

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE ARIZONA POR RESIDENTES DE MÉXICO

ANDREW W. NICHOLS, M.D., M.P.H.,⁽¹⁾ PAUL A. LABREC, B.A.,⁽²⁾
NURIA HOMEDES, M.D., DR. PH.,⁽¹⁾ STACIE E. GELLER, M.P.A.⁽²⁾

Nichols AW, LaBrec PA, Homedes N, Geller SE.
Utilización de servicios médicos de Arizona
por residentes de México.
Salud Publica Mex 1994;36:129-139.

RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de las encuestas realizadas a los médicos de Arizona que ejercen en los cuatro condados fronterizos con la República Mexicana, acerca del uso de sus servicios por los residentes en México. Ciento ochenta y ocho (79%) de los 239 individuos que enviaron por correo sus respuestas al cuestionario, informaron que durante 1988 habían atendido semanalmente a por lo menos un residente mexicano. Noventa y nueve médicos (53%) ejercen en Tucson, y 89 (47%) en los condados fronterizos. Los médicos de la frontera atendieron, semanalmente, a un promedio de nueve pacientes que residían en México (9% del total), en tanto que los de Tucson prestaron sus servicios a cinco (6% del total). Se les solicitó una lista de los padecimientos más frecuentes en sus pacientes residentes en el lado mexicano, a lo cual los médicos de la frontera respondieron que, en primer lugar, estaban las lesiones y las intoxicaciones (21%) y, enseguida, las enfermedades del aparato circulatorio (11%), mientras que para los médicos de Tucson fueron las enfermedades del sistema circulatorio (10%) y las del aparato digestivo (9%). Los problemas en el sistema de atención a la salud en la frontera, se ubican sobre todo en la calidad y en el financiamiento de la atención a la salud.

Palabras clave: médicos, Arizona, residentes en México, frontera, TLC

Nichols AW, LaBrec PA, Homedes N, Geller SE.
The use of Arizona physician services
by residents of Mexico.
Salud Publica Mex 1994;36:129-139.

ABSTRACT

Arizona physicians practicing in the four counties bordering Mexico were surveyed regarding the use of their services by residents of Mexico. One hundred eighty-eight (79%) of the 239 respondents to the mail survey reported seeing at least one Mexican resident per week during 1988. Ninety-nine of these physicians (53%) practiced in Tucson; 89 (47%) practiced elsewhere in the four border counties. The mean number of Mexican resident patients seen per week was nine (9% of total) for border physicians and 5 (6% of total) for Tucson physicians. The most frequent responses from border physicians asked to list the most common health conditions of their Mexican resident patients were injury and poisoning (21%) and circulatory diseases (11%), while the most frequent responses of Tucson physicians were circulatory diseases (10%) and digestive diseases (9%). Problems and solutions in the border care health system are mainly related to quality of care and health care financing.

Key words: physician, Arizona, residents of Mexico, border, NAFTA

Solicitud de sobretiros: Andrew W. Nichols, M.D. Southwest Border Rural Health Research Center, College of Medicine, University of Arizona. 3131 E. Second Street, Tucson, Az 85716, E.U.A.

(1) Centro de Investigación de Salud Rural de la Frontera del Suroeste, Universidad de Arizona, Colegio de Medicina, EUA.

(2) Ayudante de Investigador Graduado, Departamento de Administración y Políticas, Universidad de Arizona, Colegio de Administración Pública y de Negocios, EUA.

Fecha de recibido: 12 de junio de 1992

Fecha de aprobado: 18 de noviembre de 1992

LA FRONTERA ENTRE México y los Estados Unidos de Norteamérica adquiere, día con día, mayor trascendencia política, económica y social. La puesta en vigor del Tratado de Libre Comercio aumentará notablemente su importancia, repercutiendo entre otros aspectos en la infraestructura de los servicios y en la economía de la región.

Un hecho común es la práctica de cruzar la frontera, en ambos sentidos, a fin de obtener atención médica. Al respecto, existen varios estudios que señalan que los residentes de los Estados Unidos recurren a los servicios médicos mexicanos, básicamente en función del bajo costo tanto de la atención médica y odontológica, como de los exámenes clínicos y de los medicamentos.^{1-3*}

Por otra parte, con el fin de determinar hasta qué punto los residentes de la frontera mexicana pasan a los EUA para ser atendidos por un médico, en 1987[§] algunos investigadores de la Universidad de California, en Berkeley, encuestaron a los habitantes de 660 viviendas en Tijuana. Se encontró que el 40.3 por ciento de los 2 954 entrevistados había recurrido a los servicios de salud en México, durante los seis meses anteriores a la entrevista. Por otra parte, sólo el 2.8 por ciento había asistido al médico en los EUA. Los individuos pertenecientes a los estratos socio-económicos altos fueron a los EUA 1.5 veces más que los del sector de clase media y tres veces más que los pertenecientes al grupo de ingresos más bajos.

