

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Determinantes sociales del perfil de tuberculosis pulmonar en familias de migrantes del Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México – Canadá*

Sagrario Lobato Huerta, Elías Bernardo Pezzat Said, Ángela Duarte, Rodolfo Gines Martínez Fernández, Ana Sánchez

Introducción

Se ha reportado que los trabajadores inmigrantes mexicanos al llegar al país receptor presentan indicadores de salud más favorables que otras poblaciones. Este relativo buen estado de salud es paradójico, ya que podría obedecer a que, por naturaleza, el proceso migratorio es exigente y auto-selectivo, es decir, los que migran son los

más aptos. Sin embargo, con el tiempo, los inmigrantes tienden a cambiar sus condiciones de vida y de salud, ya que se ajustan a los hábitos culturales de la sociedad a la que se insertan y las intensas jornadas laborales desgastan su salud,¹ favoreciendo los principales perfiles patológicos de esta población:^a tuberculosis, VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual, diabetes e hipertensión.² Por esta situación la epidemiología hegemónica en México, la del factor del riesgo, identifica al migrante como vector social, ya que asume que al regresar a su comunidad de origen transmite infecciones y hábitos adquiridos en el país destino,³ proponiendo así intervenciones centralizadas en el cambio de su comportamiento individual para prevenir enfermedades.

Sagrario Lobato Huerta. Maestra en Medicina Social; especialista en migración, discapacidad y determinantes sociales del proceso salud-enfermedad; jefa del Departamento de Investigación, Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades.

Correo-e: saguilobito@hotmail.com

Elías Bernardo Pezzat Said. Doctor en Biopatología Médica; especialista en inmunopatías y migración; profesor-investigador titular, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Ángela Duarte. Máster en Ciencias, especialista en enfermedades infecciosas; profesora de tiempo parcial y asistente de investigación, Universidad de Brock.

Rodolfo Gines Martínez Fernández. Maestro en Ciencias Médicas e Investigación; especialista en salud y migración; Subdirector de Investigación y Enseñanza en Postgrado, Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Ana Sánchez. Doctora en Biología de la Infección; especialista en enfermedades infecciosas y desarrollo internacional; profesora asociada, Universidad de Brock.

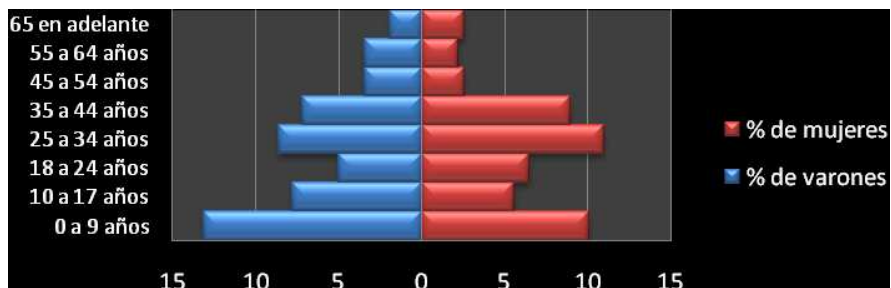
*El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación colaborativa entre la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y la *Brock University* de Ontario, Canadá. Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el financiamiento para la realización de esta investigación. Mayores informes:

http://www.conacyt.mx/Fondos/Sectoriales/SSA/2006-02/SSA_Resultados_2006-02.pdf

Ahora bien, no es extraño que la tuberculosis pulmonar sea la primera patología que el gobierno mexicano enfoca para su prevención entre la población migrante,² ya que es el problema de salud representativo de la pobreza,⁴ siendo ésta última el principal motor de la migración laboral,⁵ por lo que resultó necesario la realización de esta investigación desde una epidemiología social sobre el perfil de tuberculosis pulmonar en las familias de migrantes pertenecientes al PTAT, siendo además un tema prácticamente inexplorado. En esta investigación se construyó un perfil de prevalencia de tuberculosis pulmonar en

^a Le siguen obesidad y sobrepeso, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, adicciones, depresión y violencia.

Gráfica 1
Pirámide poblacional según grupos de edad y sexo.
Guadalupe Zaragoza, Tlahuapan, Puebla, 2008



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta directa, 2008

las familias de los/as trabajadores migrantes poblanos, no con la intención de fomentar el estigma de “migrante = vector”, sino para identificar los determinantes sociales de la salud que pudieran estar repercutiendo en la situación de salud colectiva, reflejada en la prevalencia de tuberculosis pulmonar.

Determinantes sociales de la salud

En un sentido general, los determinantes sociales de la salud se pueden definir como procesos sociales que se expresan en los procesos bio-psíquicos-humanos.⁶ De acuerdo al peso que tienen en la generación de inequidades en salud, se clasifican en estructurales e intermediarios.⁷ Los primeros son los componentes de la estructura social (modo de producción, estado, género, etnia, status.) y se expresan a través de los segundos que son conocidos también como “las causas de las causas” (sistemas de salud y condiciones de vida).⁸

Tuberculosis pulmonar

Es el problema de salud representativo de la pobreza.⁹ Una persona con tuberculosis pulmonar activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. El sistema inmunitario de una persona afectada con tuberculosis suele destruir las bacterias o bien las encierra en el punto de infección. Sin embargo, en ocasiones las bacterias no son destruidas sino que permanecen inactivas durante muchos años, conocido como tuberculosis

latente. Alrededor del 80% de las infecciones de tuberculosis son causadas por la activación de bacterias inactivas.⁴

Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México – Canadá (PTAT)

Este Programa surgió en 1974 y es la vía de migración laboral documentada más importante para México y Canadá. Consiste en un circuito de migración laboral de carácter estacional^b para atender la demanda de mano de obra en los campos agrícolas canadienses. La instancia gubernamental canadiense que determina las políticas migratorias de trabajadores estacionales y mantiene los acuerdos con el gobierno mexicano es el Departamento de Recursos Humanos de Canadá, mientras que la parte administrativa está a cargo de una agencia privada no lucrativa llamada Servicios de Administración de Recursos Agrícolas Extranjeros (FARMS, por sus siglas en inglés).

El protocolo es el siguiente: los empleadores deben solicitar mano de obra al Departamento de Recursos Humanos dos meses antes del inicio de la temporada agrícola, informando sobre las condiciones de trabajo. A un mes de iniciarse la temporada, si no hay solicitudes de ciudadanos canadienses para laborar en las granjas, el Departamento da respuesta a la solicitud de los

^b Puede durar de 3 a 8 meses al año, depende de la estación propicia del cultivo en el que trabajará el migrante.

