

LA INICIATIVA AB1045: UN EJERCICIO BIOÉTICO DE EQUIDAD Y ACCESO A LA SALUD PARA LA COMUNIDAD MEXICANA MIGRANTE DE CALIFORNIA

SALVADOR A. CICERO DOMÍNGUEZ

Subsecretaría para Temas Globales de la Secretaría de Relaciones Exteriores, México

RESUMEN

Hablar sobre la comunidad mexicana residente en los Estados Unidos de América, y en particular los problemas de salud que tienen los mexicanos indocumentados, dado el tamaño y diversidad de esta comunidad, es un ejercicio de gran complejidad. Su estatus de vulnerabilidad se hace patente en la falta de acceso a una gran gama de servicios, aún los más elementales de salud, educación y alimentación.

Este ensayo desarrolla algunas consideraciones bioéticas sobre el perfil general de la comunidad mexicana en los Estados Unidos, las particularidades del Estado de California y explica, de manera general, la evolución del trabajo en materia de salud hecho por la Cancillería mexicana para lograr mejor acceso a servicios de salud de calidad para esas personas migrantes.

Asimismo, analiza los orígenes e implicaciones de la iniciativa de ley Californiana en materia de salud denominada como "Assembly Bill 1045 (AB 1045)" y el estado actual de su implementación, arribando a ciertas conclusiones sobre el futuro de iniciativas similares en otros estados de la Unión Americana.

PALABRAS CLAVE: Inmigración – Derechos Humanos – México – Estados Unidos de América

ABSTRACT

Addressing the many issues affecting the Mexican community resident in the United States, given its size and diversity, and particularly those issues related to the health of undocumented workers, is an exercise of great complexity. Their vulnerable state manifests itself in the lack of access to a wide array of services, including the most basic access to educational, health and nutritional services.

This essay briefly states some general considerations about bioethics, analyzes the general profile of the Mexican community in the United States, and addresses the specific case of California. It attempts to explain the evolution of health related advocacy work done by the Mexican government, through its Foreign Ministry, on behalf of its persons, in order to achieve better access to quality health services for them.

The essay addresses the origin and implications of the Californian legal initiative known as Assembly Bill 1045 (AB1045), as well as its current state of implementation, drawing some conclusions about the future of like initiatives in other regions of the country.

KEY WORDS: Immigration - Human Rights - México – Unites States of America

“La equidad se refiere a diferencias que son innecesarias o reducibles y son incorrectas e injustas. El concepto de la justicia incluye obviamente un

juicio moral y es, por consiguiente, intrínsecamente difícil. Al igual que con los resultados de salud, de la misma manera las inequidades en los factores determinantes de la salud son aquellas que no deberían existir. Cada persona debe, en función de la equidad, tener la oportunidad de acceder a aquellas medidas sanitarias y sociales necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar la salud”.

Dr. George Alleyne

Director de la Organización Panamericana de la Salud

1. Introducción

Hablar sobre la comunidad mexicana residente en los Estados Unidos de América, y en particular los problemas de salud que tienen los mexicanos indocumentados, dado el tamaño y diversidad de esta comunidad, es un ejercicio de gran complejidad. En general, su estatus de vulnerabilidad se hace patente en la falta de acceso a una gran gama de servicios, aún los más elementales de salud, educación y alimentación (Félix, 2000). Durante los años 90, e incrementándose después del 11 de septiembre del 2001, han proliferado distintas leyes federales, principalmente del orden migratorio, y a nivel estatal leyes limitando aún más servicios, todas indicadoras del desafortunado ambiente anti-inmigrante que prevalece en ese país.

La salud del migrante mexicano en ruta al vecino país del norte, empieza a deteriorarse casi desde el momento que dejan sus comunidades de origen rumbo a su destino y, en los casos más extremos, algunos pierden la vida al intentar cruzar la frontera. Una vez ahí, la gran mayoría de los migrantes mexicanos, al igual que otros migrantes del ayer, ingresan a la sociedad estadounidense desde la base de la pirámide social de ese país.

Sin embargo, el dilema del acceso a servicios de salud del mexicano migrante en Estados Unidos no se debe exclusivamente a que éste pertenezca a un nivel económico inferior al de los demás, o a que existan leyes que obstruyan su acceso a servicios gratuitos de salud, sino que tiene que ver también con toda una tradición cultural y lingüística que influye en la decisiones de nuestros connacionales respecto a buscar tratamiento médico.

En los Estados Unidos se han observado inequidades enormes en acceso a la salud basadas en raza, género, edad y otros factores (Ezequiel, 2000: 101). Asimismo, es generalmente aceptado que quienes viven en zonas rurales tienen menor acceso a servicios de salud. Consecuentemente, al considerar raza y bajos niveles socio-económicos de aquellos que viven tanto en la ciudad como en el campo, podemos deducir que estas personas carecen de un acceso “justo” a servicios de salud. Como se discute más adelante, el migrante mexicano, y en particular el indocumentado, se encuentra precisamente en este grupo de personas que viven en los más bajos niveles socioeconómicos de los Estados Unidos, aumentando a la vez su desventaja de lenguaje y de estatus legal. En referencia a esta situación, existen varias teorías para lograr la equidad en el acceso a servicios de salud o lo que denominaríamos como servicios “justos” de salud.

Michael Marmot, reconocido médico y especialista en salud pública de Whitehall, Gran Bretaña, indica que el estatus socioeconómico lleva a diferencias en los resultados sanitarios, siendo los servicios de cuidado de la salud poco significativos. Desde su punto de vista, la inversión debería estar dirigida a mejorar la situación económica de la gente porque su mejoría económica redundaría en el estatus sanitario.¹

Por otro lado, el connotado economista de la Universidad de Harvard en Estados Unidos, Jeffrey Sachs, sostiene que el mal cuidado de la salud lleva a mala salud y que ésta determina un bajo rendimiento económico. Según esta perspectiva, la inversión debería estar dirigida a mejorar los servicios de cuidado sanitario, lo que llevaría a mejor salud del individuo y, por ende, mejor productividad y crecimiento económico.²

Sin embargo, el debate no puede reducirse a la simple transferencia de o más “justa” distribución de los recursos en el ámbito de la salud. El acceso a sistemas de igualdad de salud parecería lo más lógico. Aún así, en los viejos países comunistas (y muchas veces en países latinoamericanos con sistemas de salud social), la igualdad de servicios para todos no ha significado servicios “justos” de salud.³ Así pues, la justicia en términos de acceso a la salud tendría que definirse como un sistema donde cada persona tenga la oportunidad de recibir “un valor similar de servicios de cuidado sanitario, con la precisión determinada por cada uno. Este valor de servicios necesita ser bastante robusto para cubrir la mayor parte de las medidas preventivas, la atención primaria y el cuidado en situación catastrófica, pero no puede ser ilimitado ni gratis.”⁴ En pocas palabras, el sistema no debe ser solo accesible, sino tener un nivel de calidad básica.