Entre la información que destaca, está el hecho de que sólo el 6.2 por ciento de los usuarios mexicanos cruzó la frontera sin documentación, y todos carecían de un seguro médico. Del total de personas que recurrieron a los servicios médicos estadounidenses, el 15 por ciento tenía seguro social y aproximadamente el 25 por ciento era beneficiario de un seguro familiar o de un plan de seguros para grupos, como el HMO (Health Maintenance Organization).[¶] El 5.6 por ciento de los ser-

vicios se proporcionaron en forma gratuita en los hospitales del condado o en las clínicas de la comunidad. El resto de los individuos que viajaron a los EUA pagó sus gastos en forma personal. El 9 por ciento de las consultas se hizo en el sector público y el 91 por ciento en la práctica privada.

El motivo más frecuente de los residentes de Tijuana en solicitar atención al otro lado de la frontera, fue la atención médica relativa a la salud reproductiva. Por cada cien consultas en México por cuestiones de perinatología, planificación familiar o ginecología, se hicieron 14 en los Estados Unidos. Cuando se incluyen todas las condiciones de salud, esta cifra es mucho mayor de cinco por cada 100. La mayoría de las visitas a los EUA requirieron de una tecnología médica sencilla y, por lo tanto, implicaron un costo bajo. Guendelman y Jasis concluyeron en un estudio que el uso de los servicios de salud estadounidenses por residentes mexicanos, "implica utilidades muy grandes" para los proveedores de salud de los EUA y no tanto una fuga en los servicios de salud de dicho país.[§]

A diferencia de esas conclusiones muchos legisladores y proveedores de servicios de salud norteamericanos, opinan que los ciudadanos mexicanos sobre-utilizan los servicios de salud de los EUA, con la consiguiente fuga de los recursos sociales y de salud.^{4-5‡} La mayoría de estas opiniones se basa en estudios llevados a cabo en poblaciones de hispanos, méxico-norteamericanos, chicanos y centroamericanos indocumentados, residentes en los EUA, que recurren a los servicios de salud. Es importante hacer esta distinción, ya que mientras la mayoría de los mexicanos que acude a los servicios de salud en los EUA pertenece a los estratos socio-económicos elevados, los hispanos, centroamericanos, chicanos y mexicanos residentes en los EUA tienen escasos recursos en general y carecen de seguro médico.⁶

* Lower Rio Grande Valley Development Council. The Valley Primary Health Care Review: A Report of the Indigent Health Care Review Committee of the Health Planning Advisory Committee, LRGVDC, 1988. Documento no publicado.

Guernsey de Zapién J, Meister JS, La Brec PA. Where have all the farmworkers gone? Dynamics of health care along the U.S.-Mexico border. Paper presented at the 116th Annual Meeting of the American Public Health Association, 1988. Documento no publicado.

§ Zinnacker A. Health along the Texas-Mexico border: Insights on the utilization of health services by Mexican nationals. Austin: Lyndon Baines Johnson School of Public Affairs, University of Texas at Austin, 1989. Documento no publicado.

¶ Todos los que tenían *Medicare* o *Medicaid*, eran residentes legales o ciudadanos norteamericanos como fue el caso del 70 por ciento de los que había adquirido un seguro en forma privada

‡ Newman JS, Nichols AW. Cost recovery from utilization of the University of Arizona Health Sciences Center by Mexican-nationals 1977-1978 and 1979-1980, Border Health Focused Research Agenda Development Conference Proceedings, 1991. Documento no publicado.

Ciertamente, la carencia de un seguro médico constituye una limitante en el uso de los servicios médicos por la población hispana,⁶⁻¹¹ particularmente de los preventivos. Constituiría un error generalizar los resultados de los estudios sobre hispanos, incluyendo a los residentes en los EUA y a los que viven en México y viajan a ese país en busca de atención médica.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Durante el año académico 1985-1986, investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, de México, y de la Oficina de Salud Rural de la Universidad de Arizona convinieron en la importancia de establecer la utilización cruzada de los servicios de salud a través de la frontera. El objetivo de la investigación era poner las bases para el establecimiento de canales formales de comunicación entre los proveedores de atención a la salud en ambos países, así como el diseño y desarrollo de esquemas de financiamiento que pudieran facilitar el acceso a los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención a la salud.

En el trabajo de campo inicial se analizó la utilización de los servicios de salud que hacían los residentes norteamericanos en Hermosillo, en 1986.³ Bajo los auspicios del Centro de Investigación de Salud Rural de la Frontera del Suroeste (CISRFS) de la Oficina de Salud Rural de la Universidad de Arizona, en el lado norteamericano de la frontera, se aplicaron dos encuestas, que se enviaron por correo. La primera encuesta la llevó a cabo el CISRFS, y se recabaron datos relativos a los proveedores de servicios de salud residentes en los condados fronterizos de Arizona, entre los que se incluye una muestra de proveedores de Tucson. La Universidad de Texas* llevó a cabo la segunda encuesta, que reunió datos en la zona de la frontera de Texas. Se lleva a cabo, actualmente, un tercer estudio en la región fronteriza de Nuevo México, con la cooperación de la Universidad Estatal de Nuevo México en Las Cruces y hay planes para llevarlo a cabo en California.