granjeros autorizando a la FARMS a proseguir con su solicitud. Este organismo trata de cumplir con todas las aplicaciones y si un patrón solicita trabajadores específicos (nominales) la FARMS se encarga de requerirlo.¹⁰ Posteriormente, el Departamento de Recursos Humanos hace las solicitudes a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social del gobierno mexicano que, a su vez, estipula los siguientes requisitos básicos: nacionalidad mexicana, 22 a 45 años de edad, buena salud física, ocupación relacionada con la agricultura, escolaridad mínima de tercero de primaria y máxima de tercero de secundaria, casados o en unión libre y preferentemente con hijos; por excepción, se contratan personas solteras que demuestran tener dependientes económicos y residir en zona rural. Los trabajadores seleccionados, según el marco legal, cuentan con seguro de gasto médico durante su estancia en Canadá, que incluye los gastos del seguro médico no ocupacional y ocupacional que contempla accidentes, enfermedades, hospitalización y prestaciones en caso de fallecimiento. Dicho seguro se deduce del salario del trabajador, que para el 2007 se estipuló en no menos de \$8.90 dólares canadienses por cada hora de trabajo en la cosecha. Además de la deducción a su salario por gastos médicos, se incluyen 6% del salario bruto para pagar alojamiento, \$6.50 al día para alimentos y el reembolso al empleador del costo del trámite migratorio.^{c 11}

La tasa de participación de mexicanos en el PTAT ha crecido de manera constante en función de la demanda canadiense de mano de obra, ya que en 1974 se inscribieron 203 trabajadores y para el 2007 laboraron en Canadá más de 14 mil trabajadores.¹² Para el caso específico de Puebla, en el año 2003 migraron 875 poblanos, en el 2004 lo hicieron 859, en el último cuatrimestre del 2005 migraron 146 poblanos, en el 2006 fueron 531 y hasta abril del 2007 se incluían 453 trabajadores agrícolas poblanos; cifras que colocan a Puebla como la tercera entidad del país con mayor

^c En estudios realizados por los autores del presente y otros investigadores, como Kerry Preibisch, Evelyn Encalada y Jenna Hannebry, entre otros; las retenciones son mayores a lo estipulado en la normativa. Además, algunos jornaleros realizan gastos personales y el resto lo envían a sus familias en la comunidad de origen.

migración laboral agrícola a Canadá, siendo el Estado de México la entidad con mayor migración, seguida de Tlaxcala.¹⁰

Objetivo general

Identificar y analizar los determinantes sociales del perfil de tuberculosis pulmonar en familias de migrantes pertenecientes al PTAT en Guadalupe Zaragoza, Tlahuapan, Puebla, México.

Método

Se trata de un estudio analítico transversal, de carácter exploratorio, sobre la relación migración - determinantes sociales de la salud - prevalencia de tuberculosis pulmonar. Se utilizó la técnica de triangulación metodológica.¹³ La fase empírica de la investigación se realizó en el año 2008.

Población objetivo, muestra y recolección de la información

Por los recursos limitados, se trabajó solamente en las entidades donde se ubican las dos Universidades participantes del proyecto, siendo Puebla, México y Región del Niágara en Canadá.

Para el componente cuantitativo, se identificó a Tlahuapan como el municipio poblano con mayor número de participantes en el PTAT. Posteriormente, la presidencia de dicho municipio reportó a Guadalupe Zaragoza como su Junta Auxiliar con mayor número de migración hacia Canadá. La población objetivo fue las familias que tuvieron algún miembro que haya participado en el PTAT en los últimos 5 años y considerando el censo local de migrantes a Canadá conformado por 54 familias, la muestra poblacional –de tipo conveniente– cubrió el 100% del censo, a quienes se les aplicó una encuesta familiar con un muestreo consecutivo según dirección de la vivienda familiar. Todas las familias respondieron a todas las preguntas de la encuesta. Además, se realizaron estudios diagnósticos por laboratorio a todos los miembros mayores de edad del grupo doméstico que por información recabada en la encuesta, al menos uno resultó sospechoso a tuberculosis pulmonar activa. Posterior al consentimiento informado de el/la informante, se

Tabla 1
Casos de tuberculosis en el municipio de Tlahuapan, 2004 al 2008

Año	Pulmonar	Ósea	Ganglionar	Total
2004	0	1	0	1
2006	1	0	0	1
2007	1	0	0	1
Septiembre 2008	0	0	1	1

Fuente: Dra. Ana Dolores González Santellán, responsable estatal de micobacteriosis, SSEP, 2008

les realizó cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold y se les solicitó una muestra de esputo para la realización de baciloscopia por la técnica de Ziehl Neelsen. Se les entregaron los resultados de ambos estudios de laboratorios en una tarjeta individual y a quienes resultaron positivos se les dio seguimiento y atención por profesionales de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Para el componente cualitativo la población objetivo fue los/as trabajadores/as agrícolas poblanos que pertenecen al PTAT y que se encontraron trabajando en la región del Niágara al momento de la entrevista. Se aplicó una entrevista abierta semiestructurada a cada uno de los cuatro informantes que participaron, realizándose un total de cuatro entrevistas. Con las respuestas obtenidas y su posterior transcripción se realizó un análisis de contenido.¹⁴

Resultados y discusión

Perfil del grupo doméstico

Las 54 familias tienen una población de 285 personas, incluyendo a los miembros migrantes en Canadá. Cada grupo doméstico tuvo una media de 5.3 miembros. Por sexo se encontró casi la misma proporción, 50.6% de varones y 49.4% de mujeres. Con base a los resultados de la encuesta se elaboró la pirámide poblacional representada en la gráfica no.1.

Se aprecia una pirámide poblacional desequilibrada en cuanto a grupos de edad, con un

predominio de niños menores de nueve años y de los grupos de edad económicamente activos, conformados en su mayoría por las personas que migran a Canadá. Este hallazgo coincide con las teorías económicas de la población. Karl Marx refería un excedente relativo de población estancada que comprende a los trabajadores cuyo empleo es irregular y se crea por la expropiación de las tierras y por el movimiento migratorio, situación característica de la realidad mexicana. El excedente de la población menor de nueve años podría corresponder a los hijos de los migrantes, que serán el ejército industrial de reserva.¹⁵ Si bien esta teoría de la población decayó con el avance de la tecnología, Guadalupe Zaragoza es una excepción, ya que su crecimiento poblacional está en relación con la demanda de trabajo de subsunción formal,¹⁶ al que pertenece el trabajo agrícola en Canadá.

Prevalencia de tuberculosis pulmonar

Por encuesta se encontró a un ex migrante que padeció tuberculosis pulmonar, quien refirió haber recibido el tratamiento antifímico incompleto. El 4% de las familias de la muestra ha estado en contacto con enfermos de tuberculosis pulmonar. Sólo el 78% de las familias mencionó que todos sus miembros están vacunados contra la tuberculosis pulmonar. Con la intención de realizar análisis de nuestros resultados con los datos oficiales, se indagó en los Servicios de Salud del Estado de Puebla (en adelante SSEP), cuyos únicos datos proporcionados son los que se presentan en la tabla 1.

