exploratory Study", *American Journal of Epidemiology*, vol. 9, núm. 142, pp. 30-38.
- GUENDELMAN, S. y B. Abrams (1995), "Dietary Intake among Mexican-American Women: Generational Differences and a Comparison with White Non-Hispanic Women", *American Journal of Public Health*, vol. 1, núm. 85, pp. 2-25.
- GUENDELMAN, S., J.B. Gould, y M. Hudes (1990), "Generational Differences in Perinatal Health among the Mexican American Population: Findings from HHANES, 1982-1984", *American Journal of Public Health*, núm. 80, pp. 61-65.
- IDLER, E., e Y. Benyamini (1997), "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies", *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 38, pp. 21-37.
- JASSO, G., D.S. Massey, M.R. Rosenzweig, y J. P. Smith (2004), "Immigrant Health-Selectivity and Acculturation", en Norman B. Anderson, Randy A. Bulatao, y Barney Cohen (eds.), *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*, Washington, D.C., National Academy Press, pp. 227-266.
- KANAIAUPUNI, S.M. (1995), "Women and Migration: Household Organizational Strategies of Mexican Families", tesis de doctorado, Department of Sociology, University of Chicago.
- (2000), "Sustaining Families and Communities: Nonmigrant Women and México-U.S. Migration Processes", Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin at Madison (ponencia #2000-13).

- KANAIAUPUNI, S.M. (1999), "Non-Migrant Women and Origin Networks in U.S.-Mexico Migration Processes." Manuscript. University of Wisconsin-Madison.
- KANAIAUPUNI, S.M., y K.M. Donato (1999), "Migradollars and Mortality: The Effects of Migration on Infant Survival in Mexico", *Demography*, vol. 3, núm. 36, pp. 339-353.
- KANAIAUPUNI, S.M., K.M. Donato, T. Thompson Colon y M. Stainback (2004), "Counting on Kin: Social Networks, Social Support and Child Health", *Social Forces* (en preparación).
- KEEFE, S. (1984), "Real and Ideal Extended Families among Mexican-Americans and Anglo-Americans: On the Meaning of Close Family Ties", *Human Organization*, núm. 43, pp. 65-70.
- KAO, Grace and Marta Tienda (1995), "Optimism and Achievement: The Educational Performance of Immigrant Youth", *Social Science Quarterly*, vol. 1, núm. 76, pp.1-19.
- LANDALE, N.S., R.S. Oropesa, y B.K. Gorman (2000), "Migration and Infant Death: Assimilation or Selective Migration among Puerto Ricans?", *American Sociological Review*, núm. 65 (diciembre), pp. 888-909.
- LITWIN, H. (1998), "Social Network Type and Health Status in a National Sample of Elderly Israelis", *Social Science and Medicine*, vols. 4-5, núm. 46, pp. 599-609.
- LOGAN, K. (1981), "Getting by with Less: Economic Strategies of Lower Income Households in Guadalajara", *Urban Anthropology*, vol. 3, núm. 10, pp. 231-246.
- LOMNITZ, L.A. (1977), *Networks and Marginality: Life in a Mexican Shantytown*, Nueva York, Academic Press.
- MASSEY, D. (1990), "The Social and Economic Origins of Immigration", *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, núm. 510, pp. 60-72. [Publicado en español, "Los orígenes sociales y económicos de la inmigración", *Boletín. Grupo Parlamentario Inter-Americano Sobre Población y Desarrollo*, vol. 2, núm. 8.]
- MASSEY, D., L. Goldring, y J. Durand (1994), "Continuities in Transnational Migration: An Analysis of Nineteen Mexican Communities", *American Journal of Sociology*, vol. 6, núm. 99, pp. 1492-1533.