El objetivo del estudio general fue conocer el impacto que los residentes mexicanos tienen en el sistema de

atención a la salud norteamericano, según la percepción de los proveedores de los servicios. Debido a los escasos antecedentes disponibles, se partió de la hipótesis de que un considerable número de residentes mexicanos podría hacer uso del sistema de salud norteamericano, como para ejercer un impacto en los proveedores. Se partió de la premisa de que podría ser mayor el uso de los servicios en las fronteras, que en las áreas metropolitanas alejadas. Asimismo, se supuso que los individuos que recurrían a estos servicios, se encontraban en una situación económica que les permitía pagar los honorarios. Se tuvo poca información acerca de las razones por las cuales los pacientes recurrieron a los médicos estadounidenses, así como sobre el tipo de servicios utilizados o la calidad de la atención. Se consideró importante incluir todos los elementos en el estudio. Si bien las encuestas se llevaron a cabo o todavía se realizan con diversos proveedores de servicios de salud en tres de los estados norteamericanos, este informe se limita a los resultados obtenidos en las encuestas a médicos de Arizona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Dada la escasa información acerca del número de proveedores de atención a la salud en los Estados Unidos, que prestan sus servicios a los residentes mexicanos, y debido a que se desconocía el porcentaje de los que no responderían el cuestionario, el tamaño de la muestra se calculó con base en la cantidad de profesionales inscritos en el directorio de proveedores del estado, que ejercen en la frontera. En el caso de Tucson, la muestra se calculó con base en la necesidad de tener un grupo lo bastante grande como para poder hacer una comparación significativa. Debido a las limitaciones del presupuesto, los investigadores decidieron que se enviaran cerca de mil cuestionarios, por correo en Arizona.

En la muestra se incluyeron todos los médicos, odontólogos, enfermeros, y farmacéuticos que ejercen en los cuatro condados de Arizona colindantes con México, excluyendo a la ciudad de Tucson (en total 412). Los 600 proveedores restantes se seleccionaron al azar en Tucson y la cifra por especialidad fue proporcional al total de profesionales inscritos en los directorios estatales por especialidad.

Dada la proximidad de Tucson con la frontera, así como la mayor oferta de especialistas y de atención hospitalaria de tercer nivel que tiene la ciudad, los médicos que ahí ejercen frecuentemente se distinguen de

* Guendelman S, Silber Jasis M. Crossing the border of health care: The binational use of services by Mexican residents of Tijuana. Paper presented at the 116th Annual Meeting of the American Public Health Association, 1988. Documento no publicado.

los rurales o "fronterizos" (esto es, de los profesionistas que ejercen en cualquier parte de los cuatro condados cercanos a México), para los propósitos de este análisis.

Cincuenta y cuatro por ciento de los proveedores de la muestra eran médicos; el 23 por ciento, farmacéuticos; el 16 por ciento dentistas; el 5 por ciento profesionales en enfermería y, el 2 por ciento, asistentes de médicos. Se clasificó a los médicos en tres subdivisiones: medicina familiar/general; otros especialistas de atención primaria (medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia), y especialistas en atención no primaria (las demás especialidades).

Cuando se recibieron los cuestionarios, la muestra inicial se ajustó, restando los proveedores de servicios que se habían mudado o pensionado, o bien los que no se pudieron localizar; los que no ejercieron durante 1988, o a cuya práctica no tenían acceso los residentes mexicanos. Así, este estudio se orienta a los 239 médicos que contestaron la encuesta, representando un índice de respuesta del 67 por ciento para los médicos elegibles.

Los cuestionarios permitieron obtener información sobre 108 variables, agrupadas en tres amplias categorías: a) el perfil de la práctica; b) el de los pacientes que vienen de México; y, c) el del proveedor de servicios de salud. También se incluyeron preguntas referentes a la continuidad de la atención, los patrones de referencia y el financiamiento.

Una limitación del estudio es que se basa en las percepciones de los encuestados para distinguir a un residente mexicano de otro paciente que no lo es. Este es un aspecto importante, porque muchos mexicanos usan direcciones en Estados Unidos y en ocasiones los ciudadanos mexicanos son residentes de Estados Unidos. Por otra parte, los datos de la encuesta representan percepciones de los médicos que no han sido validadas por los registros de la práctica o por la revisión de otros documentos. Por último, algunas cuestiones ameritan un análisis más profundo que el que puede hacerse en una encuesta enviada por correo.

RESULTADOS

Veintiséis (11%) de los 239 médicos no atendieron a ningún residente mexicano durante 1988. Veinticinco médicos (10%) tuvieron menos de un paciente mexicano por semana y, para el propósito de este estudio, se clasificaron dentro del rubro de los que no atendían a residentes mexicanos. Los 188 médicos restantes (79%)

indicaron haber atendido por lo menos a un residente mexicano a la semana y constituyeron la base de los siguientes análisis. Ochenta y nueve médicos ejercían en el área de la frontera y 99 en Tucson.

PERFILES DEL PROVEEDOR Y DE LA PRÁCTICA

Los médicos del área de la frontera atendieron a una mayor proporción de residentes mexicanos (87%) que los de Tucson (72%). La proporción de especialistas en atención no primaria que vieron a pacientes mexicanos, fue superior a la de médicos que brindan atención primaria (95.2% vs 81.6% en las ciudades fronterizas y 73.1% vs 71.2% en Tucson). La edad promedio de los médicos fue de 45 años; 87 por ciento pertenecía al sexo masculino y el 13 por ciento al femenino.

