

USO BI-NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS: EL CASO DE LOS RESIDENTES DE TIJUANA

MÓNICA JASIS-SILBER, M.C., M.S.P.,⁽¹⁾
SYLVIA GUENDELMAN, PH. D.⁽²⁾

Jasis-Silber M, Guendelman S.
Uso bi-nacional de servicios de salud en la
frontera México-Estados Unidos: el caso de
los residentes de Tijuana.
Salud Publica Mex 1991;33:463-474.

RESUMEN:

La frontera de México con los Estados Unidos representa una región de intercambio bi-nacional a nivel cultural, demográfico y de servicios, donde la actividad de un país impacta a la del otro. En cuanto al uso de servicios de salud, poco se ha investigado hasta el momento, a pesar de que existe preocupación por parte de funcionarios de ambos países. En el lado estadounidense de la frontera, existe la creencia de que parte del sobre uso de servicios de salud en áreas colindantes con México está dado por residentes de ciudades fronterizas mexicanas que no tienen derecho a utilizarlos. Mientras tanto, en México no se ha medido hasta dónde existe realmente este uso de servicios en ambos países y cuáles serían las implicaciones para la infraestructura de las ciudades fronterizas mexicanas. El presente trabajo representa un primer acercamiento al problema. A mediados de 1987, se aplicó una encuesta directa en Tijuana a una muestra de 660 hogares que incluyan 2 954 individuos. Se investigó el grado de uso de servicios de salud en el lado mexicano y estadounidense por población tijuanaense, así como el volumen de visitas generado, las ra-

Jasis-Silber M, Guendelman S.
Binational use of health services in the
Mexican-American border: The case of
the residents of Tijuana.
Salud Publica Mex 1991;33:463-474.

ABSTRACT:

The U.S.-Mexico border is a region where two neighboring countries share a dynamic exchange of cultural, demographic and economic activities. Regarding the use of health services, there is growing concern among American officials that part of the indigent health care burden in the Southwestern United States may be caused by residents of Mexico who cross the border to use U.S. health services. If this is true, it could be the result of unmet needs in the Mexican health care system which spill over across the border. This article examines the extent and volume of use of health care services by Tijuana residents in both countries. It also identifies the factors that predict the use of U.S. health services. The data reported were obtained from a community survey, conducted in June 1987, based on a random sample of 660 households. The results reveal that despite the geographical proximity and a tradition among Mexican border residents to consume American products, when it comes to health services, the local Mexican health care system is preferred. In fact, the use of Tijuana based services is 16 times higher than in the U.S. The users of services in the U.S. tend to choose the private

(1) Coordinadora del Area de Investigación, Proyecto CONCERN, México.

(2) Profesora-investigadora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley.

Fecha de recibido: 28 de febrero de 1991 Fecha de aprobado: 16 de abril de 1991

zonas de estas visitas y los factores que predicen el uso en Estados Unidos. Del análisis concluimos que los residentes de Tijuana, a pesar de la proximidad geográfica y la tradición de consumo de productos estadounidenses, tienden 16 veces más a usar los servicios ofrecidos en la propia ciudad, aún si tienen seguros médicos estadounidenses. Si usan los servicios estadounidenses, tienden a hacerlos a nivel privado y a pagar por ellos, sin sobrecargar al sistema de fondos públicos de Estados Unidos. Para esto, el estatus socioeconómico, el ser hombre y de edad madura fueron fuertes predictores de este uso de servicios estadounidenses. Para el sistema público de México estos usuarios no representan ningún problema, pues buscan el sistema privado y, a su vez, los servicios privados de Tijuana verían compensada esta mínima falta de demanda con el uso de servicios por parte de residentes estadounidenses. Futuros estudios deben dirigirse a examinar la magnitud de este fenómeno inverso que impulsa a estadounidenses a cruzar la frontera buscando servicios en Tijuana.

Palabras clave: servicios de salud

sector and pay out of pocket. The findings indicate that socioeconomic status, sex and age are significant predictors of U.S. service utilization. We conclude that the low demand for U.S. services does not interfere with Mexico's health system. However, we recommend that future studies assess the extent of use of Tijuana services by U.S. residents, so that we can assess the magnitude of cross border utilization.

Key words: health services

Solicitud de sobretiros: 306 Warren Hall, School of Public Health, University of California, Berkeley, California 94720, USA

LA FRONTERA DE México con Estados Unidos ha sido una de las regiones de nuestro país más dinámicas de la última década. Es una zona de intercambio cultural, demográfico y de servicios en la que se puede decir que los fenómenos se dan a nivel bi-nacional. La crisis agro-económica de México y los cambios en la economía de Estados Unidos han hecho que las ciudades fronterizas, como Tijuana, Ciudad Juárez y Matamoros, por nombrar algunas, se conviertan en fuertes polos de atracción migratoria, fenómeno que ha contribuido a un crecimiento acelerado.

Como parte del impacto de una región en otra, se destaca el empleo de mano de obra de muy diverso tipo, como es el caso de los jornaleros agrícolas en campos de California, de trabajadores mexicanos empleados en servicios de áreas metropolitanas como El Paso o San Diego y de obreras mexicanas empleadas en plantas maquiladoras de origen americano. A la vez, el consumo de productos "del otro lado" por parte de población me-

xicana y el uso de servicios de salud de un lado u otro de la frontera constituyen otras áreas de creciente intercambio binacional.