Pero lograr este tipo de sistema tiene muchas más implicaciones que el fondeo o costo de los servicios. Aún en sistemas de salud social con recursos plenos, donde el Estado u organizaciones sociales proveen cuidado básico y preventivo de buena calidad, existen otros factores, culturales y lingüísticos, que impiden proveer a los usuarios de estos servicios. Tal es el caso de California y la prestación de servicios de salud a la comunidad mexicana residente en esa entidad.

Este ensayo analiza brevemente algunas consideraciones sobre la Bioética, el perfil general de la comunidad mexicana en Estados Unidos, las particularidades del estado de California y explica, de manera general, la evolución del trabajo en materia de salud hecho por la Cancillería mexicana para lograr mejor acceso a servicios de salud de calidad para nuestros connacionales. Asimismo, analiza los orígenes e implicaciones de la iniciativa de ley Californiana en materia de salud denominada como AB 1045 y el estado actual de su implementación.

¹ *Idem*, página 103.

² *Idem*.

³ *Idem*, página 105.

⁴ *Idem*.

2. ¿Qué es la Bioética y que tiene que ver con la Política Exterior Mexicana?

Definir el término “Bioética”, aún después de más de 30 años que Potter (Potter, 1971) inventara la palabra, resulta un ejercicio complicado. La Bioética ha crecido de manera extraordinaria y cada vez parece abarcar más y más áreas que, a pesar de ser clasificables en muy diversos rubros, no se han definido o distanciado del término original. Esta dinámica ha creado grandes imprecisiones y ambigüedades que salen a relucir en la gran gama de temas que abarca la Bioética, así como en la diversidad de enfoques, que a veces hasta resultan incompatibles (Brussino, 2003). La creciente frecuencia de las reuniones académicas sobre temas bioéticos, la profusión bibliográfica, aunados al creciente debate público en la materia, han expandido el tema a tal grado, que se ha llegado a sugerir que casi cualquier tema discutible puede ser convertido en un problema bioético.⁵

La etimología de la palabra, obviamente nos lleva a entender que, la biología y ciencias relacionadas, además de la ética, es decir los conceptos de la moral humana y el raciocinio deben, de alguna manera, entrelazarse. Este concepto se ha popularizado en los últimos años con los avances científicos en los campos de la clonación y técnica de inseminación artificial, lo que ha dado lugar a grandes interrogantes sobre el balance que debe existir entre el alcance del conocimiento científico y técnico, versus el sentido humano de las implicaciones morales de llevar a cabo tales experimentos. Asimismo, los Derechos Humanos están intrínsecamente ligados a este debate y son parte del origen de la Bioética.

Tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos,⁶ como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,⁷ hacen referencia específica al derecho de todos los seres humanos a la salud. La aplicación de estos conceptos de Derechos Humanos, a su vez, han ido desarrollándose y evolucionando en el estudio de la Bioética, y se reflejan más específicamente en derechos como el de tener acceso a servicios de salud de calidad.⁸ Hoy por hoy, el Derecho a la Salud, y en particular el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, constituye una parte pivotal de las consideraciones bioéticas en la elaboración de políticas públicas y de los Derechos Humanos en general. Siendo que la observancia de los Derechos Humanos de los migrantes, incluyendo el acceso efectivo a servicios de salud y el acceso a servicios de salud de calidad, son objetivos centrales de la política exterior mexicana hacia sus comunidades en el

⁵ *Idem.*

⁶ Ver Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 25, 10 de diciembre de 1950.

⁷ Ver Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12.1, 16 de diciembre de 1966.

⁸ Ver Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 25, 10 de diciembre de 1950; Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12.1, 16 de diciembre de 1966.

exterior, puede deducirse que la Bioética, por consecuencia, es una arista de la elaboración de dicha política exterior.

Para los propósitos de este análisis, definiremos la Bioética como “una disciplina emergente en el contexto de la salud con implicaciones morales que se extienden hacia áreas muy diversas [ya que] [s]us principios pretenden humanizar y mediar los precipitados avances de la ciencia, la tecnología y el desarrollo global teniendo como base la interacción y el diálogo entre expertos y profanos. La Bioética, importante dimensión de las humanidades biomédicas, se ha transformado en un aspecto de importancia crítica en las ciencias biomédicas y sociales, en la atención sanitaria y la salud pública”.⁹

Asumiendo esta definición, es importante hacer notar que dichas áreas incluyen, pero no están limitadas, a la justicia y equidad en la asignación de recursos sanitarios; a los derechos de los pacientes; el derecho a morir con dignidad; la incorporación de cuidados paliativos a los servicios de salud; la ética del principio y final de la vida; la ética de la salud pública y la relación entre instituciones y personas; la investigación; y, el uso de drogas y la explotación del medio ambiente.¹⁰ Muchas de estas áreas resultan temas cotidianos del trabajo consular y parte de la misión del Instituto de los Mexicanos en el Exterior.¹¹

Así, en este contexto, y a pesar de la proliferación de artículos sobre la Bioética en nuestro país, poco se ha escrito en materia de conceptos bioéticos en la elaboración de la política exterior mexicana. Aún así, como se menciono con antelación, eso no quiere decir que la política exterior de nuestro país no tenga implicaciones bioéticas importantes. En particular, la Cancillería ha invertido mucho esfuerzo institucional para lograr el acceso de la población mexicana en los Estados Unidos de América a diversos servicios, como el acceso efectivo a la salud. A su vez, en los Estados Unidos, los grupos de activistas latinos han dedicado cada vez más tiempo y recursos, a hacer valer el derecho universal de los migrantes a servicios de salud dignos y, en muchos casos, simplemente básicos.

En realidad el esfuerzo en este ejercicio no es comprobar que la política exterior mexicana sostiene a la Bioética como uno de sus ejes primordiales y prioritarios. Sin embargo, la creciente preocupación de los funcionarios de la Cancillería mexicana, y los oficiales consulares en Estados Unidos, por temas de acceso a la salud de los 10 millones de ciudadanos mexicanos residentes en el vecino país del norte, sí tiene importantes implicaciones de la Bioética, en tanto esta se relaciona a los derechos básicos de cada individuo a la salud (Silvero, 2003: 22).

⁹ Véase convocatoria de la Beca en Bioética “Manuel Velasco-Suárez” 2003, disponible en www.paho.org/Spanish/PAHEF/velasco.htm. En mayo de 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó un Programa Regional de Bioética destinado a cubrir las demandas de los Estados Miembros por instancias de discusión abierta en muchas áreas que representan una permanente fuente de debate.

¹⁰ *Idem*.

¹¹ Antes Programa para las Comunidades Mexicanas en el Exterior.

La afirmación de que vivimos en una sociedad globalizada y sociedad de la información se refleja claramente en la situación en que vive el mundo a partir del 11 de septiembre de 2001, con una creciente conflictividad entre la civilización occidental y la musulmana, guiada políticamente por el problema del terrorismo y con incidencia clara sobre los temas de inmigración en la sociedad estadounidense y en las sociedades europeas avanzadas económicamente (Muñoz, 2003). En Estados Unidos, un efecto colateral de esta reacción xenófoba se ha reflejado palpablemente en otras comunidades inmigrantes como la mexicana. Tal situación ha forzado al gobierno mexicano a prestar mayor atención al desarrollo de temas como la biotecnología y el acceso a la salud en ese país, que a primera vista no parecerían directamente vinculados a los temas migratorio y de la relación bilateral.