Cerca de la mitad (48.4%) de los médicos ejercía en atención primaria. La mayoría de los médicos fronterizos (60%) trabajaba individualmente, mientras que el 38 por ciento de los médicos de Tucson lo hacía dentro de un grupo de profesionistas. Sólo el 8 por ciento de los médicos de la frontera y el 5 por ciento de los de Tucson, habían realizado parte de su formación profesional en México. Si bien todos los médicos que habían tenido algún tipo de capacitación profesional en México atendieron a residentes mexicanos en los EUA, no hubo ninguna asociación estadísticamente significativa entre el hecho de haber cursado estudios de medicina en México y el de atender a pacientes mexicanos ($p > .05$). Cuarenta y cinco por ciento de los médicos de la frontera declararon dominar bien o moderadamente bien el español, a diferencia del 31 por ciento de los de Tucson. Por otra parte, más del 80 por ciento de los proveedores de salud en ambas localidades informó contar con personal que habla español, así como con algo de material en español relativo a la educación en salud.

El promedio semanal de pacientes mexicanos atendidos en la frontera fue de nueve (9%) y de cinco en Tucson (6%) ($p = .017$).

PERFIL DE LOS PACIENTES

Los médicos de Tucson y los fronterizos, indicaron que sus pacientes residentes en México presentaban aproximadamente la misma distribución por edad y sexo que sus pacientes que viven en los EUA. El 60 por ciento de las mujeres estaba en edad reproductiva, lo cual constituye una observación congruente con las conclusiones

de Guendelman y colaboradores, de que las mujeres de Tijuana, México, mostraron preferencia por los servicios médicos norteamericanos.¹²

CONDICIONES DE SALUD

Más de la mitad (59%) de los médicos de la frontera y 45 por ciento de Tucson, declararon que sus pacientes mexicanos tendían a presentar casos de mayor severidad que los norteamericanos, mientras que sólo el 1 por ciento de cada encuestado de la frontera y de Tucson dijo haber atendido casos menos severos. Más de tres cuartas partes (77%) de los pacientes mexicanos eran auto-referidos, y menos del 10 por ciento había sido enviado por un profesional de la salud mexicano.

El 64 por ciento de la atención que brindaron los médicos fronterizos a los mexicanos fue para problemas agudos; el 23 por ciento correspondió a enfermedades crónicas; el 10 por ciento fue atención preventiva y el 3 por ciento rehabilitación/restauración. Los médicos de Tucson atendieron menos casos agudos (46%), así como enfermedades crónicas (38%); una proporción igual a la de los fronterizos realizó atención preventiva (10%), y el doble en materia de rehabilitación/restauración (6%). En el cuadro I se muestran los principales motivos de consulta de los pacientes mexicanos a los médicos de Arizona.

Cuando se tomaron en cuenta sólo las respuestas de los médicos de atención primaria, tanto de la frontera como de Tucson, los motivos de consulta más frecuentes fueron relacionados con el embarazo (16%), enfermedades circulatorias, diabetes y otros trastornos metabólicos (15% cada una), lesiones, intoxicaciones y enfermedades respiratorias (9% cada una). Lo que atendieron los especialistas fueron lesiones e intoxicaciones (17%), neoplasias (11%), enfermedades del sistema nervioso, y signos y síntomas mal definidos (10% respectivamente).

Los médicos de la frontera y de Tucson, se dividieron en dos grupos: los que vieron más y los que vieron el número promedio o menos del promedio de pacientes mexicanos; se compararon respecto a los problemas de salud más comúnmente atendidos en sus pacientes mexicanos. El número promedio de residentes mexicanos vistos por semana fue cinco entre los médicos fronterizos y tres entre los de Tucson. El estudio muestra que estos grupos difieren con respecto a las condiciones de salud más comunes de sus pacientes.

CUADRO I
Condiciones comunes de salud en pacientes mexicanos
tratados por médicos norteamericanos.
Arizona, EUA, 1989

Condición	Frontera %		Tucson %	
Lesiones y envenenamientos	18	21	6	7
Enfermedades del sistema circulatorio	10	11	9	10
Diabetes	8	9	6	7
Atención relacionada con el embarazo	8	9	7	8
Enfermedades del sistema genitourinario	7	8	6	7
Enfermedades del sistema digestivo	6	7	8	9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6	7	3	3
Enfermedades del sistema respiratorio	5	6	7	8
Enfermedades del sistema nervioso	5	6	7	8
Enfermedades del sistema músculo esquelético	4	5	5	6
Signos, síntomas y condiciones mal definidas	4	5	6	7
Neoplasias	3	3	7	8
Trastornos mentales	3	3	2	2
Enfermedades de la piel	1	1	3	3
Examen no especificado	0	0	5	6
Otros	0	0	4	4
Total (n)	88	101*	91	103*

* Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo.