Tabla 2
Cifras oficiales sobre la situación de la tuberculosis pulmonar en Canadá y México, a nivel nacional, estatal y municipal, 2006 a 2008

Tasa en Canadá*	5
Tasa en Canadá++	5.1
Tasa en México	27.8
Tasa en México*	16.3
Tuberculosis latente en México+	30-40%
Tasa en Puebla	4.9
Tasa en Puebla**	7.2
Casos en Tlahuapan+	1

Fuente: elaboración propia basada en información de: *OMS, 2008; ++Agencia Canadiense de Salud Pública, 2006; OPS, 2006; * SSa, SINAVE, 2007; +Dra. Lourdes García, INSP, 2007; SSa, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis, 2006; **SSa, Programa de acción Tuberculosis, 2007; +Dra. Ana Dolores González Santellán, responsable estatal de micobacteriosis, SSEP, 2008

Al no reportar los SSEP si son casos nuevos o acumulados, se crea confusión. No obstante, se podría deducir que la única persona con tuberculosis pulmonar detectada por los SSEP en el año 2006 y/ó 2007 es el ex migrante a Canadá que habita en Guadalupe Zaragoza. Sin embargo, se puede apreciar que en el 22% de las familias de migrantes a Canadá no se encuentra la totalidad de sus miembros vacunados contra la tuberculosis, lo

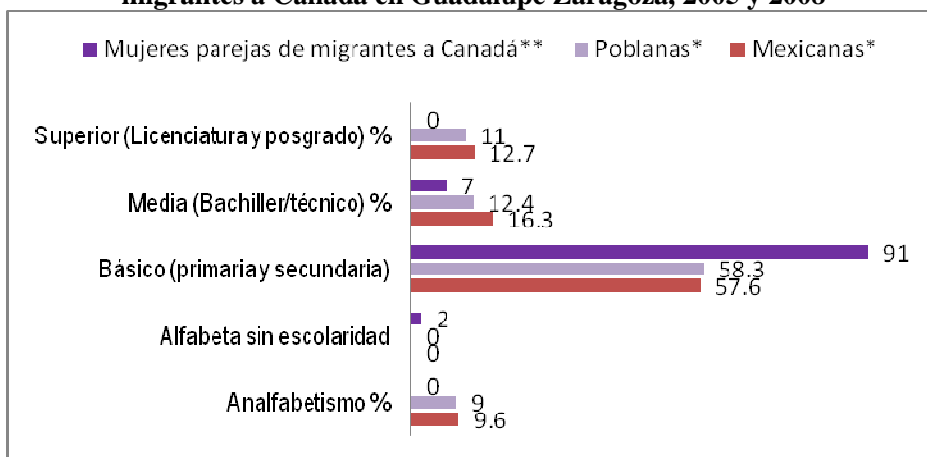
que podría favorecer algún perfil de prevalencia de esta enfermedad. Además de la confusión antes planteada, también se fomenta ésta cuando distintas instancias de la Secretaría de Salud del gobierno de México publican diferentes cifras de la misma patología, como se aprecia en la Tabla 2. Según la Organización Mundial de la Salud,¹⁷ Canadá cuenta con una de las tasas nacionales de tuberculosis más bajas del mundo, cifra que

Tabla 3
Resultados de cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold, Guadalupe Zaragoza, Tlahuapan, Puebla, 2008

Variable			Se tomó muestra serológica		Interferón gamma positivo		Interferón gamma negativo	
Sexo								
Masculino	11	23%	11	23%	1	2.2%	10	21%
Femenino	35	77%	35	77%	5	10.8%	30	66%
Edad/años								
14-19	6	13%	6	13%	1	2.2%	5	11%
20-25	5	11%	5	11%	2	4.3%	3	7%
26-30	9	19%	9	19%	1	2.2%	8	17%
31-35	7	15%	7	15%	0	0%	7	15%
36-40	7	15%	7	15%	0	0%	7	15%
41-45	3	7%	3	7%	0	0%	3	7%
46-50	3	7%	3	7%	0	0%	3	7%
51 ó más	6	13%	6	13%	2	4.3%	4	9%
Total	46	100%	46	100%	6	13.0%	40	87%

Fuente: Laboratorios de la FMBUAP y de la *Brock University*, 2008.

Gráfica 2
Escolaridad de las mujeres, a nivel nacional, estatal y de las parejas de migrantes a Canadá en Guadalupe Zaragoza, 2005 y 2008



Fuente: Elaboración propia basada en información de: **Encuesta directa. 2008 y * II Censo de Población y Vivienda, INEGI:2005

coincide con la Agencia Canadiense de Salud Pública;¹⁸ existiendo congruencia de datos entre ambas instancias. Esta situación no se puede observar para el caso de México, donde la Organización Panamericana de la Salud refleja una cifra¹⁹ y la Secretaría de Salud otra,²⁰ con diferencias entre ambas; colocando esta última a Puebla con una tasa similar a la de Canadá. Es más, la Secretaría de Salud tiene reportes contradictorios según la oficina que compete: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis²¹ ubica a Puebla en el lugar número 20 (de 32 entidades) con mayor prevalencia de esta enfermedad, mientras que el Programa de Acción Tuberculosis la coloca en el 8º lugar.²² Esta discrepancia de datos oficiales no es nueva, inclusive ha sido objeto de estudio por investigadores mexicanos.²³

En relación a las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar,^d 26 familias (48% de la muestra) refirieron que por lo menos uno de sus miembros presentó de 1 a 7 manifestaciones clínicas de tuberculosis, siendo en su mayoría tos

^d Tos productiva y persistente, hemoptisis, dolor torácico, fiebre sin causa aparente, pérdida de peso involuntaria, cansancio crónico y sudoración nocturna. Todas estas manifestaciones se preguntaron segregadas y por diferentes tiempos. (en los últimos 12 meses y en las últimas 2 semanas)

productiva y persistente, resultado que coincide con la primera causa de morbilidad para el estado de Puebla: las infecciones respiratorias agudas.²⁴

A estas familias se les sensibilizó para la toma de muestras diagnósticas por laboratorio, de las cuales se presentaron 47 personas para realizarles baciloscopia en esputo por técnica de Zielh Nielsen y cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold. Una persona se negó, por lo que nuestra población total para estudios de laboratorios es de 46. Cabe resaltar que a pesar de ser un criterio de exclusión la minoría de edad, se tuvieron que hacer excepciones por la gravedad del cuadro clínico y por solicitud de sus madres (responsables legales).

De las 46 personas a las que se les solicitó muestra de esputo, sólo 18 la entregaron^e. Se eliminaron las muestras de 5 personas de sexo femenino de 46-50 años de edad, por ser de deficiente calidad para la técnica de Zielh Nielsen, quedando las muestras de esputo de 13 personas, que representan el 28% de la población, resultando todas negativas, lo que significa que ninguna de ellas padece de tuberculosis pulmonar activa. Este

^e A las demás se les estuvo yendo a visitar a sus domicilios durante cinco meses, hasta que el equipo de investigación desistió, ya que el cronograma de actividades comenzaba a presentar retrasos.

Tabla 4
Padecimiento auto-referido. Guadalupe Zaragoza, Tlahuapan, Puebla, 2008

	No.	%
Mujeres que refieren un padecimiento	37	70*
Padecimiento		
“Colesterol”	2	5.4
“Depresión”	10	27.2
“Dolor de espalda”	3	8
“Estrés”	4	10.8
“Siento feo”	4	10.8
“Gripa”	2	5.4
“Migraña”	4	10.8
“Presión”	4	10.8
“Problemas de columna”	2	5.4
“Reumas”	2	5.4
Total	37	100**

Fuente: encuesta directa, 2008.

*Con respecto del total de las mujeres parejas de migrantes.