Todos los temas relacionados con la ciencia y la tecnología están profundamente relacionados con esta realidad socio-política y son a veces difícilmente comprendidos por la parte de la masa social menos favorecida, a la que desafortunadamente pertenece la gran mayoría de nuestra población en Estados Unidos, quienes están inmersos en ella.¹²

Como se discutió anteriormente, se ha venido reflexionando acerca de las condiciones en que se desarrollan la tecnología, los servicios de salud y su incidencia social y económica, así como la creciente interacción entre lo público y lo privado. Un tema de creciente importancia es también la reorientación de la forma en que se disemina el conocimiento, entendiéndose el tránsito desde las publicaciones en revistas científicas hacia la reproducción de noticias de los avances científico-técnico en medios de comunicación convencionales.¹³ En este sentido se ha observado un giro respecto al sentido único del progreso científico-técnico inicialmente orientado exclusivamente a la comunidad científica, y que ahora se orienta hacia la rendición de servicios a la sociedad, como se refleja en la preocupación para la incidencia de la ciencia y la tecnología en "bienes sociales o comunes".¹⁴

Todas estas circunstancias han configurado un nuevo contexto para el desarrollo científico-técnico del que se han hecho eco un conjunto de esfuerzos para hacer llegar los beneficios a la población en general. El gobierno mexicano, al estar obligado a velar por el desarrollo integral de sus comunidades en el exterior, está validando aquellos esfuerzos que hagan llegar información clave sobre servicios de salud a sus ciudadanos, así como asegurar el acceso legal a dichos servicios.

En muchos casos, el trabajo cotidiano de los cónsules mexicanos nos han llevado a idear estrategias para poder auxiliar a nuestros connacionales en este rubro. Desde las negociaciones que se llevan a cabo con el Departamento Federal de Justicia para liberar por razones humanitarias a presos mexicanos con enfermedades terminales, hasta negociaciones con autoridades estatales para lograr enmiendas a leyes que benefician el acceso de

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*

nuestros connacionales a servicios de salud, el trabajo cotidiano de nuestros representantes consulares y diplomáticos tiene un impacto en el desarrollo de acceso a la salud y bienestar general de nuestras comunidades en el exterior e, implícitamente, importantes consideraciones bioéticas, aún si ellos no las denominan de esa manera.

Al entrar en vigor la ley de migración de 1996 (IIRAIRA)¹⁵, una de las principales repercusiones fue que aquellos que se encontraran indocumentados no podrían tener acceso a dineros federales para servicios de salud, aún cuando estos se otorgaran por autoridades estatales. Sólo en algunos casos, como el de las mujeres embarazadas, se contemplaba ayuda estatal, pues se entendía que el menor nacido en territorio estadounidense tendría derecho a la nacionalidad de ese país y por ende era muy importante proteger los derechos del futuro ciudadano.

Esta actitud xenófoba, conjugada con el sistema de salud de los Estados Unidos, ha tenido como resultado la exclusión de millones de mexicanos indocumentados que viven y trabajan en ese país.

Asimismo, desde la década pasada, el gobierno mexicano se vio en la necesidad de crear programas de salud específicamente orientados a las regiones de alta expulsión migratoria, ya que la circularidad de la migración tenía efectos muy nocivos en esas comunidades, atrayendo enfermedades de proporciones pandémicas como el virus HIV¹⁶

De la misma manera, la migración ha llevado al resurgimiento de temas de salud casi olvidados en Estados Unidos, como es el caso de la tuberculosis.

En el caso de estados como California y Texas, el tema de atención a estas comunidades migrantes va más allá de la mera legalidad, es decir, si el indocumentado o el residente tienen derecho a servicios de salud. Como se ve más adelante el perfil del migrante mexicano tiene todo que ver con su salud. Un ejemplo palpable es el de la mujeres indígenas mexicanas en el norte de California, donde los médicos tenían muchos problemas para auxiliarlas durante el parto. Las mujeres no querían acostarse y se descubrió, con la intervención de gobierno mexicano, que la causa era cultural: estas mujeres tenían como costumbre dar a luz de pié, y consideran el parto como un ritual donde la persona se convierte en dos.

Considerando todos estos factores, que han demostrado que la salud de los migrantes se deteriora con la llegada a su destino final y que la circularidad en la migración tiene efectos palpables en ambos lados de la frontera, ha forzado a las organizaciones de la sociedad civil californiana y, tanto al gobierno del estado de California como al gobierno federal mexicano, a combinar esfuerzos para mejorar la precaria situación de los mexicanos en

¹⁵ Illegal Immigration Reform and immigrant Responsibility Act of 1996, 8 U.S.C. §1101 et seq. (1996).

¹⁶ Aún cuando no sería apropiado, ni podríamos atribuir a este fenómeno como la única fuente del HIV en México, si ha sido una de las fuentes de propagación identificadas por la Secretarías de Relaciones Exteriores y de Salud.

esa entidad. La Institución mexicana encargada de coordinar dicha tarea es el Instituto de los Mexicanos en el Exterior.

3. Esfuerzos del Gobierno Mexicano para Lograr la Equidad en Materia de Salud de los Migrantes en Estados Unidos: El Programa de Comunidades Mexicanas en el Exterior y el Instituto de los Mexicanos en el Exterior

3.1 Breve Historia

El Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores encargado de la relación que México tiene con las comunidades de mexicanos residentes en el exterior.¹⁷ Sus raíces se encuentran en el Programa para las Comunidades Mexicanas en el Exterior (PCME).

A finales de los años 80, el PCME surgió como una estrategia de acercamiento hacia grupos mexicano-americanos y con el tiempo, fue convirtiéndose en una útil herramienta de la política exterior mexicana. En esa década, la comunidad hispana en Estados Unidos había cobrado importancia no sólo a nivel local, dentro de los estados del sureste americano como Texas y California, sino también a nivel regional y nacional.

Dentro de las organizaciones méxico-americanas e hispanas más destacadas en ese entonces se encontraban League of United Latin American Citizens (LULAC), National Council of La Raza (NCLR), Mexican American Legal Defense and Education Fund (MALDEF) y, en California, United Farmworkers (UFW).

Algunos líderes de estas organizaciones se acercaron al entonces Presidente de México, Carlos Salinas de Gortari, en 1989. Antonia Hernández, Presidenta de MALDEF, y Raúl Yzaguirre, Presidente del NCLR, entre otros, sugirieron a Salinas la creación de un ente gubernamental federal mexicano con el cual representantes de organizaciones méxico-americanas e hispanas en Estados Unidos pudiesen tener contacto continuo (Orozco-Aguirre, 1996; Orozco, 2000).