Treinta y cinco médicos de la frontera (39%) atendieron a una cantidad superior al promedio de pacientes mexicanos. Las condiciones de salud más frecuentes en estos pacientes, fueron: enfermedades circulatorias (74% de los médicos); diabetes, otros desórdenes metabólicos y atención relacionada con el embarazo (29%), padecimientos respiratorios, genitourinarios, lesiones e intoxicaciones (26% para cada uno). Los médicos de la frontera que vieron menos del número promedio de pacientes mexicanos (n=53), atendieron sobre todo lesiones e in-

toxicaciones (36%), enfermedades genitourinarias (28%) y digestivas (26%). Las diferencias entre las condiciones de salud fueron significativas en $p < .005$, aunque en el 33 por ciento de las celdas se esperaban frecuencias menores a 5.

Cuarenta y dos médicos de Tucson (42%) atendieron una cifra superior al promedio de pacientes mexicanos por semana. Las condiciones de salud más frecuentes fueron: enfermedades circulatorias (36%); músculo-esqueléticas (33%); síntomas, signos y condiciones mal definidas (31%). Para los médicos de Tucson que atendieron a una cantidad inferior al promedio de pacientes mexicanos, los padecimientos más frecuentes fueron las enfermedades circulatorias (35%); las del sistema digestivo (29%) y las neoplasias (25%). No se encontró ninguna asociación significativa entre el número de pacientes mexicanos atendidos y las condiciones de salud informadas por los médicos de Tucson ($p > .05$).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Se evaluó a través de variables que incluyen los motivos que llevan a algunos mexicanos a recurrir a los servicios de salud norteamericanos, la frecuencia de las consultas, la disponibilidad de antecedentes médicos al momento de la visita y la capacidad percibida del encuestado para atender a esta población.

Cuando se preguntó a los proveedores cuáles consideraban que eran las razones por las que los mexicanos acudían a sus servicios, la respuesta más común tanto entre los médicos de la frontera (53.5%), como en los de Tucson (70.7%), fue que estos pacientes consideraban que los servicios norteamericanos de salud tenían más calidad (cuadro II).

Se pidió a los médicos que clasificaran tres tipos de casos que, en su opinión, son mejor atendidos en los EUA. La respuestas de los médicos fronterizos fueron: los problemas cardiovasculares (15%); todos los casos (14%); ginecología y obstetricia (13%); traumatismos (11%) y cirugía (10%). Los médicos de Tucson mencionaron: todos los casos (15%); cirugía (12%); casos que requieren diagnóstico y tratamiento sofisticado (9%); cáncer y problemas cardiovasculares (6% respectivamente), ginecología/obstetricia y traumatismos (5% respectivamente).

La frecuencia de consultas fue mayor entre los médicos de la frontera; sin embargo, el hecho de que más del 50 por ciento de los pacientes mexicanos, tanto de la

frontera como de Tucson, fueron atendidos más de una vez al año, indica un patrón regular de utilización de los servicios de salud.

El 60 por ciento de los médicos norteamericanos se consideró, en algún momento, incapaz de satisfacer las necesidades de algunos de los pacientes mexicanos. En el 29 por ciento de los médicos de la frontera, eso se debió a que algunos de los pacientes requerían de atención más especializada, y el 21 por ciento consideró que los pacientes mexicanos no podían pagar sus servicios. En contraste, 44 por ciento de los médicos de Tucson consideraron que los pacientes no estaban en posibilidad de cubrir sus honorarios, en tanto que el 12 por ciento opinó que algunos requerían de atención más especializada.

Razón	Frontera (n=86)		Tucson (n=92)	
	No.	%*	No.	%*
Atención de calidad superior	46	53	65	71
Referencias	26	30	24	26
Insatisfacción con la atención a la salud en México	22	26	12	13
El proveedor de servicios es hispano/habla español	15	17	9	10
Atención especializada	13	15	14	15
Conveniencia	10	12	6	7
Falta de disponibilidad del servicio en México	9	10	4	4
Atención urgente	7	8	4	4
Obstetricia (obtener ciudadanía para bebé)	6	7	1	1
Atención gratuita o de bajo costo	5	6	6	7
Segunda opinión	2	2	10	11
Otros	1	1	5	5

* Los porcentajes no suman 100 debido a que los proveedores de servicios dieron hasta tres respuestas cada uno. Las respuestas variables se agruparon en categorías. Se presentan las frecuencias para cada categoría.

El 85 por ciento de los médicos fronterizos y el 87 por ciento de los de Tucson, afirmaron que "sólo uno que otro" de sus pacientes mexicanos, referidos por otros profesionales de la salud, contaba con expediente clínico, si bien el 83 por ciento de los médicos de la frontera y el 75 por ciento de los de Tucson informaron haber referido a la mayoría de pacientes mexicanos con expediente clínico. Entre los problemas que presenta una historia clínica incompleta, está la necesidad de repetir los análisis. Por otra parte, los análisis también se repiten cuando el médico no está seguro de la confiabilidad de los resultados. Más de la mitad de los médicos que atendieron a los residentes mexicanos (53% en Tucson y 68% en la frontera) indicó que "a menudo" o "siempre" había que repetir las pruebas, en tanto que sólo el 10 por ciento de los médicos de cada área consideró que "rara vez" o "nunca" era necesario repetir los exámenes.

