



California Center for Population Research
University of California - Los Angeles

**Migracion, trabajo y salud en
momentos de crisis economica:
¿Transicion en las estrategias de la
salud en Hermosillo y Los Angeles?**

**Jane R. Rubin-Kurtzman
Catalina A. Denman**

CCPR-2009-004

**January 2009
Last Revised: January 2009**

***California Center for Population Research
On-Line Working Paper Series***

Migración, trabajo y salud en momentos de crisis económica:
¿Transición en las estrategias de cuidado de la salud en Hermosillo y Los Ángeles?

Jane R. Rubin-Kurtzman
California Center for Population Research
UCLA
jrubink@ucla.edu

Catalina A. Denman
Centro de Estudios de Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora
cdenman@colson.edu.mx

Trabajo preparado para presentar en el
Congreso Internacional de la Latin American Studies Association

sesión sobre
“Migration: Dangerous Routes and Health”

Rio de Janeiro, Brasil
11-14 de junio, 2009

Este trabajo fue auspiciado por el California Center for Population Research
con el apoyo financiero de NIH.

Nuestra ponencia da cuenta de una investigación en curso sobre el trabajo y la salud de madres trabajadoras mexicanas migrantes en Los Ángeles, California, EEUA y en Hermosillo, Sonora, México. Hemos desarrollado un marco conceptual que considera la relación entre las múltiples dimensiones del trabajo de las mujeres y el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención de las migrantes. Para ello consideramos el impacto de las transformaciones en el mundo de trabajo; los cambios en las relaciones entre el estado, la sociedad civil y el individuo; así como los cambios al interior de los hogares. Nuestra metodología combina enfoques cuantitativos y cualitativos que nos permiten contextualizar el ambiente en el que las mujeres migrantes viven y trabajan.

Introducción

Cuando Rosita se subió al camión que la llevaría a la frontera no se imaginaba lo mucho que tendría que pasar antes de cumplir con su promesa de mandarle a su mamá un dinerito para su hija que pronto cumpliría tres años. En su cabeza se había hecho la idea de que iba a ir unos meses a trabajar para juntar algo de dinero y regresar al pueblo a poner un changarrito u otro negocio que le permitiría cuidar a la niña. Aunque llegó pronto a la ciudad y pudo emplearse en una maquiladora, tardó tres años más en tener suficientes condiciones como para traerse a la hija a vivir con ella. Para entonces ya había nacido otro pequeño, hijo de una relación con un compañero de trabajo que era casado. Mantener a sus dos hijos, darles comida, techo, escuela, vestido, y salud implicaba que ella tendría que quedarse trabajando de la mañana hasta la noche, no había forma de que dejara de trabajar. Además, ya había logrado, a pesar de las largas horas de trabajo, del cansancio y los dolores de espalda, construir una pequeña casa de material, con baño y cocina. Y, cómo olvidar, lo más importante de todo, ya tenía IMSS para llevar a los servicios de salud a sus hijos o acudir ella. Ya no había vuelta atrás.

A veces pensaba que si se lanzaba con sus hermanos para el otro lado. Venían a visitarla cada dos o tres meses y trataban de convencerla. Decían que había chamba para ella y que la cuñada le ayudaría con los hijos, que para qué se quedaba sola. Pero ella sabía que implicaba dejar más lejos a su mamá, dejar su casita que tanto trabajo le había costado y batallar con el inglés. Mejor, no, por ahora, no. No quería dejar al papá de su hijo. Le faltaba pensarlo más.

La ruta por la que transitó Rosita no necesariamente era la más peligrosa, no era atravesar el desierto a los cincuenta grados de día o los 5 grados de noche, cuidándose de los asaltantes o la migra. No, su ruta había sido otra, era una de ir paso a paso tomando decisiones para hacerse responsable de sus hijos, y también de su propio futuro, era una ruta que se convertiría en cambiar para siempre la historia de lo que las mujeres de su pueblo habían vivido. Era también la ruta de muchas mujeres de su época, durante los ochentas, cuando ya no había condiciones para la sobrevivencia en el campo, cuando en sus pueblos era más aceptado que algunas mujeres salieran de ahí a trabajar.

En este trabajo nos preguntamos sobre la vida de Rosita y muchas mujeres como ella que migran solas o con sus familias en búsqueda de trabajo para sacar adelante a los hijos y a ellas mismas. Nos preguntamos sobre las relaciones entre las condiciones de vida, el trabajo y la salud de las madres trabajadoras mexicanas al tratar de adaptarse a las situaciones nuevas en que se encuentran. ¿De qué maneras las madres trabajadoras mexicanas migrantes cuidan su salud al tratar de hacer frente a los aspectos positivos y negativos de su trabajo en los lugares a los que migran? ¿Bajo qué condiciones se perjudica o se mejora la salud de madres trabajadoras migrantes en sus circunstancias nuevas?