Se calcula que al año se producen 360 millones de cruces a lo largo de los 3 200 kilómetros de frontera compartida con Estados Unidos.¹ Para el caso del uso de servicios esta cifra implica la existencia de un fenómeno que requiere ser evaluado, ya que impacta directamente a la planeación en la Región.

Desde la recesión económica de 1982, el Sector Salud en México se ha visto afectado por recortes presupuestales, que han incidido principalmente en los servicios ofrecidos a población abierta, como los del Departamento de Integración Familiar (DIF) y de la Secretaría de Salud (SSA). Mientras tanto, en el lado estadounidense de la frontera existe la percepción de que, como gran parte de la población indigente de esa zona es de origen mexicano y utiliza servicios médicos financiados por fondos del gobierno de los Estados Unidos, es posi-

ble que algunos de estos usuarios realmente residan en ciudades del lado mexicano y crucen la frontera específicamente en busca de servicios de salud estadounidense.^{2,3}

Si lo anterior llegara a ser cierto, representaría un problema de sobre uso de servicios estadounidenses destinados a residentes de ese país y solventados por el pago de impuestos por parte de población estadounidense. Para México implicaría la evidencia de una necesidad no cubierta de servicios. A nivel bi-nacional esto tendría implicaciones no sólo económicas sino también en el uso combinado de dos diferentes sistemas de salud que probablemente compartan protocolos similares, pero definitivamente tienen necesidades diferentes que cubrir y recursos muy distintos con los cuales responder.

Poco se ha investigado al respecto y los estudios previos sugieren la necesidad de estudiar este fenómeno para la planeación regional de servicios, que muchas veces inciden en las negociaciones bi-nacionales.

En el presente artículo se analiza el uso de los servicios de salud por parte de residentes permanentes de la ciudad de Tijuana. Basándonos en una encuesta aplicada a 660 hogares, exploramos si los habitantes de Tijuana prefieren utilizar los servicios que ofrece la ciudad o cruzar al lado estadounidense. Asimismo, investigamos el grado de uso y el volumen de visitas generadas en el periodo de seis meses previos al levantamiento de la encuesta, así como las razones más frecuentes de estas visitas y las formas de pago de las mismas. Finalmente, exploramos los factores que predicen el uso de servicios "del otro lado" de la frontera por parte de los usuarios que residen en Tijuana.

Los resultados de este trabajo nos permitirán evaluar el fenómeno del uso bi-nacional de servicios de salud e identificar las necesidades no cubiertas en Tijuana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tijuana fue la ciudad fronteriza seleccionada para realizar el estudio porque es la que tiene mayor población (cerca de 788 mil habitantes censados) y es el punto donde se registra el más alto número de cruces a Estados Unidos.

Se realizó una encuesta directa a la comunidad, dado que permite una mayor generalización de resultados cuando se investiga el acceso a los servicios de salud.⁴

Para el muestreo aleatorio se utilizó un sistema computarizado de información geográfica acerca de Tijuana, generándose una muestra de 660 hogares. Este sistema

geográfico de información, basado en celdas de la escala transversal universal de Mercator, localiza puntos urbanos sobre una superposición de mapas que contienen datos sobre las áreas residenciales y sus densidades de población.⁵

El tamaño de la muestra se determinó heurísticamente, por dos razones: primero, existen problemas en cuanto a la población real que reside permanentemente en la ciudad y, segundo, los datos censales de 1980 no se consideraban confiables al momento de aplicar la encuesta.⁶

La muestra resultante fue pre-estratificada en tres sectores socioeconómicos, pues las diferencias marcadas a nivel de clase son identificables e imprimen cierta diferenciación en el modo de vida y patrones de uso de servicios en Tijuana. Esta estratificación se basó en criterios residenciales urbanos objetivos, como la calidad de la vivienda, la existencia de vandalismo y la disponibilidad de servicios públicos en las colonias (como alumbrado, recolección de basura, transporte, escuelas y puestos de salud).

En Tijuana, el ingreso no representa una variable confiable en cuanto a estratificación, ya que existe una gran cantidad de gente empleada en trabajo informal o temporal. Los tres sectores socioeconómicos que resultaron de la estratificación detallada más arriba fueron: alto, medio y bajo, los cuales corresponden a áreas residenciales identificables claramente y que mostraron ser consistentes con estudios previos.^{7,8}

Los parámetros urbanos eran constatados por los encuestadores en cada caso. Por ejemplo, se encontró que la basura sin recolectar era dos veces más frecuente en el sector socioeconómico bajo en comparación con el medio y 28 veces más que en el alto. La existencia de escuelas y servicios de salud fue dos veces más frecuente en los sectores medio y alto que en el bajo.