**Con respecto del total de las mujeres parejas de migrantes que refirieron padecimiento

resultado es un ejemplo de la dificultad que representa la obtención de muestras efectivas para la realización de baciloscopías por técnica de Zielh Nielsen, especialmente en población de sexo femenino.^f En la tabla no. 3 se presentan los resultados de cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold.

En cuanto a la cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold, las 46 muestras resultaron de óptima calidad para su análisis, sin presentar ningún tipo de desviación a consecuencia de su envío al laboratorio de la *Brock University*. Cuando una persona resulta positiva a esta prueba, significa que se encuentra enferma de cualquier tipo de tuberculosis, en su forma latente o activa. El 13% de nuestra población para estudio de laboratorio resultó positiva, pero negativa a las baciloscopías, lo que indica que padecen tuberculosis pulmonar latente. Si bien este resultado no es estrictamente comparable con datos oficiales debido a que no se emplearon las mismas técnicas diagnósticas, resulta importante señalar que como se muestra en la Tabla No. 2, se ha reportado que entre el 30 y 40% de la población mexicana padece tuberculosis pulmonar latente, detectada por

^f Culturalmente, a la mujer en México no se le enseña a expectorar.

tuberculina,²⁴ que es menos específica y da muchos falsos positivos.²⁶ Es de esperar entonces que realizando la cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold se haya encontrado una prevalencia menor de tuberculosis pulmonar.^g Si bien, el resultado obtenido fue el esperado, lo significativo es la potencialidad de activación en la población de estudio, con mayor posibilidad de inmunodepresión característica en la gente pobre.⁴

Determinantes estructurales sociales de la salud

Pobreza

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano 2005, realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo²⁷ (en adelante PNUD), prácticamente la totalidad de los países del mundo aumentaron su nivel de desigualdad del ingreso durante las últimas décadas. Canadá es el 4º país con mayor desarrollo humano a nivel mundial, mientras que México ocupa el lugar 52º,²⁸ donde

^g Por ejemplo, las investigadoras de la Brock University hicieron un estudio comparativo entre el cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold y la tuberculina para detectar TBP latente, encontrando 18% vs/ 34% respectivamente de positividad.²⁶

el 10% de la población más rica dispone de casi 48% de los ingresos totales del país y el 40% de los pobres sólo acumula el 7%,²⁹ concretizándose así la desigualdad social en México. Ahora bien, las principales causas de las migraciones según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados³⁰ (en adelante ACNUR) son el desempleo, el subempleo, salarios bajos, pobreza y la marginación. Esta declaración coincide con el resultado obtenido en este trabajo, la principal razón que motiva a las personas a migrar a Canadá, 7 de cada 10, es la falta de trabajo con un salario suficiente para la reproducción familiar. La segunda motivación, 3 de cada 10, migra a Canadá por la facilidad de ingreso al PTAT.

De acuerdo a la clasificación de la pobreza que realiza el Consejo Nacional de Población,²⁹ (en adelante CONAPO), existen seis estratos, siendo el número uno el nivel con mayor pobreza y el número 6 con la menor pobreza. Los estratos 1, 2 y 3, cita el Consejo, presentan “graves problemas de desigualdad del ingreso monetario”. Para el año 1995, el Estado de Puebla pertenecía al estrato número 3 y para el año 2000 subió al estrato 2, lo que significa que la desigualdad en la entidad ha aumentado, ya que los hogares con mayor pobreza no alcanzan el 1% del ingreso monetario, mientras que el 52.9% del ingreso se concentra en los hogares más ricos. En el interior de la entidad, el municipio de Tlhuapan está clasificado con estrato número 3, con una desigualdad menor que la que se vive a nivel estatal, pero mucho mayor que la que existe en Canadá; por lo que aunado al

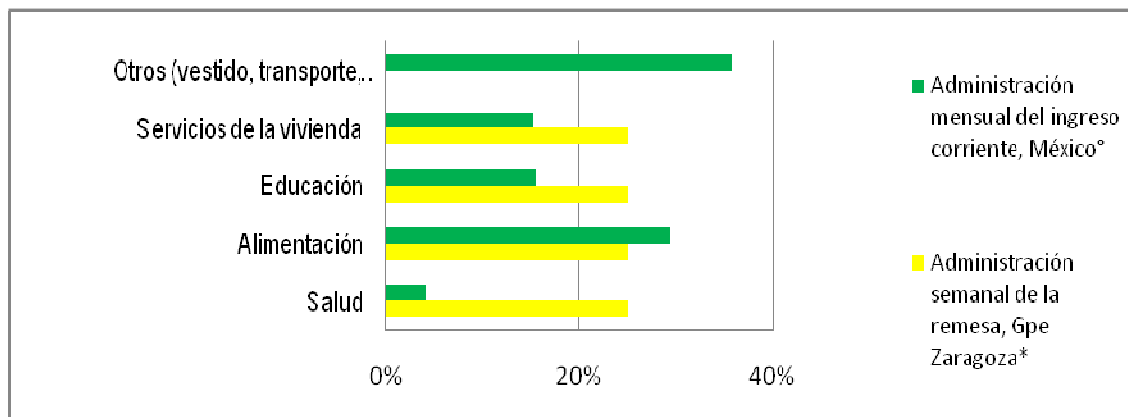
resultado de este estudio, se puede afirmar que el principal motor de la migración en Guadalupe Zaragoza es la pobreza, reflejada en la escasez de trabajos locales con salarios suficientes para la reproducción social familiar.

Género

En la migración México – Canadá es elevado el número de mujeres parejas de migrantes que permanecen en su comunidad de origen al frente de la familia. Se encontraron 53 migrantes varones y 52 mujeres que reportaron ser sus parejas. Esta cifra corresponde a la preferencia que tiene el PTAT por contratar a varones casados/unión libre, con la intención de garantizar su retorno.

Mientras los migrantes varones se encuentran en Canadá, la mayoría las mujeres que son sus pareja (87%) habitan en su casa nuclear; posteriormente, y muy por debajo de esta cifra, el 9% se mudó a vivir a casa de sus suegros, y por último, con apenas el 2% de estas mujeres, retornaron a su casa paterna, otro 2% se encontró en otra vivienda. Sin embargo, el lugar donde ellas habitan no se encuentra necesariamente relacionado con el motivo que las llevó ahí, 1 de cada 3 mujeres que vive en su casa nuclear, su pareja les indicó que allí habitaran mientras él se iba a Canadá. De las mujeres que se mudaron a la vivienda de sus suegros, 3 de cada 4 recibió esa indicación de su esposo, mientras que 1 de cada 4 lo hizo por iniciativa propia.

Gráfica 3
Administración del ingreso familiar a nivel local y nacional.
Guadalupe Zaragoza, Tlhuapan, Puebla, y México, 2006 a 2008



Fuente: elaboración propia basada en *encuesta directa, 2008 y ENIGH, 2006

La actividad que más realizan estas mujeres mientras su pareja está en Canadá es el trabajo doméstico no asalariado, 8 de cada 10, que incluye el cuidado de la familia nuclear y extensa en aquéllas que se mudaron a casa de su familia paterna o a la de su esposo. Posteriormente, 1 de cada 10, se dedica a la agricultura. La participación comunitaria de estas mujeres es mínima. La mayoría de ellas refirió realizar las mismas actividades, independientemente de la presencia de su pareja. Para el caso de las que se dedican al hogar, se encargan solas de criar a sus hijos y para el resto de ellas, que además hacen otras actividades, realizan la doble o triple jornada.