FINANCIAMIENTO

De acuerdo con los médicos de Tucson y con los de la frontera, la forma de pago parcial o total más común fue en efectivo. El 50 por ciento de los médicos de Tucson y el 32 por ciento de los de la frontera, informó haber recibido pagos completos en efectivo. El 37 por ciento de los médicos de Tucson y el 40 por ciento de los de la frontera, a menudo recibieron pagos parciales en efectivo. La principal forma de pago del 9 por ciento de los médicos de la frontera, fue por medio del seguro y de otras formas de reembolso por terceras personas; esto sólo sucedió con el 1 por ciento de los médicos de Tucson. Por otra parte, la falta de pago fue recurrente en el 10 por ciento de los profesionales de Tucson y en el 20 por ciento de los de la frontera. La asociación entre el lugar donde se ejerce la medicina y el método de pago fue significativa ($p = .007$), aunque la proporción de celdas con la frecuencia menor de 5 esperada, fue del 33.3 por ciento.

Se pidió a los encuestados que calcularan los honorarios no remunerados y las tarifas reducidas a los residentes mexicanos: los médicos de la frontera dieron más consultas que no fueron retribuidas, y con tarifas especiales, que los médicos de Tucson. Los valores anuales promedio por servicios profesionales no retribuidos y tarifas reducidas, calculados, fueron de \$ 5 000 dólares en el caso de la frontera y \$ 5 250 dólares en Tucson.

En cuanto a los problemas relativos a la atención a la salud en la frontera, y sus posibles soluciones, se pidió la opinión a todos los médicos, independientemente de si atendían o no a pacientes mexicanos. El 62 por ciento de los médicos de la frontera y el 39 por ciento de los de Tucson, consideraron que el hecho de que los mexicanos recurrieran a los servicios médicos estadounidenses, sí ocasionaba problemas ($p = .0019$). Entre las desventajas, mencionaron los honorarios no retribuidos, la calidad de la atención y la sobreutilización de servicios (cuadro III).

En cuanto a las tres posibles soluciones para mejorar el sistema de atención a la salud a lo largo de la frontera, el 19 por ciento de los médicos consideró necesaria la elaboración de más planes para el financiamiento de la atención a la salud (incluyendo subsidios del gobierno, ampliación de la cobertura del seguro médico y una "escala móvil de honorarios"). Otras respuestas comunes fueron: mejoramiento de los servicios de salud mexicanos; la imposición de mayores restricciones en el otorgamiento de atención médica a los mexicanos; y, una interacción más amplia con los proveedores de atención de salud mexicanos (cuadro IV).

El grado de satisfacción del proveedor de servicios se midió con una escala ordinal del 1 (satisfecho) a 5 (no del todo satisfecho). Los médicos estuvieron muy satisfechos con la calidad de la atención que brindaron, y menos satisfechos con la disponibilidad de antecedentes clínicos de los pacientes referidos (cuadro V).

DISCUSIÓN

Como ya se mencionó, los pacientes mexicanos hicieron un uso considerable de los servicios médicos de Arizona, según lo indicado por los médicos, de tal manera que se observa un efecto en los servicios, más en la frontera que en Tucson. A continuación se discutirán tres temas sobre salud en la frontera, con importantes implicaciones políticas.

De acuerdo con las observaciones de los profesionales de la salud, los mexicanos usuarios de los servicios médicos de la frontera difieren de los que acuden a los de Tucson. En la frontera se aprecia una mayor proporción de pacientes con problemas agudos (especialmente lesiones e intoxicaciones) y con condiciones más graves que los pacientes que van a Tucson. Los patrones de pago sugieren que los mexicanos que acuden a la frontera tienen menos recursos que los que van a Tucson.

CUADRO III
Problemas debido a la utilización de los servicios
médicos norteamericanos por pacientes mexicanos.
Arizona, EUA, 1989

Problema	Frontera (n=82)		Tucson (n=98)	
	No.	%*	No.	%*
Ninguno	29	35	57	58
Problemas	53	65	41	42
Atención no compensada	53	100	41	100
Calidad de la atención	20	38	18	44
Sobreutilización de servicios	14	26	4	10
Atención obstétrica	10	19	3	7
Otros	2	4	2	5

* Los porcentajes no suman 100 debido a que los proveedores de servicios dieron hasta tres respuestas cada uno. Las repuestas variables se agruparon en categorías. Las frecuencias se presentan para cada categoría.

Por otra parte, los resultados indican que los usuarios que fueron a Tucson se sintieron atraídos por la disponibilidad de alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, mientras que una proporción más grande de pacientes acude a las ciudades fronterizas cuando requiere de un servicio que no se consigue en México. El hecho de que los médicos fronterizos atiendan a más mexicanos cubiertos por un seguro médico, que los médicos de Tucson, es un indicio de la relación entre las ciudades fronterizas de ambas naciones.

Por otra parte, los proveedores de servicios de salud de los EUA se preocuparon por la calidad de la atención que brindaban a los pacientes mexicanos, en la cual influyeron los siguientes factores: el dominio del castellano; la disponibilidad de análisis y expedientes clínicos del paciente; y la posibilidad de garantizar la continuidad de la atención. Destaca el hecho de que pocos pacientes mexicanos contaban con un expediente clínico o una nota del médico que los refirió, lo cual complica el diagnóstico. Por otro lado, los médicos de los EUA consideraron necesario repetir los exámenes para confirmar el diagnóstico hecho en México, lo cual retrasa el tratamiento.