Para poder establecer comparaciones, se seleccionó un número igual de hogares por sector en los tres sectores (N= 220), es decir, se sobremuestreó el sector socioeconómico alto. Luego se utilizó una técnica de pesos para poder generar estimaciones que reflejaran características de uso de la actual población de Tijuana. Cálculos recientes indican que 14.7 por ciento de la población está clasificada como sector socioeconómico alto, 46.3 por ciento como medio y 38.9 por ciento como bajo.⁹

En el presente trabajo, inicialmente se contactaron 711 hogares, pero 51 (7%) fueron eliminados por diferentes razones, entre ellas: la ausencia de mayores de edad para responder, residencias inhabitadas o rechazo

a colaborar. En este sentido, la mayor cantidad de rechazos se presentó en el sector socioeconómico alto, sobre todo por falta de interés o tiempo. En los 660 hogares que constituyen la muestra analítica se registraron datos de 2 954 personas.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO Y VARIABLES UTILIZADAS

El instrumento aplicado consistió en un cuestionario de 113 preguntas ordenadas en seis fichas o secciones de investigación: ficha de identificación (variables acerca de la vivienda y entorno residencial), ficha sobre composición del hogar, ficha de salud (basada fundamentalmente en variables que condicionan el uso de servicios), ficha sobre uso de servicios de bienestar social y educativos, ficha socioeconómica y migratoria, y ficha de salud materno-infantil. La duración promedio de cada entrevista fue de 40 minutos. Las fichas mencionadas contienen las variables independientes, como las demográficas (edad, sexo, estado civil, tamaño del hogar, ocupación de sus miembros), las socioeconómicas (ubicación residencial: sectores alto, medio o bajo) y las de cobertura de salud (si están asegurados en México o en Estados Unidos). En este último renglón se investigaron todos los tipos de cobertura de que pudieran gozar los residentes en México: ISSSTE, ISSSTECALI, IMSS, seguros privados o servicios para población abierta. Para referirnos a los seguros estadounidenses de los cuales pudiera ser beneficiaria esta población, cabe mencionar que se indagó acerca del uso de servicios cubiertos por Medicare, Medicaid y seguros de salud privados. El primero es un seguro médico que cubre a cualquier persona mayor de 64 años de edad y utiliza fondos del Seguro Social. El segundo, Medicaid, utiliza fondos públicos cubriendo a cualquier individuo que demuestre ser indigente y resida legalmente en territorio estadounidense. El tercero, los seguros privados, puede ser adquirido por cualquier individuo solvente que resida o no en Estados Unidos. En los seguros privados se incluyen las organizaciones médicas de mantenimiento de la salud (HMO, y los servicios pagados en co-participación del paciente y el empleador.

Cabe mencionar que cualquier individuo que haya residido en los Estados Unidos pudo haber gozado de estos seguros médicos, inclusive trabajadores temporales con situaciones migratorias inestables. El estatus migratorio de los encuestados para Estados Unidos se investigó de acuerdo al tipo de documentación que los

entrevistados declaraban poseer, ya sea visa de turista para visitar "el otro lado", visa de estudiante, visa temporal de trabajo, residencia permanente o ciudadanía estadounidense.

La variable dependiente "uso de servicios de salud en México y/o en los Estados Unidos" fue analizada a tres diferentes niveles: 1) si existe el contacto con algún proveedor de salud del país vecino; 2) volumen de visitas a proveedores de salud (médicos, enfermeras, dentistas) o servicios relacionados con la salud (ópticas, boticarios, empíricas en cada país, y 3) predictores del uso de servicios de salud estadounidenses por parte de la población usuaria de Tijuana.

El periodo evocador fue de seis meses anteriores al momento de la aplicación de la encuesta, ya que algunos estudios lo recomiendan como tiempo confiable para citar eventos de salud, en lugar de 12 meses, pues este último podría sobreestimar a la población sana (Cohen B, Erickson P, Powell A. The impact of length of recall period on the estimation of health events. Presentado en: Encuentro Anual de Estadística en los Estados Unidos, 1983).

Las entrevistas se realizaron en las casas de los entrevistados con un equipo de 12 entrevistadores, todos estudiantes de tercer año de medicina de la Universidad Autónoma de Baja California y coordinados por un coordinador de campo con nivel de maestría. Los respondientes fueron todos mayores de 18 años de edad y generalmente resultaban ser los jefes del hogar o sus cónyuges, quienes daban cuenta por todos los miembros de ese hogar. Las madres eran las que respondían por los menores del hogar. Además, en todos los hogares con niños menores de cinco años, se llenaba la ficha materno-infantil, la cual era un anexo especial de cada encuesta.

La prueba piloto se realizó a 50 hogares 10 días antes de la aplicación de la encuesta y consistió en pruebas de confiabilidad y validez interna y externa del instrumento. Los datos se levantaron entre el 19 y el 30 de junio de 1987.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se generaron distribuciones de frecuencias generales para cada variable independiente. La variable dependiente se consideró como dicotómica para poder medir la entrada o no entrada al sistema de salud, y como continua para medir el volumen de visitas.

Para comparar el uso de servicios en México y en Estados Unidos, se observaron diferencias en proporciones y medias para cada variable. Se realizaron pruebas de chi cuadrada para las variables dicótomicas y de *t* de Student para las continuas. A todas las estadísticas se les aplicó la técnica de pesos utilizando un factor multiplicador que refleja la distribución real de los diferentes sectores socioeconómicos en la ciudad.