En 1990, se creó el Programa para las Comunidades Mexicanas en el Exterior (PCME) dentro de la Secretaría de Relaciones Exteriores. De esta manera, el Gobierno de México, dio un giro radical en su política de atención y acercamiento a los mexicanos residentes en el exterior, al establecer un medio de comunicación con los millones de mexicanos que residían en Estados Unidos.¹⁸

El objetivo del PCME fue el de identificar las necesidades y carencias de las comunidades mexicanas en Estados Unidos para diseñar programas y

¹⁷ Decreto de Creación del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, Promulgado por decreto del C. Presidente de la República, Lic. Vicente Fox Quesada, el día 11 de abril de 2003 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 16 de abril de 2003.

¹⁸ *Ibid.*

acciones en beneficio de esas comunidades. Asimismo, mediante la recolección de información estadística, se pretendía diseñar políticas para dar servicios enfocados a regiones y sectores vulnerables de la población migrante en EEUU.¹⁹

Con el arribo de Ernesto Zedillo a la presidencia en 1994, la política y alcance del PCME dio un avance importante. En su Plan Nacional de Desarrollo de 1995-2000, el Gobierno de México reconoció que la "Nación Mexicana" se extendía más allá de sus fronteras. Es decir, los nacionales de México no se encontraban sólo en el territorio mexicano sino en todo el mundo y, de manera particular, en Estados Unidos.

Para facilitar esta tarea, y reconociendo que existen importantes flujos migratorios de ciertas regiones mexicanas a ciertos destinos estadounidenses, desde mediados de los años 90, el PCME promovió la creación de Oficinas Estatales de Atención a Migrantes (OFAM) en México y Clubes de Oriundos en Estados Unidos. El objetivo era atender de una manera local el fenómeno de los circuitos migratorios México-Estados Unidos. De igual manera, se pretendía que representantes de los Clubes y las OFAMs se coordinaran a fin de facilitar el envío de remesas, la puesta en marcha de proyectos y el intercambio cultural y educativo.

Con la llegada al poder de Vicente Fox, se crea la Oficina de Mexicanos en el Exterior y Mexicano Americanos, presidida por el Dr. Juan Hernández, la cual coadyuvó a elevar el tema de las comunidades mexicanas en el exterior al nivel de la Presidencia de la República.

En agosto del 2002, a fin de institucionalizar la relación con las comunidades mexicanas al más alto nivel, se creó el Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior. Al elevar el nivel de atención a los mexicanos en el exterior y al incorporar a nueve secretarías de estado al Consejo, la calidad, alcance y eficacia de la atención a nuestros connacionales en el exterior adquiere otra dimensión.

Cabe señalar que, en septiembre de ese mismo año, el Presidente Fox designó a Cándido Morales, un migrante oaxaqueño que residía en California por más de 40 años, como Director del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), el brazo operativo del Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior.

El IME a su vez, absorbió al PCME y cuenta con un Consejo Consultivo, compuesto de representantes de cada circunscripción consular en Estado Unidos, de organizaciones latinas nacionales y de los estados de la República Mexicana con más migración. Dicha mezcla promete conformar un Consejo Consultivo que represente la amplia gama de opiniones y puntos de vista que existen entre los mexicanos, de aquí y de allá, y que acerque aún más las políticas públicas a las reales necesidades de la gente que reside en el exterior.

EL IME opera en Estados Unidos a través de las 45 representaciones consulares y, al igual que otras áreas de la Cancillería, se rige por el

¹⁹ *Ibid.*

Reglamento Interno de la Secretaría de Relaciones Exteriores y su Decreto de creación.²⁰ Es importante recalcar que el trabajo en apoyo a los mexicanos en el extranjero es mucho más que una política de la administración en turno, ya que este tiene su origen en la Constitución Política²¹ misma y está plasmada en la Ley, como una obligación de los diplomáticos, cónsules y funcionarios de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

3.2 El rubro de Salud

El área de salud del Programa para las Comunidades Mexicanas tenía como objetivo principal mejorar la calidad de vida de nuestros connacionales residentes en Estados Unidos por medio de la educación sobre temas prioritarios de salud, y a través de la colaboración en varias estrategias con diversas instituciones de salud locales, estatales y federales tanto de México como de Estados Unidos.²² Este trabajo tan importante lo continúa el IME a partir de 2003.

Cabe señalar que la Secretaría de Salud juega un papel central en todos estos programas, puesto que son ellos los que diseñan las estrategias apropiadas para la atención de la salud de los migrantes en nuestro país y quienes colaboran estrechamente con su homólogo en Estados Unidos y con el IME, para la atención de los migrantes en ese país. Asimismo, la Secretaría de Salud es miembro fundador del Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior.

Entre las actividades que el área de salud del IME ha emprendido se encuentran:

Intercambio de Profesionales de Salud. Programa de intercambio entre personal de clínicas y centros que atienden a migrantes mexicanos en Estados Unidos y sus contrapartes en México, diseñado con la intención de compartir experiencias y conocer cómo funcionan los sistemas de salud de ambos países.

Los profesionales estadounidenses visitan durante una semana, aquellos municipios de donde son originarios la mayoría de los pacientes que atienden en las clínicas de los lugares donde ellos residen. Los profesionales mexicanos, por su parte, tienen la oportunidad de conocer las comunidades de destino hacia donde emigran nuestros connacionales.

Actualización del personal de salud. El programa consiste de cursos, talleres o conferencias impartidos en Estados Unidos por especialistas

²⁰ Reglamento Interno de la Secretaría de Relaciones Exteriores, Promulgado el 20 de agosto de 2002 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de agosto de 2002. Decreto de Creación del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, Promulgado por decreto del C. Presidente de la República, Lic. Vicente Fox Quesada, el día 11 de abril de 2003 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 16 de abril de 2003.

²¹ Artículo 123, Apartado B, fracción XIII.

²² Véase Informe a Gobernadores de la República Mexicana, "Diagnóstico del Área de Salud 1994-2003", Instituto de los Mexicanos en el Exterior.

mexicanos sobre temas como adicciones, aspectos psicológicos y socioculturales de los migrantes de origen mexicano, educación bucal, medicina tradicional, VIH/SIDA e ITS, violencia doméstica y sexualidad, entre otros, que tienen como objetivo mejorar la comprensión de la cultura e idiosincrasia mexicana, a fin de promover un mejor trato para nuestros connacionales.

Presencia en foros. Parte de un programa más amplio, incluyente de otros rubros, con la finalidad de incrementar la presencia del Gobierno de México entre las organizaciones y el personal de salud que atiende a los mexicanos residentes en Estados Unidos. El IME se ha esforzado por mantener una presencia constante en las principales conferencias, ferias y foros de salud migrante, con el objetivo de promover la prevención de las enfermedades y el auto-cuidado de la salud entre nuestros connacionales.