La articulación social se ha basado en el reparto de tareas diferentes entre varones y mujeres, convirtiendo ambos mundos en dos esferas distintas a través de la división sexual del trabajo que genera subordinación para las mujeres. En Guadalupe Zaragoza la mujer es la reproductora dentro de la familia y se encuentra bajo la "protección" del jefe de familia, que es el varón. Esta distribución de papeles crea también una distribución de espacios sociales y económicos. La mujer desempeña su trabajo no remunerado dentro del espacio doméstico y sin límite de tiempo, mientras que el hombre se dedica al trabajo asalariado en un espacio que no es doméstico, sino social. Las mujeres que no pueden salir de estos límites se encuentran en mayor riesgo de caer en situaciones de pobreza, sobre todo si se rompen los lazos que les unen con sus compañeros.³¹

En la Gráfica No. 2 se compara el nivel escolar trunco o terminado de las mujeres parejas de migrantes, de las poblanas y de las mexicanas. El nivel educativo que concentra a la mayoría de mujeres del estudio es la básica. En los demás grados escolares las parejas de migrantes se encuentran muy por debajo de los niveles nacional y estatal.

En nuestro país las competencias de las personas con educación básica son menores para su incorporación a la vida económica, política y social. Disminuye su potencial en los distintos espacios de la vida, en la obtención de nuevos conocimientos para realizar actividades laborales

mejor remuneradas. Son personas con menor posibilidad de empoderamiento.³²

En relación a su salud, como ya se presentó anteriormente, la mayoría de personas que resultaron positivas a tuberculosis latente fueron precisamente mujeres. En la búsqueda de afecciones que pudieran disminuir su sistema inmunológico, se preguntó a las mujeres parejas de migrantes si presentaban algún padecimiento cuando su pareja se encontraba en Canadá, la mayoría, 7 de cada 10 respondió de forma afirmativa. En la tabla no. 4 se presentan los padecimientos^h auto-referidos por estas mujeres, mismos que han sido reportados en estudios de trabajo, género y salud, como síntomas somáticos de estrés,^{33, 34} y como síntomas subjetivos de fatiga.³⁵ Si bien sus ocupaciones son las mismas, independientemente de la presencia de su pareja, su contexto de mujeres solas les repercute en su condición de salud, porque su trabajo aumenta en cantidad, al igual que los desgastes a su salud, reflejado en fatiga y estrés.

Determinantes intermediarios de la salud

Condiciones de vida

Las condiciones de vida se definen como el conjunto de condiciones materiales necesarias para vivir y son determinadas por los modelos vigentes de organización de la producción social.³⁶

Los indicadores que se indagaron en este estudio son algunos de los establecidos por el PNUD.³⁷

Vivienda

Es el espacio físico por excelencia donde se desarrolla el momento de consumo de la reproducción social, por lo que es el principal indicador de consumo básico. La mayoría de viviendas de la muestra, 8 de cada 10, son "adecuadas"ⁱ y fueron construidas y/o mejoradas

^h Se optó por "padecimiento" y no por "patología" como un mecanismo de reconocer la "otredad", la subjetividad de estas mujeres plasmada en sus cuerpos.

ⁱ Aquélla que cumplía con las siguientes características: muros de ladrillo o materiales premezclados, techo de cemento o material que impida la entrada de fauna

gracias a las remesas provenientes de Canadá. Este bienestar favorece que la familia comparta su reproducción social, consumo, producción y condiciones de salud.

Asistencia regular de los/as menores hijos/as a la escuela

La educación es un factor básico para fomentar la incorporación completa de las personas a la vida económica, política y social. Además, es esencial para promover las capacidades de los individuos y su potencial en los distintos espacios de la vida, ejerce una influencia directa para amortiguar las disparidades sociales y culturales y colabora tanto en la formación de los ciudadanos, como en la integración de una sociedad más justa, más informada, más participativa, más responsable y más democrática.³⁸

Con tal motivo se indagó si los menores miembros de la familia de migrantes asisten a la escuela como principal ocupación.^j Se encontró que en la mayoría de las familias (74%) los menores miembros asisten a la escuela como principal actividad. Sin embargo, este resultado se encuentra muy por debajo la realidad de los niños y adolescentes promedio a nivel nacional, donde la asistencia alcanza el 93.3%.³⁹ Un 20% de las familias refirió que sus menores miembros no asisten regularmente a la escuela, ya que se dedican a “otras actividades”, como “ayudar en la casa, en el campo o a trabajar”. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Internacional del Trabajo (en adelante UNICEF y OIT), las actividades a las que se dedican estos menores se podrían clasificar como trabajo infantil,^{40, 41} situación que violenta los derechos humanos. Puebla ocupa el tercer lugar a nivel nacional por su tasa de trabajo infantil,⁴² siendo un 150% mayor en las familias de migrantes a Canadá.

nociva, impermeable; piso de cemento, ladrillo, mosaico; ventilación e iluminación adecuada, agua intradomiciliaria, cocina aparte de los dormitorios, instalaciones sanitarias adecuadas, no hacinamiento y propiedad de la casa.

^j El 6% de las familias de la muestra no contaron con miembros menores de edad.

Uso de la remesa para gasto corriente

En la Gráfica No. 3 se presenta un comparativo del uso de la remesa en Guadalupe Zaragoza y del gasto corriente en las familias mexicanas. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) refiere que los resultados de la más reciente Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH),⁴³ muestran que el ingreso corriente total de los hogares mexicanos se incrementó en términos reales en 10%. Aumentaron los gastos relacionados con la salud, el vestido y la limpieza de la casa y enseres domésticos; sin embargo, la alimentación continúa siendo el rubro en el que más gastan los hogares mexicanos, con el 29.4%

En relación a educación, servicios de la vivienda y salud, quienes más gastan son las familias de Guadalupe Zaragoza, resaltando aún más el gasto en salud, siendo 400% mayor en relación a las familias mexicanas promedio. En cuanto a vivienda, las familias del presente estudio siguen invirtiendo su remesa en la construcción y/o mejoramiento de su casa, recordando que la mayoría cuenta con viviendas adecuadas. Para educación de los menores miembros de la familia, gastan más en Guadalupe Zaragoza que el promedio nacional, pero es donde estudian menos niños y adolescentes. Las variables utilizadas en esta investigación son insuficientes para justificar este resultado. Ahora bien, en cuanto al uso comunitario de la remesa, se encontró el mismo fenómeno que ocurre en las localidades con tradición migratoria de nuestro país; la mayoría, 8 de cada 10 familias, aportan un porcentaje de la remesa para las fiestas patronales, festividades patrias y de presentarse la ocasión, para fiestas familiares de importancia (bodas, bautizos, padrinzago, entre otros). También aportan para obras civiles.