Para evaluar los factores que actúan como predictores en el uso de servicios estadounidenses por parte de población usuaria de Tijuana, se tomaron en cuenta dos tipos de usuarios: los usuarios de servicios exclusivamente en México y los usuarios de servicios en Estados Unidos. Se corrieron regresiones multivariadas, incluyendo una regresión logística para identificar cuáles son los factores predictores del uso del sistema de salud estadounidense y una regresión lineal para examinar los predictores del volumen generado por las visitas.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA MUESTRA

Comparando con datos de la Secretaría de Salud, encontramos que nuestra muestra tiene una distribución similar en cuanto a la variable sexo: 51.2 por ciento fueron mujeres, mientras que la SSA informó 51.3 por ciento.¹⁰ En cuanto a la variable edad, la SSA registró un 10.8 por ciento para el grupo de 45 a 64 años. Para la muestra, el porcentaje fue de 15.5. Este aparente sobremuestreo puede deberse a la captación de población residente más estable, en lugar de la recién llegada a la ciudad.

De acuerdo con el cuadro I, la distribución por edades nos muestra que el 42.1 por ciento de la muestra corresponde a menores de 19 años, 54 por ciento a personas entre 19 y 64 años al momento de la encuesta, y 3.8 por ciento a mayores de 65 años. Podemos observar que el 56 por ciento de los adultos eran casados. En lo que se refiere al tiempo de residencia en la ciudad, 78.6 por ciento de los jefes de hogar informó tener por lo menos 10 años de residencia. Esto nos sugiere que la muestra captada se puede considerar como de residentes estables.

Cuarenta y siete por ciento del total de la muestra refirió no cruzar nunca a Estados Unidos, y el promedio de cruces notificado fue de 41 al año, es decir, aproximadamente, tres visitas a Estados Unidos al mes. Como se puede apreciar en el mismo cuadro, por lo que respecta

a la calidad migratoria para entrar a Estados Unidos, 36.1 por ciento declaró no poseer ningún papel legal para hacerlo, mientras que del resto, sólo casi 7 por ciento declaró poseer ciudadanía o ser residente legal. La mayoría posee el "pasaporte local" que les permite múltiples entradas, para compras o paseos.

Analizando el mismo cuadro, vemos que el nivel educativo registrado fue relativamente bajo, dado que de los adultos mayores de 25 años, 49.6 por ciento tenía nivel de primaria o menor y sólo el 16 por ciento había terminado los estudios universitarios.

Pasemos a revisar ahora el uso de servicios de salud por parte de residentes de Tijuana en México, en Estados Unidos o en ambos países. Lo examinaremos, como dijimos, a partir del grado de uso, del volumen de visitas generado y las características de estas visitas (razones y formas de pago) y, finalmente, investigaremos qué factores predicen el uso de servicios en Estados Unidos por parte de la población tijuanaense.

GRADO DE USO DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO Y EN ESTADOS UNIDOS POR POBLACIÓN DE TIJUANA

Los datos acerca del uso de servicios en México nos indican que 40.5 por ciento de la muestra declaró utilizar servicios exclusivamente en México en los seis meses previos a la encuesta. El promedio de edad de los usuarios fue de 28.4. Un 60.6 por ciento eran mujeres. La utilización de servicios de salud en Estados Unidos arroja un 2.5 por ciento de la muestra que declaró haber cruzado "al otro lado" para utilizar estos servicios. Como vemos, la cifra es bastante baja, lo que significa que por cada usuario de servicios en Estados Unidos hay en Tijuana 16 usuarios que utilizan servicios exclusivamente en México.

La población del sector socioeconómico alto declaró utilizar los servicios estadounidenses tres veces más que el sector de escasos recursos, y una vez y media más que el medio. Se puede apreciar una diferenciación clara de acuerdo a la edad. Los individuos mayores de 65 años y los niños menores de seis fueron los que registraron un mayor uso de servicios en Estados Unidos. Por lo que respecta a la utilización por sexo y sector, los hombres son los que declararon el mayor porcentaje (53%) en general, pero es de notar que en el sector alto las mujeres registran mayor uso que los hombres (1.2 mujeres por cada hombre). En el sector medio, la proporción fue de 1.1 a 1 y en el bajo de 1.3 a 1.

CUADRO I
Características sociodemográficas de una muestra de 2 954 residentes de Tijuana, 1987

Características	N°	%*
<i>Sexo</i>		
Femenino	1 520	51.2
Masculino	1 434	48.7
<i>Edad</i>		
0-5 años	313	11.3
6-12 años	437	15.3
13-16 años	459	15.5
19-44 años	1 140	38.5
45-64 años	485	15.5
65 años y más	120	3.8
<i>Estado civil (1 828 individuos fueron mayores de 18 años)</i>		
Solteros	576	31.4
Casados	1 038	56.0
Divorciados o separados	51	2.5
Unión libre	83	5.6
Viudos	80	4.4
<i>Tiempo de residencia en Tijuana (660 jefes de hogar)</i>		
Menos de 5 años	93	13.5
5-9 años	53	7.8
10 o más años	513	78.6
<i>Promedio de cruces al año a los Estados Unidos</i>		
(Desviación estándar)	48.5 (38.2)	40.6 (36.2)
<i>Tipo de documentación migratoria en los Estados Unidos</i>		
Sin documentos	925	36.1
Pasaporte local	1 663	52.4
Residentes legales o ciudadanos	225	6.8
Otros (estudiante, turista o trabajo)	141	4.5
<i>Nivel educativo (de 1 332 individuos mayores de 25 años de edad)</i>		
Primaria incompleta o nula	353	26.5
Primaria completa	308	23.1
Secundaria incompleta	154	11.6
Secundaria completa o vocacional	263	19.8
Universidad completa	213	16.0
Datos faltantes	41	3.0

* Se aplicó la técnica de pesos para ajustar los datos.