Semana Binacional de Salud México-California. La Semana Binacional de Salud es un evento organizado por diversas instancias federales, estatales y locales de México y California que se realiza en los condados más importantes de California y durante el que se proporciona información y servicios de salud a los mexicanos residentes en la entidad con la ayuda de los centros y clínicas de salud del estado. Incluye también una serie de conferencias dirigidas al personal y los promotores de salud que atienden a nuestros connacionales. Se pretende que progresivamente todos los estados de la Unión Americana se sumen a este esfuerzo.

Promoción de la Salud. Este proyecto incluye varias estrategias que se enlistan a continuación:

f.1 Jornadas Informativas para Profesionales de la Salud. Programa dirigido a profesionales de la salud en Estados Unidos, cuyo propósito es dar a conocer el funcionamiento de los servicios de salud en México y contribuir con ello a la toma de conciencia de las características de los migrantes mexicanos. El programa contempla conferencias y talleres sobre temas relacionados con la salud, así como visitas guiadas a hospitales, universidades y centros de investigación.

f.2 Distribución de materiales de salud. Materiales de prevención y atención básica de la salud a la comunidad mexicana radicada en Estados Unidos por conducto de los Consulados de México.

f.3 Firma de convenios y acuerdos. Esta estrategia se lleva a cabo con instituciones de salud públicas y privadas de México y Estados Unidos con el propósito de apoyar las actividades propias del área de salud del IME. De igual forma, se pretende establecer intercambios académicos que permitan el estudio y análisis formales sobre la salud del migrante mexicano.

f.4 Programa de Enfermeras. Con el objetivo de que enfermeras certificadas en México puedan trabajar en Estados Unidos, los Consulados de México en Chicago, Detroit, Houston, Portland y San Antonio están trabajando para que mediante cursos de capacitación

puedan obtener el certificado necesario. Se espera que paulatinamente todos los Consulados se integren a este programa.

f.5 Elaboración de guías de salud. Actualmente, los Consulados de México en Chicago y Nueva York están elaborando guías que tienen como finalidad dar a conocer a nuestros connacionales, los servicios de salud a su disposición, así como los teléfonos básicos para su orientación.

f.6 Iniciativas de Ley. En este contexto se lleva a cabo un monitoreo constante de iniciativas de ley que puedan tener un impacto potencial, ya sea positivo o negativo, en nuestras comunidades en Estados Unidos. En los últimos años dos temas han ocupado la mayoría de nuestra atención: el primero es la certificación de enfermeras y el segundo es el acceso a servicios de salud de las áreas marginadas de mexicanos, especialmente en los estados fronterizos de Texas, Nuevo México y Arizona, y en el estado de California.

Es precisamente en este último punto que el trabajo de la Cancillería mexicana desarrolló e impulsó la iniciativa AB 1045 en California.

4. La Iniciativa AB 1045

4.1 Breve Semblanza de la Población Mexicana en Estados Unidos.

Actualmente, la población mexicana en Estados Unidos se estima en aproximadamente 10 millones de ciudadanos mexicanos.²³ De estos, 6.5 millones son residentes legales y el restante 3.5 se presume son indocumentados, aunque este último es un número mínimo, ya que la propia calidad indocumentada de nuestros paisanos dificulta nuestra habilidad de saber con exactitud dichos datos. La magnitud de esta población conlleva implícitamente una diversidad y heterogeneidad patente.

Según los últimos datos, el 55,9% de los migrantes son hombres y el 44,1% son mujeres. Uno de cada cinco bebés nacidos en EUA es latino y para el 2050 uno de cada cuatro estadounidenses será latino.²⁴

Los diez estados de mayor expulsión son Michoacán, Jalisco, Guanajuato, Guerrero, Zacatecas, el Distrito Federal, el Estado de México, Oaxaca,

²³ Directorio Estadístico de Mexicanos Residentes en el Exterior, SRE-PCME, 2000 y Datos del US Census Bureau. Cabe señalar que, para propósitos de esta discusión, contamos a aquellas personas que tienen sólo la ciudadanía mexicana. Asimismo, debemos recalcar que la "Nación Mexicana" incluye a los aproximadamente 100 millones de mexicanos en México, a los 10 millones de ciudadanos mexicanos (residentes legales e indocumentados) que viven en EEUU, así como a los casi 14 millones de mexicano americanos.

²⁴ *Ibid.*

Durango y Puebla. Sus principales destinos son California, Texas, Illinois, Arizona, Colorado, Florida, Nuevo México, Washington, Nevada y Georgia.²⁵

Del porcentaje de la población de origen hispano menor de 18 años, México ocupa el primer lugar con el 38%. Del porcentaje de la población con grado escolar menor al medio dentro de la rama mayor de los 25 años, México tiene a los menos educados, siendo estos el 33% de este grupo.

De la población de origen hispano, mayor de 25 años, con grado escolar medio superior, los mexicanos ocupamos el último lugar, con el 7 por ciento.

Estas desafortunadas cifras implican ciertas limitantes para la capacidad de progreso inmediato del migrante mexicano y, de alguna manera, también influyen en las estrategias que nuestro gobierno ha de seguir para atenderlos. Es importante señalar también que el nivel de escolaridad de dichos migrantes, aunque ha aumentado en años recientes, sigue siendo muy bajo (nivel secundaria en promedio), y que es una población muy joven, pero que frecuentemente no continúa con su educación al llegar a su destino en el exterior.²⁶

4.2 Orígenes de la AB 1045: El caso de California

California tiene una población de 33,871,648 habitantes.²⁷ De acuerdo al último estudio del censo en el año 2000, se estimaba que en California residen 8,455,926 personas de origen mexicano,²⁸ lo que representa el 25% de la población total de ese estado. Asimismo, esta cifra indica que el 40% de los mexicanos que residen en Estados Unidos, residen en California.

En California se estima habitan entre millón y medio y dos millones de mexicanos indocumentados.²⁹ De estos, se estima que 180,000 son niños indocumentados (Frates, 2003: 259). Dichos migrantes integran familias de muy bajos recursos y no cuentan con cobertura de salud pagada por sus empleadores, enfrentando grandes barreras para obtener servicios de salud (Brown, 2002). Inmigrantes latinos generalmente tienen poco acceso a servicios de salud durante emergencias y tienden a no tener un lugar habitual de tratamiento (Matani, 2001: 247-256).

La Ley Federal vigente, como se mencionó con antelación, limita a inmigrantes "calificados" (con residencia legal), la elegibilidad para obtener servicios de salud en programas subsidiados por fondos federales, excepto en casos de emergencia (Capps, 2002). A pesar de que California provee servicios de salud para cuidado prenatal y cuidado preventivo de salud infantil, muy pocos estados proveen este mismo servicio.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Esta cifra incluye ciudadanos mexicanos y mexicano americanos.

²⁹ Directorio Estadístico de Mexicanos Residentes en el Exterior, SRE-PCME, 2000 y Datos del US Census Bureau.

Lo más preocupante es que, en el caso de menores latinos entre las edades de 6 y 17 años, quienes a la vez tienden a ser indocumentados (al compararlos con niños de menor edad), 16% de éstos no han visto a un médico en los últimos dos años, comparado con solo 7% de menores de origen anglosajón sin seguro (Flores, 2002: 82-90).