CUADRO IV
Sugerencias de los médicos norteamericanos para mejorar el sistema de salud fronterizo. Arizona, EUA, 1989

Sugerencias	Frontera (n=75)		Tucson (n=97)	
	No.	%*	No.	%*
Ninguna	11	15	11	11
Sugerencias	64	85	86	89
Planes para el financiamiento de la atención a la salud	33	52	33	38
Mejoramiento de los servicios de salud mexicanos	24	38	30	35
Imposición de más restricciones para proporcionar servicios médicos a los mexicanos	16	25	6	7
Mayor interacción con los proveedores de servicios de salud mexicanos	14	22	21	24
Servicios bilingües adicionales	7	9	15	17
Sistema de referencia mejorado	7	9	21	24
Mayor cooperación entre los gobiernos de ambos países	7	9	6	7
Otras	14	22	19	22

* Los porcentajes no suman 100 debido a que los proveedores de servicios dieron hasta tres respuestas cada uno. Las respuestas variables se agruparon en categorías. Las frecuencias se presentan para cada categoría.

CUADRO V
Grados de satisfacción de los médicos con respecto
a la atención a la salud brindada a los mexicanos*
Arizona, EUA, 1989

	Frontera		Tucson	
	Promedio	No.	Promedio	No.
Calidad de la atención	1.3	82	1.8	91
Continuidad en la atención	2.1	81	3.1	97
Disponibilidad de tiempo hacia los pacientes	2.2	82	2.0	98
Disponibilidad del tratamiento	2.9	81	2.8	98
Seguimiento	3.1	81	3.0	96
Compensación financiera	3.4	79	2.6	92
Servicios no retribuidos	3.4	74	2.7	88
Disponibilidad de antecedentes clínicos	3.8	81	3.1	91

* Con base en un una escala ordinal, los grados de satisfacción van del 1 (muy satisfecho) al 5 (no del todo satisfecho).

Los médicos proponen una mayor interacción y comunicación entre los profesionales de la salud mexicanos y los norteamericanos, a fin de lograr un buen nivel de calidad en la atención a los pacientes mexicanos. Una forma de lograr lo anterior, sería a través de la llamada gratuita a los teléfonos de la frontera, con operadoras bilingües. Por otro lado, el establecimiento de una red de referencia de pacientes, con formularios adecuados, mejoraría tanto la calidad como la continuidad del servicio, eliminando, además, los gastos innecesarios.

Otra sugerencia es la intensificación de la educación médica continua, binacional y bilingüe. Como ejemplo se mencionó que este tipo de formación y su consiguiente coordinación, podrían darse con base en el modelo del Centro para la Educación en el Area de la Salud basado en la Universidad, que ya funciona en buena parte de la región fronteriza norteamericana.

En otro orden de ideas, los honorarios no retribuidos constituyen un asunto de gran importancia en la atención de la salud en la frontera. Si bien los médicos de las ciudades fronterizas corren más riesgo de que sus hono-

rarios no sean retribuidos, resulta interesante el hecho de que los médicos de Tucson informaron haber tenido promedios de pagos no cubiertos por atención médica, casi idénticos a las de la frontera.

Aún se desconoce la aportación de los pacientes mexicanos al total de los ingresos de los médicos. A pesar de que esta pregunta se incluyó en la encuesta, fue imposible analizar las respuestas debido a malas interpretaciones obvias por parte de la mayoría de los encuestados. Sin embargo, de los datos disponibles se puede deducir que los pacientes mexicanos no representan un aporte financiero substancial para los médicos de los EUA.

Los médicos de la frontera citaron los honorarios no retribuidos como el problema número uno que ocasionan los pacientes mexicanos y sugirieron el logro de un mejor financiamiento de la atención a la salud.

Otro aspecto que aún no se aborda en forma adecuada, es la proporción de servicios no retribuidos que se otorga en los hospitales, por tratamiento de lesiones y urgencias. En la actualidad, el CISRS lleva a cabo una investigación en cuatro hospitales fronterizos del estado de Arizona, a fin de describir la utilización que hacen de sus servicios los pacientes mexicanos. Existen antecedentes de que el reembolso a los hospitales puede resultar más problemático que los pagos en forma individual, a los proveedores de servicios médicos.⁶

Un plan de seguro transferible y transfronterizo podría ser una respuesta al problema de la compensación al profesionista. Este tipo de planes están en vigor para el caso de algunos trabajadores en Yuma, Arizona. Las compañías de seguros y los patrones norteamericanos idearon estos planes para alentar a los trabajadores del campo a usar el seguro al recurrir a los servicios médicos en San Luis Río Colorado, Sonora. Los gastos los cubre la compañía de seguros norteamericanos, y resultan menos elevados si el servicio médico se proporciona en San Luis, en lugar de Yuma. Podría ofrecerse una póliza de seguros similar a los trabajadores mexicanos, para hospitalización y atención por lo menos en casos de accidentes.