Fuente: Encuesta sobre uso bi-nacional de servicios de salud, Tijuana, B.C., México, 1987.

La figura 1 nos muestra la calidad migratoria de estos usuarios de servicios en Estados Unidos y podemos apreciar que la utilización de los servicios está relacionada con el tipo de documentación que declararon poseer los entrevistados. La mayor proporción de usuarios tijuanaenses en Estados Unidos se detectó entre los residentes legales o ciudadanos estadounidenses (48.6%). Esto significaría que dichos usuarios tienen derecho legal a hacer uso de los servicios estadounidenses. No ocurriría así con un 41 por ciento, que declaró haber utilizado servicios estadounidenses pero que sólo posee pasaporte local, el cual no les otorga ese derecho.

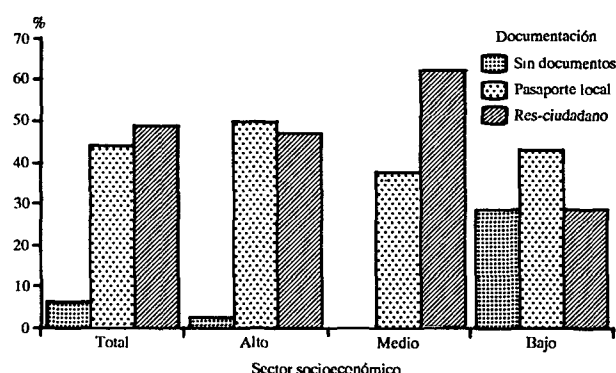


FIGURA 1. Utilización de servicios de salud en Estados Unidos por documentación migratoria y sector socioeconómico

Al controlar la muestra por sector socioeconómico, vemos que la mayoría de los usuarios con documentación migratoria legal en los Estados Unidos pertenece al sector medio (figura 1) y que los que no poseían documentos o derechos legales para usar los servicios pertenecen al sector bajo. Pero es importante recalcar que nuestro N es muy bajo (81 individuos) en comparación con los usuarios en México (1 081 individuos).

Al querer profundizar aún más en el tipo de cobertura de los usuarios de servicio en Estados Unidos, vemos que de los que poseen documentos migratorios de estancia legal, más del 70 por ciento goza de un seguro médico privado y, además aquellos que utilizaron seguros de fondos públicos (Medicare y Medicaid) (N= 10 individuos), todos eran ciudadanos estadounidenses o tenían residencia legal.

En cuanto al uso combinado de servicios en ambos países, tenemos que de 46 personas que declararon poseer algún tipo de seguro médico en Estados Unidos, sólo 65 por ciento utilizó servicios exclusivamente en ese país, 4.4 por ciento utilizó servicios en ambos países y el 30.5 por ciento restante lo hizo en México.

De los usuarios en México, la mayoría declaró acudir a la SSA y al DIF. De los 568 usuarios que indicaron estar cubiertos por seguros en México, más del 98 por ciento declaró acudir a servicios exclusivamente en este país. El 1.7 por ciento restante declaró utilizar servicios privados en el lado estadounidense y pagar enteramente por ellos. El total de las visitas generadas por estos individuos en Estados Unidos fue de 23.

NÚMERO (VOLUMEN), RAZONES DE LAS VISITAS Y FORMAS DE PAGO

Aplicando la técnica de pesos, vemos que los usuarios de servicios en México arrojan un promedio de visitas de 3.8 (con una desviación estándar (DE) de 5.9) en los seis meses previos a la encuesta. El promedio de visitas a servicios estadounidenses fue de 2.6 (DE de 2.7). Al analizar el tipo de visitas (al sector público o privado) por país, observamos que en México la proporción de visitas al sector privado es alta: 59.4 por ciento en comparación con las visitas al sector público, 39.3 por ciento. Sólo 1.1 por ciento utilizó servicios en ambos sectores (figura 2). De las visitas generadas a servicios estadounidenses, 84 por ciento fueron a nivel privado y sólo 15.4 por ciento a nivel público (figura 2).

El cuadro II nos expone las principales razones por las que los residentes de Tijuana declararon acudir a servicios de salud en México, Estados Unidos o ambos países. Así tenemos que por cada 100 visitas al sistema de salud mexicano, se hicieron cinco al sistema estadounidense. La salud reproductiva es el renglón que más destaca en cuanto al uso de servicios en el lado estadounidense. Por cada 100 visitas relacionadas a salud reproductiva en México, 14 se hicieron al sistema de salud de Estados Unidos.