Servicios de salud

Derechohabiencia a programas públicos de salud

El 60% de las familias carecen de cobertura de programas de salud. El 40% restante refirió que los únicos programas a los que pertenecen son al “Seguro popular” con más beneficiarios, después “Oportunidades” y “De dos”(Seguro popular más

Oportunidades o Desarrollo Integral de la Familia, -DIF-), con apenas el 6% cada uno. Ningún grupo doméstico mencionó pertenecer al “Vete sano, regresa sano”.

La cobertura de los servicios de salud encontrada en el presente estudio es superior a la media estatal (34%), pero aún rezagada del promedio nacional (48%).³⁹ Por otro lado, si se desglosa la derechohabiencia por programa de salud, se pueden encontrar diferencias de cobertura. Según la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL),⁴⁴ una cuarta parte de las familias mexicanas cuenta con el programa Oportunidades, elevándose la cifra a nivel estatal, donde 6 de cada 10 familias son beneficiarias; mientras que en las familias de migrantes a Canadá de Guadalupe Zaragoza, apenas el 6% tiene cobertura del programa. Esta diferencia podría explicarse por el objetivo del Oportunidades, “apoyar a las familias que viven en pobreza extrema”,⁴⁵ es decir, a la población perteneciente al estrato 1 de pobreza, y Guadalupe Zaragoza pertenece el estrato 3.²⁹ Sucede lo contrario con la cobertura del Seguro Popular, en la que una cuarta parte de las familias del estudio son beneficiarias (26%), descendiendo la cifra a nivel estatal (14.5%) y, más aún, a nivel nacional, contando 1 de cada 10 familias con Seguro Popular.⁴⁵ La Secretaría de Salud⁴⁷ refiere que el Seguro Popular es un esquema de aseguramiento médico voluntario, toda familia que solicita su incorporación se le aplica un estudio socioeconómico para ubicarla en los deciles de ingresos. Las familias que se ubiquen en los dos primeros deciles son consideradas como no contributivas, así como para las familias ubicadas en el decil III y que cuenten con al menos un integrante de hasta 5 años cumplidos. Para el resto de los casos y deciles la cuota anual fluctúa entre los US\$500.00 hasta los US\$797.00^k por familia al año. Al parecer, las familias pertenecientes al estrato de pobreza 1 y 2 se clasifican en los dos o tres primeros deciles, por lo que el Estado no les cobra, pero aparentemente, los “no tan pobres” sí pueden realizar un pago destinado a salud, como sucede en Guadalupe Zaragoza, con estrato 3.

^k Se presenta en dólares para una comprensión sencilla por la comunidad internacional. El pago se realiza en pesos mexicanos, siendo el tipo de cambio US \$1.00 = MEX \$13.24 al 31 de mayo de 2009.

Existe diversidad en el concepto “pobreza” en el interior de las instancias del poder ejecutivo. Entre otras, se puede citar a la SEDESOL⁴⁵ que refiere la existencia de tres tipos de pobreza: la alimentaria, la de capacidades y la patrimonial, siendo la primera la expresión de la pobreza extrema. Mientras que el CONAPO²⁹ se basa en desigualdades sociales y estratifica la pobreza en seis niveles, ubicando a los estratos 1, 2 y 3 con una pobreza grave. Esta diversidad de discursos sobre pobreza en el interior del mismo gobierno, provoca exclusiones en la cobertura de programas focalizados de salud.

En relación al Programa “Vete sano, regresa sano”, llama la atención que ninguna familia haya manifestado ser derechohabiente, además, no se encontró publicado por ningún medio su cobertura oficial. Esta situación sobresale de los demás programas, ya que “Vete sano, regresa sano” es el programa de salud destinado a la población migrante, fue creado en el régimen anterior y tiene como propósito ofrecer un blindaje en salud a la población migrante para que se vaya, se conserve y regrese sana; utilizando las acciones del sector salud para integrar los procedimientos de las instituciones públicas y privadas en la atención a la población móvil. El eje fundamental de este programa es la autodeterminación de las personas en el cuidado de su salud a través de tres acciones: información, atención preventiva y atención a la salud, que se implementa en los tres momentos de la migración, en la comunidad de origen (expulsora), en el traslado y en el lugar destino.² Este programa menciona a las diez entidades federativas con mayor movilidad poblacional, en la que incluye a Puebla. En el 2001 seleccionó a dos para coordinar la aplicación de técnicas especiales para el desarrollo del diagnóstico de necesidades en las comunidades, uno de ellos como ejemplo de movilidad económica y el otro como modelo de movilidad social, Puebla y Guanajuato respectivamente.⁴⁸ En el estado de Puebla, el programa “Vete sano, regresa sano” se implementa con base al destino de la migración: Estados Unidos y Canadá.¹ El 20 de octubre de

¹ Declaración realizada por la MSP Carmen Morán V; coordinadora de asuntos de Migración y Salud de los Servicios de Salud del estado de Puebla, en entrevista

2008, los SSEP informaron a través de su página oficial la manera en que colabora esta Secretaría en la atención al migrante poblano. Se describe cómo su trabajo se subsume al programa “Bienvenido poblano”, enfatizando sólo una de las tres acciones sustantivas del “Vete sano, regresa sano”, la información, y omitiendo las otras dos acciones, atención preventiva y atención a la salud.⁴⁹ Además, en la misma página se describe el trámite para ingresar al programa “Vete sano, regresa sano”. Menciona, entre otros aspectos, que tiene un costo monetario. Esto, en sí mismo, es una contradicción jurídica, ya que al ser la protección a la salud un derecho, como cita la Ley General de Salud en el Título III Capítulo I Art. 27, es al Estado a quien le corresponde garantizar este derecho; además, dicha ley hace referencia que los grupos más vulnerables –como los jornaleros agrícolas migrantes –deben contar con asistencia social.⁵⁰

Autopercepción de migrantes del Programa “Vete sano y regresa sano”

Se indagó sobre el significado que los entrevistados le otorgan a este Programa, para saber si se está cumpliendo su eje primordial. Ninguno de los informantes refirió conocerlo, por lo que se les preguntó el protocolo en salud que siguieron para viajar a Canadá:

En tres años no he ido a la clínica. Los que vienen ocho meses no los mandan, sólo si quiere va. Sólo a los nuevos (informante A)

Me mandaron a una clínica de salud... me checaron todo de sangre, del hueso, del pulmón... el año pasado también, este año también me hicieron todos los estudios... (informante B)

Cuando entré al programa me realizaron una revisión médica... Nos checan cada año sólo si quiere una, si no, no...La última vez que me checaron tiene tres años atrás, por lo regular es uno sí, uno

con los autores el 19 de junio de 2007. Se buscó la información por entrevista ya que no se encuentra publicada por ningún medio.

no, porque de hecho si están ocho meses no, no hacían examen ahí (informante C)

Al entrar al programa tuve un chequeo médico completo: placas, un chequeo general de sangre, de todo...Cada año me lo hice hasta hace unos tres años que dicen que como estábamos por ocho meses aquí, si nos necesitábamos hacer, este, examen médico allá, pero si queremos, o sea, la licenciada de Puebla me dijo si usted quiere yo la mando a examen médico, pero a mi se me hace más fácil decirle que no para no estar yendo así; nada más por eso, pero en sí, sí me lo propuso la licenciada de Puebla (informante D).