De acuerdo al Centro para Profesionales de la Salud de la Universidad Estatal de California, cerca de 7 millones de personas que viven en California hablan limitadamente el idioma inglés y hay menos de 500 intérpretes-traductores para ayudarles a solicitar servicios de salud, y sólo una fracción son de tiempo completo.³⁰

Aunque el 28% de los médicos cuentan con personal que domina el español, éstos no siempre están familiarizados con terminología de la salud. Sin una comunicación efectiva, pueden aumentar los riesgos de diagnósticos equivocados, malentendidos y errores en recetas médicas.³¹

Aunque el 33% de la población de California, o más de 11 millones de personas, son hispanos, médicos de esa minoría étnica en el estado suman menos del cinco por ciento.³²

Dentro de todos los mexicanos en California, los trabajadores de la agricultura, en particular, son el grupo más vulnerable y están sujetos a reglas "especiales".³³ Por ejemplo, en un acto deliberado del Congreso Federal, fueron excluidos de las protecciones laborales (Fair Labor Standards Act o FLSA, por sus siglas en inglés, y National Labor Relations Act)³⁴, leyes que tenían la intención de proveer reglas laborales mínimas y derechos colectivos en Estados Unidos. En otro ejemplo, aunque el FLSA requiere tiempo extra por horas trabajadas en exceso de las 40 horas, no aplica a los trabajadores de la agricultura. Asimismo, la edad mínima, que es catorce en todos los otros ámbitos laborales, se reduce a 12 para la agricultura y no hay ninguna edad mínima para menores que trabajan en granjas familiares (Villarejo, 2000: 6-8).

Recientemente, el congreso federal también excluyó a trabajadores que laboren en granjas con menos de 11 empleados de las protecciones de la Agencia para la Seguridad y Salud Laboral (Occupational Health and Safety

³⁰ Reporte de la Agencia NTX, "Enferma Inglés a los Hispanos", citando un reporte del California Endowment, <http://www.Reforma.com> (25 de junio, 2003).

³¹ *Ibid.*

³² *Ibid.*

³³ Por el lado positivo, cabe mencionarse que la Ley Federal de Migración de 1986 (Immigration Reform and Control Act of 1986) específicamente indica que cualquier trabajador agrícola que entró sin autorización y trabajó por lo menos 90 días entre mayo de 1985 y mayo de 1986 era elegible para regularizar su situación migratoria.

³⁴ Véase generalmente Fair Labor Standards Act, 29 U.S.C. § 201-19 (1938) y enmiendas posteriores; National Labor Relations Act, 29 U.S.C. 151-197 (1935) y enmiendas posteriores.

Administration u OSHA, por sus siglas en inglés),³⁵ a menos que el empleador tenga campo laboral agrícola o suceda una muerte.

Aunque existen pocos estudios sobre la salud del trabajador agrícola migrante, el último estudio del California Endowment y el California Institute for Rural Studies,³⁶ indicó datos alarmantes:

Concluía que el riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedades del corazón, asma, diabetes, son factores sorprendentemente altos para un grupo conformado primordialmente por hombres jóvenes que deberían estar en su mejor condición física. Trabajo agrícola es muy intenso y califica como ejercicio regular.

Asimismo, se encontró que una mala dieta es una de las principales razones para esta situación.

Con esta información y entendiendo la necesidad de crear un programa de corto a mediano plazo que pudiera aliviar la situación, la California Hispanic Health Care Association, se acercó al gobierno mexicano y al legislador mexicano americano Marco Antonio Firebaugh, para elaborar e impulsar una iniciativa que permitiera aprovechar el conocimiento de médicos y dentistas mexicanos, para atender a las comunidades mexicanas y latinas de California.

4.3 La propuesta legislativa

La iniciativa de ley AB 1045,³⁷ presentada por el Diputado Estatal de California, Marco Antonio Firebaugh, propuso llevar un grupo de 150 médicos y 75 dentistas mexicanos a California a trabajar en comunidades con altos índices de latinos, en zonas de depresión económica, tanto urbanas como rurales. El programa es el primero de esta índole en ese Estado y tendrá una duración de tres años. El programa no instará la migración permanente, puesto que los participantes no podrán renovar sus licencias para ejercer, ni sus visas de trabajo. Asimismo, los participantes tendrán que pasar rigurosos exámenes profesionales y de comprensión del idioma inglés.

El programa de reclutamiento planteado originalmente se haría a través de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Secretaría de Salud. En California la University of Southern California (USC) supervisará que participen en actualización cada seis meses (Continuing Medical Education).

³⁵ *Idem.*

³⁶ *Idem.* De las 971 personas que participaron en este estudio, la mayoría eran jóvenes mexicanos, casados, con poca educación y bajos recursos económicos. La edad promedio era de 34 años, el 92% nacieron fuera de los Estados Unidos, 96% se autodenominaban como mexicanos, 8% eran indígenas, 59% estaban casados y, aunque el 63% había acabado por lo menos la primaria, sólo la mitad podía leer bien el español. Sus salarios oscilaban entre los \$7,500 y, \$9,999 dólares por año.

³⁷ Adoptada en el Cal. Bus. & Prof. Code §§ 853-55 (2002).

La iniciativa no pedirá fondos estatales, sino que conseguirá dinero de programas federales. Los participantes ganarán lo mismo que cualquier profesionista gana trabajando en las clínicas participantes.

La Iniciativa de ley AB 1.045 fue aprobada por la Asamblea de Representantes de California. Enfrentó algunos retrasos al ser considerada por la Comisión "Business and Professions" del Senado Californiano. La Presidenta de la Comisión es la Senadora Liz Figueroa (de origen salvadoreño), quién propuso tener una audiencia-voto el día 10 de junio de 2002. Durante esta audiencia, se presentaron representantes de la UNAM, de la Secretaría de Salud de México y de la Cancillería, representados por el Consulado General de México en Sacramento.

Los consulados mexicanos en todo el estado hicieron un trabajo de apoyo a dicha iniciativa desde 2001 y tanto el Secretario Julio Frenk, de la Secretaría de Salud mexicana, como el entonces Canciller Jorge G. Castañeda, enviaron cartas de apoyo.

Los Puntos Clave de la Iniciativa son:

La Iniciativa no pide dinero del Estado de California

Existen visas disponibles bajo varios rubros que permitirían el acceso inmediato

Programa limitado a 3 años, con una licencia no renovable (No un programa de migración permanente)

Interés del gobierno de México por recuperar a médicos y dentistas entrenados en nuestro país

Permitirá atender un alto número de mexicanos trabajando en California

Le pagarán el mismo salario a los profesionistas mexicanos que a un médico o dentista en una de esas clínicas

University of Southern California (USC) supervisará que participen en actualización cada seis meses (Continuing Medical Education)

Sin embargo, es importante mencionar que la AB 1.045, como muchas iniciativas novedosas, enfrentó oposición de grupos fuertes como la Asociación Médica de California (California Medical Association o CMA, por su siglas en inglés). En particular la CMA, expresaba preocupación por su habilidad de poder regular el ejercicio de la medicina de médicos extranjeros en ese estado. Otros grupos temían que los intereses profesionales económicos de largo plazo de los médicos y dentistas se verían afectados.