Por lo que respecta a formas de pago por las visitas a servicios de salud, de un total de 1 619 visitas generadas en México por la muestra en la primera mitad de 1987, 63.5 por ciento fue pagado por los propios usuarios y sólo 29 por ciento fue cubierto por seguros médicos privados o de seguridad social. El 7 por ciento restante fue gratuito. Es interesante notar el número reducido de

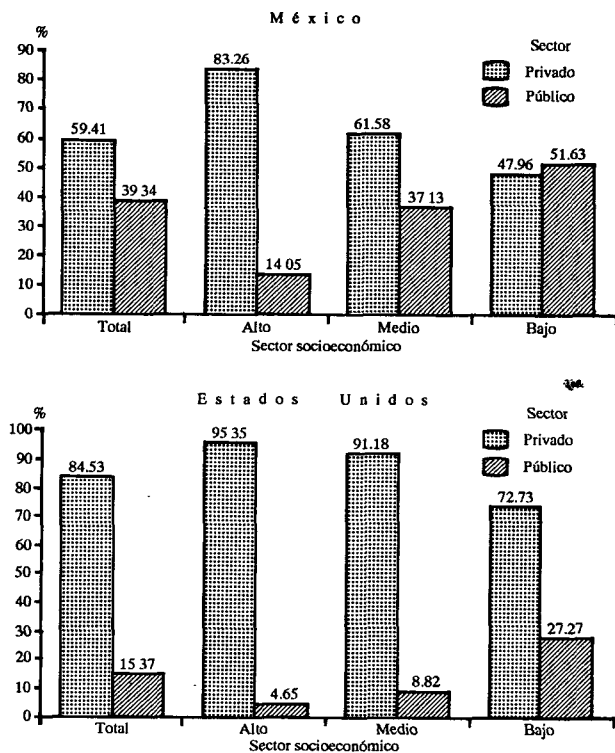


FIGURA 2. Visitas al sector privado y público en México y Estados Unidos por sector socioeconómico

visitas cubiertas por el seguro, ya que 55 por ciento de la población encuestada declaró gozar del seguro social. Ahora, los usuarios que declararon acudir por servicios de salud a Estados Unidos generaron un total de 93 visitas a ese sistema, de las cuales 39 por ciento (44 visitas) fue cubierto por ellos mismos totalmente. Otro 20 por ciento de las visitas generadas por este grupo (19 visitas) fue cubierto por seguros privados de co-participación con el usuario. Los fondos públicos del gobierno estadounidense fueron utilizados para el 32 por ciento de las visitas a servicios estadounidenses, a través de programas como Medicare, Medicaid o el uso de servicios gratuitos ofrecidos a residentes estadounidenses indigentes en clínicas comunitarias o servicios de los condados.

PREDICTORES DEL USO DE SERVICIOS DE SALUD ESTADOUNIDENSES POR PARTE DE POBLACIÓN USUARIA TIJUANENSE

Para esta última fase predictiva el análisis, se utilizó el modelo de Andersen.¹¹ Este modelo contempla un conjunto de variables que inciden directamente en la decisión de un individuo a utilizar servicios. Andersen incluye factores predisponentes, favorecedores y los relacionados con la necesidad directa del servicio. En nuestro modelo de regresión múltiple consideramos los siguientes factores predisponentes: edad, sexo, nivel educativo, tamaño del hogar (número de miembros), historia migratoria —entendida como si el encuestado o su cónyuge hubieran vivido alguna vez en Estados Unidos—, el tiempo de residencia en Estados Unidos y el número de visitas a ese país por otras razones que no incluyan salud (trabajo, compras, visitas sociales).

Como variables favorecedoras que facilitan el uso de servicios de salud incluimos: el estatus socioeconómico (basado, como dijimos, en condiciones residenciales y calidad de la vivienda), tipo de documentación migratoria en Estados Unidos, si están cubiertos por un seguro de salud para hacer uso de servicios estadounidenses, si poseen un vehículo y el nivel de inglés (medido en un rango desde nulo hasta muy alto).

Por último, la variable que evoca la necesidad del servicio incluida en nuestro modelo fue el estado auto-percibido de salud, el cual es una medida subjetiva individual que se clasificó en escala como excelente, buena, moderada y pobre. Esta última variable es considerada en la literatura como altamente válida.¹²

Para identificar los determinantes de usos de servicios en Estados Unidos analizamos estos factores en un modelo de regresión logística, la cual nos dio como resultado los datos que se observan en el cuadro III. Después de ajustar por todas las variables incluidas en el modelo, tenemos que el poseer un seguro médico en Estados Unidos, ser dueño de un vehículo, ser mayor de edad y de sexo masculino fueron los factores predictores de uso de servicios estadounidenses con mayor poder ($p \leq .05$). El factor más significativo finalmente fue el poseer o no seguro de salud. Específicamente, las proporciones indican que los usuarios residentes en Tijuana son 271 veces más propensos a cruzar la frontera y utilizar servicios estadounidenses si poseen un seguro médico estadounidense. Observamos que los in-

CUADRO II
 Número de visitas a servicios de salud generadas por
 residentes de Tijuana por diversas razones en un intervalo de seis meses por sector socioeconómico, 1987*

Razón principal de las visitas	En México y Estados Unidos		En México		En Estados Unidos		Proporción de visitas a Estados Unidos con respecto a las de México
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Enfermedad	2 152	47.4	2 091	48.0	61	30.8	0.03
Examen físico ¹	1 065	22.1	1 011	21.9	54	28.3	0.05
Salud reproductiva ²	548	12.3	481	11.6	67	30.5	0.14
Salud dental	696	12.8	680	13.1	16	3.8	0.02
Accidente	154	3.8	152	3.9	2	0.8	0.01
Cirugía	84	1.6	78	1.5	6	5.7	0.08
Total	4 699	100.00	4 493	100.0	206	100.00	0.05

* Se aplicó la técnica de pesos para estimar la población de los tres sectores socioeconómicos: 14.7% en el sector alto, 46.3% en el medio y 48.9% en el bajo.