- MASSEY, D., R. Alarcón, J. Durand, y H. González (1987), *Return to Aztlán: The Social Process of International Migration from Western México*, Berkeley, University of California Press.
- MASSEY, D., y K. Espinosa (1997), "What's Driving Mexico-U.S. Migration? A Theoretical, Empirical and Policy Analysis", *American Journal of Sociology*, vol. 4, núm. 102.
- MENJIVAR, Cecilia (2000), *Fragmented Ties: Salvadoran Immigrant Networks in America*, Berkeley, University of California Press.
- MINDEL, C.H. (1980), "Extended Familism among Urban Mexican Americans, Anglos and Blacks", *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, núm. 2, pp. 21-34.
- NEE, V. (1991), *Social Exchange and Political Process*, Nueva York, N.Y., Garland Press.
- NEIDERT, L.J., y Farley R. (1985), "Assimilation in the United States: An Analysis of Ethnic and Generation Differences in Status and Achievement", *American Sociological Review*, núm. 50, pp. 840-850.
- OGBU, J.U. (1974), *The Next Generation: An Ethnography of Education in an Urban Neighborhood*, Nueva York, N.Y., Academic Press.
- PALLONI, A., y J. Morenoff (2001), "Interpreting the Paradoxical in the Hispanic Paradox: Demographic and Epidemiological Approaches", *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 954, pp. 140-174.
- PALLONI, A., y E. Arias (2004) "Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage", *Demography*, vol. 3, núm. 41, pp. 385-415.
- PERLMANN, J., y R. Waldinger (1997), "Second generation Decline? Children of Immigrants, Past and Present—A Reconsideration", *International Migration Review*, vol. 4, núm. 31.
- PORTES, A. 1998. "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology." *Annual Review of Sociology*, núm. 24, pp. 1-24.
- PORTES, Alejandro, y Min Zhou (1993), "The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, núm. 530 (noviembre), pp. 74-96.
- PORTES, A., y A. Stepick (1993), *City on the Edge: The Transformation of Miami*, Miami, Fl., Longitude Books.
- ROSCELLE, A. (1995), *No More Kin: Exploring Race, Class and Gender in Family Networks*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.

- RUMBAUT, R. (1997), "Assimilation and its Discontents: Between Rhetoric and Reality", *International Migration Review*, vol. 4, núm. 31, pp. 923-960.
- SCRIBNER, R. (1996), "A Paradox as Paradigm: The Health Outcomes of Mexican-Americans", *American Journal of Public Health*, núm. 86, pp. 303-305.
- SCRIBNER, R. y J.H. Dwyer (1989), "Acculturation and Low Birthweight among Latinos in the Hispanic HANES", *American Journal of Public Health*, núm. 79, pp. 1263-1267.
- SHERRADEN, M.S., y R.E. Barrera (1996a), "Family Support and Birth Outcomes among Second-Generation Mexican Immigrants", *Social Service Review*, vol. 4, núm. 71, pp. 607-633.
- (1996b), "Maternal Support and Cultural Influences among Mexican Immigrant Mothers", *Journal of Contemporary Human Services*, núm. 77, pp. 298-313.
- SINGH, G.K., y S.M. Yu (1996), "Adverse Pregnancy Outcomes: Differences between U.S. and Foreign-born Women in Major U.S. Racial and Ethnic Groups", *American Journal of Public Health*, vol. 6, núm. 86, pp. 837-843.
- SINGH, G.K., y M. Siahpush (2002), "Ethnic-Immigrant Differentials in Health Behaviors, Morbidity, and Cause-Specific Mortality in the United States: Analysis of Two National Data Bases", *Human Biology*, vol. 1, núm. 74, pp. 83-109.
- STANTON-SALAZAR, R. (2001), *Manufacturing Hope & Despair: The School and Kin Support Networks of U.S.-Mexican Youth*, Nueva York, Teachers College Press.
- SUAREZ-OROZCO, M., y C. Suarez-Orozco (1995), "The Cultural Patterning of Achievement Motivation: A Comparison of Mexican, Mexican Immigrant, Mexican American, and Non-Latino White American Students", en R.G. Rumbaut y W.A. Cornelius (eds.), *California's Immigrant Children: Theory, Research and Implications for Educational Policy*, La Jolla, C.A., Center for U.S. Mexican Studies, pp. 161-90.
- VEGA, W. (1990) "Hispanic Families in the 1980's: A Decade of Research", *Journal of Marriage and the Family*, núm. 52, pp. 1015-1024.
- ZHOU, M. (1992), *New York's Chinatown: The Socioeconomic Potential of an Urban Enclave*, Philadelphia, P.A., Temple University Press.