A pesar de la oposición, la situación ameritaba algún acuerdo político que pudiera crear, por lo menos, un pequeño programa piloto, fácil de administrar e implementar. Como resultado, se llegó a un compromiso sobre la AB 1.045 ya que al aprobarse ésta, se redujeron los números de participantes a no más de 30 médicos y 20 dentistas mexicanos.

Considerando la importancia que esta iniciativa podría representar para el bienestar de nuestros connacionales en California, en particular en las regiones agrícolas, y en general para la población de origen hispano en ese

estado, el gobernador Gray Davis la firmó el 30 de Septiembre de 2002, convirtiéndose en la primera ley de este tipo en la historia de Estados Unidos.

El futuro de Consideraciones Bioéticas en la elaboración de propuestas para atender las necesidades de salud de los migrantes

Ciertamente el éxito de la AB 1.045 deberá de medirse en los próximos años. La reducción en el número de participantes efectivamente redujo el efecto multiplicador del proyecto. Asimismo, ya se han dado algunas enmiendas para facilitar que otras instituciones educativas mexicanas puedan participar en el proyecto. Sin embargo, lo importante es que el espíritu de la AB 1.045 sigue intacto y que su contribución se torna histórica, aún conceptualmente.

A partir de la aprobación de la AB 1045 y de la incorporación de factores culturales en la elaboración de políticas públicas en el campo de la salud, otros estados de la Unión Americana han seguido la pauta californiana. En los Estados Unidos, el desarrollo de la comunidad latina, en su mayoría mexicana, y su rápido crecimiento están cambiando la cara de ese país. Consecuentemente, las consideraciones bioéticas en el ámbito de la salud se vuelven una parte necesaria del ejercicio diario de las ciencias médicas.

El gobierno mexicano, a la vez, tiene que velar porque estas consideraciones se vean replicadas cada vez con mayor frecuencia, pues sólo así se logrará proteger a sus ciudadanos en ese país.

El creciente interés por abordar programas de salud para inmigrantes, aún en áreas con poca población mexicana, puede ser ejemplificado por el éxito que el programa "D.C. Healthcare Alliance" ha tenido, en el Distrito de Columbia, ya que existe la intención de ampliarlo. Tanto la comunidad médica, como la latina, coinciden en que debido al crecimiento en la población latina, es necesario que el programa alternativo de salud sea extendido.

Actualmente el programa cuenta con un presupuesto de setenta millones de dólares y atiende a 28,000 personas, entre las cuales se encuentran personas indocumentadas con bajo ingreso económico, los cuales, por su calidad migratoria, no pueden ser atendidos por otros programas. La Alianza D.C. fue creada hace dos años, con el fin de prestar atención médica de caridad a través de 6 hospitales, 28 clínicas y 800 proveedores. Al día de hoy, dicha Alianza atiende a aproximadamente 2,900 pacientes hispanos y tiene 800 más en espera de ser beneficiarios. El 11 por ciento de la población beneficiada es de origen latino, la cual se estima ser de 65,000 en esa entidad (Spencer, 2002).

Durante 2003, ya se han llevado a cabo reuniones en Texas, el segundo estado con mayor población mexicana en Estados Unidos, para discutir la viabilidad de una iniciativa similar a la AB 1.045 y de otras estrategias afines.

En el estado de Illinois, el tercero en concentración mexicana, desde el año 2002, se ha impulsado, cada vez con más vigor, el programa de certificación de enfermeras mexicanas radicadas en ese estado, a fin de superar la falta de estas profesionistas bilingües y biculturales, para atender a la población latina en ese estado. Inspirado por este proyecto, se ha llevado

a cabo recientemente una reunión nacional para replicar la iniciativa en otras entidades.

Otra estrategia bajo esta línea innovadora, es la que recientemente fue abordada por el estado de Utah, impulsada por su gobernador Michael Leavitt, quien propone al gobierno mexicano un programa piloto para la creación de un seguro de salud binacional, que permita a los migrantes mexicanos tener acceso a servicios de salud en los Estados Unidos.

Asimismo, el gobernador de Nuevo México, Bill Richardson, durante su visita a México en junio de 2003, expresó su gran interés por cooperar con nuestro gobierno para mejorar las condiciones de los mexicanos en materia de salud.

Por la parte mexicana, la Secretaría de Salud ya está trabajando para expandir el programa de semanas binacionales de salud, así como coadyuvar los programas antes mencionados.

En su nueva forma, el trabajo con las comunidades mexicanas a través del IME, y en general en el trabajo cotidiano de los consulados, amplía e integra muchos conceptos de bioética que antes no se habían considerado como prioridades. Los miembros del Consejo Consultivo del IME, en su primera reunión de trabajo³⁸, expresaron en la Comisión de Organización Comunitaria, Salud y Cultura, muchos temas de salud como prioridades en el trabajo del gobierno mexicano con las comunidades en el exterior.

Reconociendo que los consulados de México en Estados Unidos tienen un poder muy grande de acercamiento con la comunidad, hemos ideado nuevas estrategias para difundir información sobre salud. Por ejemplo, en nuestros consulados generales, como Atlanta, Chicago, Houston o Los Ángeles, se atienden a más de mil personas diarias. Aquellos que están formados (a veces por horas), esperando recibir algún servicio consular, pueden beneficiarse de información preventiva mientras esperan.

En Los Ángeles y en San Diego recientemente se abrió un programa preventivo de salud, denominado "Ventanillas de Salud". Todos los días los mexicanos que acuden a solicitar servicios consulares, pueden consultar a un profesionista en salud. Asimismo, cada 15 días visita el área una clínica móvil y hasta se pueden hacer análisis clínicos gratuitos. Este programa piloto iniciado en el 2003, capitaliza la audiencia cautiva que se tiene en la gente que solicita servicios. Cada vez que se entregue una matrícula o pasaporte, podría entregarse información preventiva, ya sea sobre derechos civiles, sobre servicios educativos o de salud.

5. Conclusiones

Ciertamente el trabajo que nuestro gobierno llevó a cabo en apoyo de la iniciativa AB 1045, fue un esfuerzo *sui generis* en materia de salud de los

³⁸ Véase informe de la Instalación y Primera Reunión del Consejo Consultivo, 20 y 21 de marzo de 2003, disponible en www.sre.gob.mx/ime/.

migrantes mexicanos en California. Sin embargo, la aprobación de la iniciativa es solo el comienzo del proceso. El reto más grande vendrá en los próximos años, pues se pondrán a prueba todas las teorías plasmadas en la propuesta.