1 Incluye revisiones médicas, pedido de recetas, de radiografías, de exámenes de laboratorio y otras.

2 Incluye control prenatal, atención del parto, planificación familiar y revisión ginecológica.

Fuente: Encuesta sobre uso bi-nacional de servicios de salud, Tijuana, B.C., México 1987.

CUADRO III		
Predictores de uso en el sistema de salud estadounidense por parte de usuarios residentes en Tijuana		
Variables independientes	B	p
Poseer seguro de salud estadounidense	5.60	0.0001
Ser propietario de vehículo	1.32	0.01
Edad	0.02	0.02
Sexo masculino	0.61	0.05

Fuente: Encuesta sobre uso bi-nacional de servicios de salud. Tijuana, B.C., México, 1987.

dividuos que declararon poseer seguro médico estadounidense, a su vez, muestran una historia de residencia en Estados Unidos. De los usuarios del sistema de

salud en Estados Unidos, vemos en el cuadro III que si poseen un vehículo, son 3.74 veces más propensos a usar los servicios. El tener un vehículo se encontró como variable asociada a un moderado o pobre estado percibido de salud, historia de haber residido en Estados Unidos y pertenecer a hogares pequeños. Los individuos con estas características fueron 1.4 veces más propensos a utilizar servicios en el lado estadounidense.

De acuerdo con la regresión lineal, en el cuadro IV resalta que, después de controlar por todas las otras variables, el transporte y el estatus socioeconómico, además del sexo femenino, fueron los mejores predictores de la cantidad de visitas generadas. Estos factores cuentan con 14 por ciento de la varianza.

Lo anterior nos infiere que la gente de recursos socioeconómicos altos o medios, con medio de transporte, tiene más probabilidad de cruzar al lado estadounidense para visitas de salud, probablemente subsecuentes. Este resultado es consistente con el de otros estudios previos, así como el que las mujeres de recursos socioeconómi-

CUADRO IV

Predictores del volumen de visitas generadas al sistema de salud estadounidense por parte de residentes de Tijuana

Variables independientes	B	p
Ser propietario de vehículo	0.82	0.006
Sexo masculino	-0.39	0.008
Estrato socioeconómico	0.25	0.07
R ² = .142		

Fuente: Encuesta sobre uso bi-nacional de servicios de salud. Tijuana, B.C., México, 1987.

cos medios o altos acuden para examinar su salud reproductiva.^{13,14}

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestra encuesta, podemos decir que los residentes permanentes de la ciudad de Tijuana hacen un uso mínimo de los servicios de salud "al otro lado" de la frontera. Realmente, de un total de 2 954 individuos, sólo 2.5 por ciento cruzó a Estados Unidos en busca de servicios de salud en un periodo de seis meses. Esto es de sorprender, no sólo por la proximidad geográfica, que de hecho puede constituirse como factor facilitador del uso, sino también por la tradición de intercambio y consumo de productos que existe con el lado estadounidense por parte de población tijuana, la cual está constantemente reforzada por los medios de comunicación.

El uso de servicios de salud estadounidense parece estar bien definido en cuanto al tipo de población de Tijuana que goza del mismo. Según el estudio, se trata de grupos que pertenecen a los sectores de altos y medianos recursos socioeconómicos, entre ellos, mujeres que atienden su salud reproductiva y hombres de edad madura con historia de haber vivido en Estados Unidos.

Es interesante observar también que muchos de éstos tienen seguros privados y que la mayoría de las consul-

tas fueron pagadas por estos pacientes, es decir, una mínima porción de las visitas generadas en el lado estadounidense (10%) no fueron compensadas con dinero.

En cuanto a los factores predictores del uso de servicios de salud estadounidenses, los más significativos fueron los económicos, que favorecen el uso de servicios, como el poseer un seguro de salud, un vehículo, y también, aunque en menor medida, los factores predisponentes, como el ser hombre y de edad madura.

Lo arriba expuesto, podría significar para Estados Unidos que probablemente el sobre uso de servicios para indigentes provenga de otros grupos de población de origen mexicano que no tienen nada que ver con los residentes permanentes de Tijuana. Pero, ¿qué implica esto para México?

Observamos que la población de Tijuana tiende 16 veces más a usar los servicios ofrecidos en la ciudad que cruzar la frontera. Inclusive los que estaban cubiertos por seguros médicos estadounidenses tendieron 10 veces más a usar servicios en México que los mexicanos que tenían seguro mexicano y usaron servicios estadounidenses.