Otra sugerencia fue la de crear subsidios binacionales de los gobiernos, para ayudar a diferir el costo de la atención no compensada proporcionada en los Estados Unidos a los residentes mexicanos, al igual que suministrada en México a los residentes norteamericanos. Las leyes orientadas a favorecer el subsidio de la atención médica por traumatismo a extranjeros en los hospitales de Estados Unidos, fueron sometidas en la Segunda Se-

sión del 101 Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica y se propone someterlas en el 102 Congreso.*

Otra posible solución al problema del financiamiento de la atención a la salud, sería la creación de acuerdos de financiamiento entre las instituciones de atención a la salud, en Arizona y Sonora. En dichos acuerdos habría que definir protocolos para referir a los pacientes y transferirlos de regreso, garantizando el pago del servicio, lo cual facilitaría una mayor cooperación binacional entre proveedores y administradores.

Una respuesta más amplia, que podría enfocar éstos y otros temas de salud fronteriza y del medio ambiente, es la de la Asociación Médica Americana (AMA) que propone establecer una Comisión Permanente Fronteriza de Salud Ambiental entre México y Estados Unidos. Una vez adoptada por la Cámara de Delegados de la AMA y con el apoyo de las asociaciones médicas estatales fronterizas de Estados Unidos, esta comisión se enfrentaría a “las serias amenazas a la salud y al bienestar de los ocho millones de personas que se estima viven en la región fronteriza”.¹³

Una propuesta similar, adoptada en la reunión anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, en junio de 1990, podría establecer una “Autoridad Ambiental y de Salud Pública Fronteriza México-Estados Unidos”. Esta propuesta sugiere cómo debe

crearse esa “autoridad”, así como la forma de obtención de financiamiento para cumplir con su misión.* En la medida en que podría manejar los asuntos relativos a la utilización de los servicios transfronterizos, la posibilidad de crear tal comisión –o autoridad– se puede apoyar con la información que contiene este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración a este trabajo de la doctora Mary McEniry, quien trabajaba en la Oficina de Salud Rural y actualmente labora en American Airlines, en Dallas, Texas. Asimismo, hacen extensivo su agradecimiento a la Escuela de Salud Pública de México, que colaboró en el Estudio Binacional de Utilización de Servicios de Salud en la Frontera México-Estados Unidos. Los investigadores de la Escuela que colaboraron en el diseño del estudio son los licenciados Fernando Chacón Sosa y Martha Otálora Soler. Por último, los autores agradecen a la Fundación Mexicana para la Salud su apoyo y a la Oficina de Política de Salud Rural, Administración de Recursos y Servicios de Salud, al Servicio de Salud Pública de los EUA, por su apoyo financiero de \$ 256 846 dólares norteamericanos, mediante el subsidio No. HA-R-000020-03, al Centro de Investigación de Salud Rural del Sureste de la Frontera.

* “Trauma Care Center Alien Compensation Act of 1990”, S2414, 101st Congress of the United States (Second Session), 1990.

* Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. Propuesta para una Autoridad Fronteriza Mexicano-Estadounidense en Salud Pública y el Medio Ambiente, Resolución aprobada en la Reunión Anual de la Asociación el día 6 de junio de 1990, Oficina de Campo de la Organización Panamericana de la Salud, El Paso, Texas.

REFERENCIAS

1. Belkin L. Health care on the border Poor go to Mexico New York: New York Times, 1988 October 17
2. Warner D Health issues at the U.S -Mexican border, JAMA 1991;265:242-247
3. Chacón Sosa F, Soler Otálora M. Utilización de servicios de salud en Hermosillo, Sonora por residentes de Estados Unidos Border Health 1988;4 22-35.
4. Chávez LR, Wayne AC, Oliver WJ Mexican immigrants and the utilization of U.S health services The case of San Diego. Soc Sci Med 1985;21 93-102
5. Chávez LR *et al.* Utilization of health services by Mexican immigrant women in San Diego Women's Health 1986,11 3-20.
6. Hubbell FA, Howard W, Shiraz IM, Dombrink J. Evaluating health care needs of the poor: A community-oriented approach Am J Med 1989;87 127-31
7. Wells Kenneth, Hough R, Goldin JM, Burnam A, Karmo M Which Mexican-Americans underutilize health services? Am J Psychiatry 1987, 144:918-922
8. Guendelman S, Schwalbe J Medical care utilization by Hispanic children How does it differ from black and white peers? Med Care 1986,24 925-40
9. Anderson RM, Giachell AI, Aday LA Access of Hispanics to health care and cuts in services A state of the art overview Health Soc Work 1989,14:104-113
10. De la Rosa M Health care needs of Hispanic Americans and responsiveness of the health care system. Health Soc Work 1989,14 104-113.
11. Angel RJ. Health care and health care utilization A comparison of the impact of race and Hispanic ethnicity Madison: University of Wisconsin, 1981
12. Guendelman S, Silber Jasis M. Measuring Tijuana residents' choice of Mexican or U S health care services. Public Health Rep 1990, 105:575-583
13. Benati MAMAproposesnewagencyto supervise environmental cleanup, Tucson Citizen 1990: June 23; 1-2