Resulta significativo que ningún informante refirió conocer este Programa, considerando que desde hace ocho años Puebla fue una de las dos principales entidades en las que se implementó el “Vete sano, regresa sano”. Además, llama la atención que los informantes con antigüedad en el PTAT mencionen que no es constante la revisión de su situación de salud, ya que en el flujograma de los Servicios de Salud del Estado de Puebla⁵¹ se indica que previo al viaje se le realiza a cada migrante, una consulta médica, toma de radiografía pulmonar, de biometría hemática, detección de sífilis, glucemia y grupo sanguíneo; sin especificar ningún tipo de excepción.

La MSP Carmen Morán V; coordinadora de asuntos de Migración y Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla (entrevista, 19 de junio de 2007), refirió que el PTAT se descentralizó, para el caso Puebla, en el año 2005, fecha que coincide con las respuestas de los informantes sobre su inestable revisión médica. El protocolo de revisión médica que los aspirantes al PTAT realizan es lo que la MSP Carmen Morán declara como el programa “Vete sano, regresa sano”.

Si bien, los datos cualitativos no se pueden extrapolar, resulta significativa la información obtenida por los informantes, en la que la constante es la irregularidad de su atención médica en Puebla y el desconocimiento del programa de salud dirigido a la población migrante, “Vete

sano, regresa sano”; en el que, además de ser campesinos pobres que migran porque no encuentran en su comunidad de origen opciones laborales, tengan que pagar para acceder a dicho programa.

Acceso y uso de servicios de salud

Como primera opción para atender sus problemas de salud las familias del estudio acuden al Centro de Salud de los SSEP, ubicado en el centro de la comunidad, en segundo lugar asisten al sector alópata privado. Entre ambos servicios atienden al 89% de las familias, existiendo una mínima diferencia en su uso. El 11% restante acude al Instituto Mexicano del Seguro Social y a los servicios municipales del DIF.

Este resultado además de reflejar disponibilidad institucional pública y privada en la comunidad, indica que aquellas familias derechohabientes de los programas Oportunidades y/o Seguro Popular, necesariamente tienen que asistir a instituciones públicas de salud para atender sus problemas, las personas que no utilizan este servicio asisten al sector privado, aparentemente de manera voluntaria, ya que el centro de salud de los SSEP atiende a población abierta. Sin embargo, esta situación refleja el alto costo de oportunidad que para la población más pobre significa usar los servicios de salud. Es decir, lo que dejarían de hacer para frecuentar los servicios tiene un valor más alto en su supervivencia que el servicio mismo.^m Es así que cuatro de cada 10 familias utilizan servicios privados de salud, sin olvidar que esta comunidad tiene un estrato 3 de pobreza y que gasta 400% más en salud que la familia promedio mexicana, lo que podría convertirse en una causa de pauperización y, por lo tanto, de dependencia al PTAT.

^m Por el tiempo (tiempo-salario/dinero) de espera para ser atendidos, y aún usando el servicio público, es elevada la posibilidad de compra de medicamentos externos por la carencia de insumos que está padeciendo este sector, como consecuencia de la lógica privatizadora del gobierno mexicano.

Conclusiones

En las familias de migrantes pertenecientes al PTAT se encontró una prevalencia de tuberculosis pulmonar latente menor a la reportada a nivel nacional, resultado esperado debido a que se usó una técnica más específica que la tuberculina, como es la cuantificación de interferón gamma por test QuantiFERON-TB Gold. Esta prueba es recomendable, además de su especificidad, por la facilidad de obtención de muestra adecuada, contrario a la baciloscopía por técnica de Ziehl Neelsen. Lo significativo de este perfil patológico es que a pesar de ser “relativamente pocas” las personas con tuberculosis pulmonar latente, es elevada la posibilidad de activación de la enfermedad en estas familias, debido a la inequidad de las determinantes sociales que las rodean.

Guadalupe Zaragoza es una comunidad pobre y patriarcal, con serios problemas de desigualdad en el ingreso monetario. Esta injusticia es el motor que propicia la migración de varones a Canadá a través del PTAT, cuyas remesas han sido el vehículo de acceso a sus satisfactores básicos, a saber: las familias habitan en viviendas adecuadas, pero su situación de salud es vulnerable, ya que apenas la mitad de ellas accede a servicios públicos de salud y se encuentra cubierta por programas sociales de salud. Vulnerable también está su niñez, porque en relación a la media nacional y estatal en Guadalupe Zaragoza hay menos niños que asisten regularmente a la escuela porque trabajan; además, gastan más en educación, servicios de la vivienda y salud, siendo hasta cuatro veces más que en las familias promedio a nivel nacional y estatal; destinando un porcentaje de su remesa familiar para uso comunitario.

Vulnerables son también las mujeres parejas de migrantes que continúan desenvolviéndose en relaciones patriarcales, expresadas en que él o ambos deciden dónde vivirá ella mientras su cónyuge se encuentra en Canadá, estudien hasta nivel básico, se dediquen al trabajo doméstico no asalariado, realicen dobles o triples jornadas y además, padezcan síntomas subjetivos de estrés y fatiga cuando él migra a trabajar.

Todo lo anterior expone que si bien es cierto que las remesas provenientes de Canadá han permitido a las familias de Guadalupe Zaragoza acceder a elementales condiciones de vida, impactando en un moderadoⁿ perfil de tuberculosis pulmonar latente, mientras exista la violencia estructural que fomenta la dependencia económica al PTAT y las relaciones patriarcales, hay un alto riesgo de activación y contagio de la tuberculosis pulmonar en cuanto Canadá deje de solicitar a estos trabajadores;^o y las personas más afectadas entre la población pobre, serán las mujeres.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población del Gobierno de México y Universidad de California. Migración y Salud. México. ISBN 970-628-941-0. 2008.
2. SSA. *Programa de acción específico 2007-2012*. Vete sano, regresa sano. México. 2007
3. Bronfman, M; Leyva, R. y Negron M. (Ed). *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2004.
4. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva sobre Tuberculosis. OMS N°104 Revisada en marzo de 2007. Recuperada el 30 de mayo de 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>
5. Banco Mundial/BM (2008) Recuperada el 23 de julio de 2008 de http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1110315015165/MD_Brief5.pdf
6. Laurell, C. La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* 1981; 2 (1): 121-130.
7. Starfield. B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the the population . *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 12 (6) :384-387.
8. Organización Mundial de la Salud/ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final, 2008
9. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa conjunto de la OMS, la Alianza Alto a la Tuberculosis y el Banco Mundial. La lucha sin cuartel contra la tuberculosis puede reportar grandes beneficios económicos, según un nuevo estudio. 12 de diciembre de 2007. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr64/es/>
10. Durand, J. Programas de trabajadores temporales. Evaluación y análisis del caso mexicano. México. CONAPO. ISBN 970-628-926-7. 2007
11. Trejo, E. C. y Alvarez, M. Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México – Canadá. México; Centro de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Exterior. Cámara de diputados, LX Legislatura. SPE-ISS-CI-15-07. 2007
12. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Boletín de prensa 050. 23 de Abril 2008. Recuperado el 26 de diciembre de 2009 de http://www.stps.gob.mx/saladeprensa/boletines_2008/abril_08/b050_abril.htm.
13. Arias, M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones, en: Mercado FJ, Gastaldo D. y Calderón (comps) Paradigmas y diseños de la Investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Universidad de Nuevo León/ Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. México. 2002
14. Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J; García Jiménez, E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. ISBN 84-87767-56-7. México. 2007
15. Coontz, H. S. Teorías de la población y su interpretación económica. Fondo de Cultura Económica. México. 1974
16. Laurell, C. y Noriega, M. La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México. México, D.F. Colección Problemas de México. Editorial ERA. ISBN 968-411-241-6. 1989
17. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. WHO Report 2009. Recuperado el 30 de

ⁿ En relación a la media nacional.