Es interesante notar que, aún con la crisis que está sufriendo el Sector Salud y, en contraparte, dado el crecimiento que viene evidenciando la ciudad, el número de buscadores de servicios estadounidense es reducido. Esto podría deberse a una preferencia por los servicios locales, determinada por una mayor familiarización con el sistema de salud de Tijuana, el cual significa ventajas específicas, como menores costos y el uso del idioma nativo.

Una explicación alternativa sería que la baja utilización de servicios estadounidenses podría deberse a la efectividad de las barreras impuestas por el sistema de salud de Estados Unidos a extranjeros o residentes en México, especialmente a aquéllos que no estén en condiciones de cubrir los gastos por su cuenta.

El uso bi-nacional de servicios no pareciera afectar al sector público de Tijuana, pues inclusive estos pacientes buscadores de servicios "al otro lado" aparentemente tienden a usar servicios privados, ya que principalmente pertenecen a los sectores socioeconómicos medio y alto. Por lo tanto, podría inferirse que están predisuestos a usar servicios privados en México.

El sector más favorecido por el uso bi-nacional de servicios de salud en México es el que ofrece servicios privados en Tijuana, el cual se nutre no sólo de usuarios residentes en la ciudad, sino también constituye un atrac-

tivo para buscadores de servicios de salud estadounidenses. Este es el caso de servicios médicos y no-médicos ofrecidos a un costo menor que en Estados Unidos. Muchos de ellos no están cubiertos por seguros estadounidenses, como la atención dental, optometristas y los servicios de la medicina alternativa. Cabe mencionar que la mayoría de los servicios de medicina alternativa ofrecidos en Tijuana no están reconocidos ni permitidos en Estados Unidos. Es frecuente observar en Tijuana pacientes estadounidenses, de origen anglo y de origen mexicano, en procura de estos servicios. Sin embargo, este fenómeno no está estudiado aún. Sería interesante la investigación de lo que está ocurriendo en sentido inverso al planteado en el presente trabajo, es decir, ¿qué está sucediendo con el uso de servicios locales por parte de población residente en el lado estadounidense?

Como vemos, nuevas interrogantes se plantean en cuanto al uso bi-nacional de servicios de salud. Tal vez podríamos plantear la hipótesis de que la sobredemanda de servicios ocurriría en Tijuana, teniendo en cuenta que el "emigrado" de origen mexicano mantiene fuertes lazos culturales con nuestro país y que muchas veces prefiere volver a hacer uso del sistema con el que está

más familiarizado. En este contexto, las posibilidades de retorno en cuanto al uso serían mayores en estos últimos tres años, debido a la gran cantidad de nuevos "emigrados" favorecidos por la ley Simpson-Rodino. Este es un fenómeno que debiera recibir mayor atención por parte de los planificadores mexicanos.

Para finalizar, queremos aclarar que dado que no hay estadísticas confiables en cuanto al tamaño de la población residente permanente de Tijuana, a pesar de que tomamos todas las precauciones en el análisis estadístico en cuanto a la significancia de nuestros resultados, se deben leer éstos con precaución, dado que la muestra es reducida. Sin embargo, creemos que los datos obtenidos aportan un panorama real de lo que en 1987 se evidenciaba como uso bi-nacional de servicios y son útiles como base para futuros trabajos en el área.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras quieren agradecer a U.C. Mexus y al Population Council en México por el apoyo financiero para el desarrollo del proyecto, lo mismo que a El Colegio de la Frontera Norte, por el apoyo administrativo.

REFERENCIAS

1. National Center for Health Services and Health Care Technology Assessment. Health needs along the United States-Mexico borderlands. A report to the U.S. House of Representatives. Rockville, MD: NCHSHCTA, 1986.
2. Bernstein H. Seventy percent of jobless would accept menial work. Los Angeles Times 1981 abril 6:4.
3. Cornelius W, Chavez I, Castro J. Mexican immigrants in southern California: A summary of current knowledge. La Jolla, CA: Center for U.S. Mexican Studies, 1982.
4. Guendelman S. Children's health needs in seasonal immigration. J Public Health Policy 1985;6:493-509.
5. Graizbord C, Malagamba F. Desarrollo del SIGET y su aplicación a un estudio de salud. Tijuana, México: CEFNOMEX, 1985.
6. Corona R. Evaluación de los datos del censo de 1980 sobre población residente y emigración de Baja California. Tijuana, México: CEFNOMEX, 1985.
7. Graizbord C, Malagamba F. SINAG: Sistema de información para el Análisis Geográfico. Tijuana, México: Facultad de Economía de la Universidad Autónoma de Baja California, 1987.
8. El Colegio de la Frontera Norte. Encuesta Socioeconómica Anual de la Frontera (ESAFINEGI). Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte, 1986.

9. El Colegio de la Frontera Norte. Encuesta Socioeconómica Anual de la Frontera (ESAFINEGI). Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte, 1987.
10. Pan American Health Organization. United States Mexico Border health statistics. El Paso, TX: PAHO, 1987.
11. Anderson R, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Q* 1973:88-117.
12. Mosey J, Shapiro E. Self rated health: A predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72:800-808.
13. Anónimo. Vital and Health Statistics. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1984.
14. Jasis Mónica. Perfil de uso de opinión y uso de servicios de salud materno-infantil en Tijuana. *Salud Publica Mex* 1987;29:73-82.