Asimismo, es importante recalcar, como se mencionó con antelación, que a raíz del éxito de la AB 1045, otros estados con grandes números de migrantes mexicanos han llevado a cabo reuniones para analizar si iniciativas como ésta pueden ser replicadas en sus entidades. La iniciativa integra conceptos innovadores de calidad multicultural en el tratamiento de los pacientes, para así lograr una mejor comunicación, no solo a nivel lingüístico, sino al entender el contexto social y cultural del paciente.

Huelga mencionar los grandes retos que enfrentan los inmigrantes en estados como California donde en los últimos meses las posiciones conservadoras y anti-inmigrantes, impulsadas irónicamente con la elección del inmigrante Schwarzenegger, han retomado fuerza, implicando cierta inseguridad para iniciativas de esta naturaleza.

Aún así, el pensamiento bioético, personificado en este caso como la AB 1045, refleja la importancia del elemento humano en el proceso de los servicios de salud, pues nos demuestra que la justicia en la salud no es simplemente reconocer que los seres humanos tienen un Derecho Humano, inalienable, a la salud o lograr el acceso al servicio de salud, sino que, para que el ser humano realmente se beneficie de dicho acceso, es esencial que éste entienda las implicaciones de la salud preventiva y la importancia del seguimiento de su salud en casos de tratamiento. Programas como la AB 1045, permiten al profesionista de la salud entender mejor al paciente, conocer sus instintos y prejuicios, permitiéndole a la vez anticipar problemas potenciales, lo que lo hace mucho más efectivo.

En las relaciones internacionales entender el contexto del individuo o nación con la que se tiene una relación, ya sea en una negociación diplomática o al solicitar un servicio de salud, es no sólo recomendable, sino necesario. El entendimiento de las necesidades y deseos del otro, permite ampliar la perspectiva y, por consecuencia, el campo de maniobra. En el caso de la Diplomacia esto da una ventaja comparativa. En el caso de la salud, considerar los Derechos Humanos e impacto bioético de la tecnología, permite no perder de vista aquello que ultimadamente es la razón de la existencia de la ciencia, la medicina y la ética: el ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

- BROWN E.R et al., 2002 *The State of Health Insurance in California: Findings from the 2001 California Health Interview Survey* (Los Angeles, California: UCLA Center for Health Policy Research).
- BRUSSINO Silvia, "Bioética, racionalidad y principio de la realidad" disponible vía internet en <http://alcazaba.unex.es/~mgarcia/doctrina2.htm> y ¿Que es la Bioetica? <http://www.cuadernos.bioetica.org/>.
- Cal. Bus. & Prof. Code, §§ 853-55 (2002).

- CAPPAS R. et al, 2002 *How Are Immigrants Faring after Welfare Reform? Preliminary Evidence from Los Angeles and New York City*, disponible en www.urban.org/UploadedPDF/410426_final_report.pdf.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 123, Apartado B, fracción XIII.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 25, 10 de diciembre de 1950, disponible en www.un.org.
- Decreto de Creación del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, Promulgado por decreto del C. Presidente de la República, Lic. Vicente Fox Quesada, el día 11 de abril de 2003 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 16 de abril de 2003.
- Directorio Estadístico de Mexicanos Residentes en el Exterior, SRE-PCME, 2000 y Datos del US Census Bureau.
- EZEQUIEL Emanuel, 2000 *"Inequidades, Bioética y Sistemas de Salud", Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad y Derechos*, Serie Publicaciones – 2000 (Santiago, Chile: Programa Regional de Bioética División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud).
- Fair Labor Standards Act, 29 U.S.C. § 201-19 (1938) y enmiendas posteriores.
- FÉLIX Carlos, 2000 Ponencia "Mecanismos de Diálogo y Concertación con Estados Unidos", *XV Postgrado en Política Internacional Mexicana: La Protección a Mexicanos en Estados Unidos (México: Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos)*.
- FLORES G. et al., 2002 "The Health of Latino Children: Urgent Priorities, Unanswered Questions, and a Research Agenda," *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois: American Medical Association).
- FRATES J. et al., (enero/febrero 2003) "Special Report: Models and Momentum for Insuring Low-income, Undocumented Immigrant Children in California," *Health Affairs* Volumen 22, Número 1 (Bethesda, Maryland: The Project Hope).
- HSU Spencer S., 8 de diciembre, 2002, "D.C. Assures Latinos Of Medical Access: City Taking Over Troubled Alliance (D.C. Asegura el Acceso Médico a Latinos)" en *Washington Post* (Washington, D.C.) pg. C.07.
- Illegal Immigration Reform and immigrant Responsibility Act of 1996, 8 U.S.C. §1101 et seq. (1996).
- Immigration Reform and Control Act of 1986 (IRCA), 8 U.S.C §§ 1101 et seq. (1986) y enmiendas posteriores.
- Informe a Gobernadores de la República Mexicana, "Diagnóstico del Area de Salud 1994-2003", Insitituto de los Mexicanos en el Exterior, Secretaría de Relaciones Exteriores, México.
- Informe de la Instalación y Primera Reunión del Consejo Consultivo, 20 y 21 de marzo de 2003, disponible en www.sre.gob.mx/ime/.

- MATANI S. y Ku L., (enero/febrero 2001) "Left Out: Immigrants' Access to Health Care and Insurance," *Health Affairs*, Volumen 20, Número 1 (Bethesda, Maryland: The Project Hope).
- MUÑOZ Emilio, Grupo de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CSIC), Working Paper 03-03, "Problems in the Análisis of the Public's Perception of Biotechnology: Europe and its Contradictions," disponible en <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt.0303.pdf>, que se publicará en el libro *Percepción social de la ciencia*, en curso de edición por la Academia Europea de Ciencia y Artes (Delegación Española).
- National Labor Relations Act, 29 U.S.C. 151-197 (1935) y enmiendas posteriores.
- NTX, Reporte de la Agencia, 25 de junio, 2003, "Enferma Inglés a los Hispanos", citando un reporte del California Endowment, disponible en <http://www.Reforma.com>
- OROZCO-AGUIRRE Sofía, 1996 *Los Mexicanos del Otro Lado: Su Educación en Estados Unidos*, (México: Universidad Pedagógica Nacional).
- OROZCO Graciela, González Esther, Díaz de Cossío Roger, 2000 (1997) *Las Organizaciones mexicano-Americanas, hispanas y mexicanas en Estados Unidos* (México: Centro de Estudios Migratorios INM/ Fundación Solidaridad Mexicano Americana, Sistemas Técnicos de Edición).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12.1, 16 de diciembre de 1966, disponible en www.un.org.
- POTTER V.R., 1971 *Bioethics: Bridge to the future* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall).
- Reglamento Interno de la Secretaría de Relaciones Exteriores, Promulgado el 20 de agosto de 2002 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de agosto de 2002.
- SILVERO ARÉVALOS José Manuel, "Derechos Humanos, Bioética y Pobreza en Latinoamérica", *El Catoblebas*, número 12, página 22, febrero 2003, disponible en www.nodulo.org/ec/2003/n012p22.htm
- VILLAREJO D. et al., 2000 *Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers* (Davis, California: California Institute for Rural Studies).