^o Como ya está empezando a suceder, según reporta la organización civil canadiense prodefensa de derechos laborales “Justicia for Migrant Worker.” Los empleadores canadienses temen el contagio de la Influenza Humana A1H1 a través de los jornaleros mexicanos. <http://www.thestar.com/article/627723>.

mayo de 2009 de http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/chapter1.pdf

18. Agencia canadiense de Salud Pública. Lutte antituberculeuse. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/itir-fra.php>

19. Organización Panamericana de la Salud citado en Palomino, Leao, Ritacco. Tuberculosis 2007. From Basic Science to patient care. 1a edición. Tuberculosis Textbook.com

20. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiología. Sistema único de Información* 2008; (13) 25, Semana 13, del 23 al 29 de marzo de 2008. ISSN 1405-2636

21. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis hasta junio 2006. Semana 31. Recuperado el 29 de mayo de 2009 de http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2006/sem31/pdf/ind_tb.pdf

22. Secretaría de Salud. Programa de acción tuberculosis. XII Curso de actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en el niño y en el adulto. Junio 23 de 2008. Apuntes oficiales del curso en archivo PDF.

23. Baez, AR; Pérez, JR; Salazar, MA. Discrepancias entre los datos ofrecidos por la Secretaría de Salud y la Organización Mundial de la Salud sobre tuberculosis en México, 1981-1998. *Salud Pública México* 2003; 45:78-83.

24. Servicios de Salud del Estado de Puebla. Quince principales causas de morbilidad en el Estado de Puebla. 2007. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.puebla.gob.mx/docs/ssep/99418.pdf>

25. García, L. Apego al tratamiento y el desarrollo de fármacos resistencia. Limitaciones y necesidades para el desarrollo de estrategias para el control efectivo de la tuberculosis. *Salud Pública México* 2007; Vol. 49(1):127-133

26. Duarte, A. (2008). Latent Tuberculosis Infection in mexican agricultural workers in the Niagara Región. Master's thesis, Brock University, St. Catharines, Ontario, Canada.

27 PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de

http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/HDR05_sp_overview.pdf.

28. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido. Nueva York, USA; Mundi Prensa, ISBN 978-84-8476-322-2.

29. Consejo Nacional de Población.(Ed.) La desigualdad en la distribución del ingreso monetario en México. México. ISBN: 970-628-851-1. 2005

30. ACNUR. Number of World's Migrants Reaches 175 Million Mark, Comunicado de Prensa POP/844. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.un.org/News/Press/docs/2002/pop844.doc.htm>

31. Le Feuvre, N. La división sexual del trabajo doméstico y familiar. En: Ballarín Pilar, Euler Caterinhe, et al. Las mujeres en la Unión Europea. Red de Estudios de las mujeres. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.helsinki.fi/science/xantippa/wes/westext/wes227.html>

32. OCDE. L'éducation aujourd'hui: La perspective de l'OCDE. 06-mai-2009. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de http://www.oecd.org/topic/0,3373,fr_2649_37455_1_1_1_1_37455,00.html

33. Cedillo, L. Propuestas de Documento de Apoyo sobre "Mujer, Trabajo y Salud" sustentado en revisión de Literatura Científica. SEMILLAS. Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, A.C. México. 2007. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.zanzanaac.org/documentoswwh/revisiionmujersaludtrabajo.pdf>

34. Garduño, M. A. La relación salud, género y trabajo: aproximándose a la discusión. Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. 2007. Recuperado, 30 de mayo de 2009: http://www.zanzanaac.org/documentoswwh/angeles_salud_generotrabajo.pdf

35. Barrientos, T; Martínez, S; Méndez, I. Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud Publica Mexico*. 2004;46:516-523.

36. Barbosa da Silva J, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre teoria e a historia. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002;12(6):375-383.

37. Blanco, J. y Sáenz, O. Espacio Urbano y salud. México: Universidad de Guadalajara. ISBN 968-895-467-5. México. 1994.
38. Salgado, R. La Educación y el Grado de Escolaridad en México. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://inep.org/content/view/16/1/>
39. INEGI (2005) II Censo de Población y Vivienda 2005. Síntesis de resultados. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/sintesis.pps>
40. OIT. Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) Convenio 138 sobre la edad mínima de acceso al empleo. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://white.oit.org.pe/ipec/pagina.php?pagina=156>
41. OIT. Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) Convenio 182 sobre las peores formas de trabajo infantil. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C182>
42. INEGI (ed). El trabajo infantil en México 1995-2002. ISBN: 970-13-2243-6. México 2004. Libro disponible en biblioteca digital, recuperado el 30 de mayo de 2009 de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/trabajo_infantil/El_Trabajo_Infantil.pdf
43. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Resultados ENIGH 2006. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/encuestas/hogares/enigh/enigh_2006/resultados-enigh2006.pps
44. SEDESOL. Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Reporte cuarto bimestre de 2008. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_Inf_General/Padron_Liq/Padron_Benef/Apoy_Emi_Fam_Ben_Mun-Bim/montos/montos_20085_21.pdf
45. SEDESOL. (Ed) Oportunidades, un programa de resultados. Gobierno Federal. México. 2008. Libro recuperado de http://www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/publicaciones/Oportunidades_un_programa_2008_PDF.pdf
46. INSP y SSa (Ed.). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Puebla. México. ISBN 978-970-9874-40-2 (Obra completa) e ISBN 978-970-9874-61-7 (Puebla). 2007
47. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Afiliación y Operación. Seguro popular. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.siem.gob.mx/siemweb/cpyme/talleres/SeguroPopular.ppt>.
48. SSa y SEGOB (Ed). Programa de acción: Vete Sano, Regresa Sano. México. 2001
49. SSEP. Colaboran Servicios de Salud en la atención al migrante poblano. Crónica informativa 30 de octubre de 2008. Página oficial de los SSEP. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de http://comunicacionsocial.gob.mx/index.php?view=article&catid=45&id=25014%3Aseep&tmpl=component&print=1&page=&option=com_content&Itemid=12
50. SSEP. Trámites ciudadanos. Programa vete sano, regresa sano. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de <http://www.puebla.gob.mx/puebla/complementos/BusquedaServicios/formato.jsp?id=12750>
51. SSEP 2005-2011. Jurisdicción sanitaria número 6. Centro de salud urbano número 2. Flujograma de actividades de los migrantes a Canadá. Documento de uso interno en la secretaría..



Medicina Social
Salud Para Todos