El trabajo tiene dos propósitos principales. El primero es aportar a la discusión teórico-metodológica de este tema con el desarrollo de un marco conceptual que permita ahondar esta relación al considerar considera las múltiples dimensiones del trabajo de las mujeres y el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención. El segundo es aplicar el marco al estudio de madres trabajadoras mexicanas migrantes en dos contextos específicos. Nuestra ponencia da cuenta de una investigación actualmente en curso sobre el trabajo y la salud de madres trabajadoras mexicanas migrantes en dos ciudades muy diferentes donde la mano de obra de mujeres migrantes mexicanas es una característica común del mercado de trabajo urbano: Hermosillo, Sonora, México y en Los Ángeles, California, EEUU.

Telón de fondo

Durante las últimas tres décadas del siglo veinte las características del trabajo femenino en México cambiaron de manera significativa, tanto en la forma de conceptualizar el trabajo, así como en términos de su actividad en el mercado de trabajo. La comprensión de estos procesos se pudo profundizar desde la perspectiva de género que permitió identificar estos cambios e incorporar nuevas dimensiones no consideradas anteriormente.

Los cambios económicos, demográficos y sociales que transformaron la sociedad mexicana después de sufrir recurrentes crisis económicas durante la década de los '80 y la adopción de un modelo neoliberal a raíz de esas crisis tuvieron efectos profundos en la vida cotidiana de las mujeres y sus familias. Al nivel económico, se crearon nuevas oportunidades de empleo para las mujeres en el sector terciario, en la industria de exportación y la agricultura comercial. A su vez, la expansión del trabajo informal y el creciente proceso de precarización del trabajo afectaron a las mujeres de manera particular.

El perfil demográfico de mujeres en los mercados de trabajo cambió al incorporarse mujeres casadas y con hijos pequeños. Asimismo, el patrón de migración femenina se alteró al abrirse nuevas oportunidades regionales de empleo urbano y agrícola en México, al mismo tiempo que la migración documentada e indocumentada hacia los Estados Unidos aumentó significativamente, con la migración de mujeres y de familias cobrando cada vez más pertinencia.¹

Al nivel social, los recortes en los servicios ofrecidos por el estado redujeron el acceso a programas de salud, de educación y otros apoyos sociales que tenían las familias. Estos cambios exigían una redefinición de las maneras en que los hogares organizaban su tiempo y su trabajo, distribuían los recursos limitados y atendían las necesidades básicas, incluyendo la salud.²

Migración laboral y salud

Nuevos patrones de migración laboral surgieron como una respuesta a la reestructuración global y la creación de oportunidades de trabajo en lugares distantes. Mientras que históricamente la migración femenina se constituía de mujeres jóvenes solteras de áreas rurales hacia la Ciudad de México, hoy en día las migrantes incluyen también mujeres con hijos y familias que migran de áreas rurales así como de ciudades medias. Ahora sus destinos son más bien la región fronteriza del norte de México, marca de otras las ciudades de rápido crecimiento y las áreas rurales y semiurbanas a donde van en busca de empleo en la industria de exportación, y en la agricultura comercial de exportación. Otras muchas prueban la suerte al cruzar la frontera para buscar empleo en los Estados Unidos.³

Aunque la esperanza de un empleo y mejores ingresos acompaña al fenómeno de la migración, ésta también representa costos sociales, sobretodo para migrantes de bajos niveles de escolaridad quienes sólo encuentran trabajo en condiciones riesgosas. La investigación sobre la relación entre migración adulta y la salud ha hecho hincapié en la falta de acceso a servicios de salud; el hecho de que en las/los migrantes tienden a ser más sanas/os que los no-migrantes; y los riesgos que conllevan las malas condiciones de vivienda en los lugares de destino; así como los riesgos ocupacionales específicos a los que están expuestas/os.⁴

Los efectos de la migración en la salud de migrantes son más ambiguos. Por ejemplo la migración puede conllevar la falta al acceso a los servicios de salud, o a la información sobre cómo allegarse estos servicios. Pueden modificarse las fuentes de información sobre salud y reproducción, entre otros temas normalmente consultados con miembros cercanos de la familia o de la comunidad. Pueden modificarse los estados nutricionales por el cambio en la alimentación de las mujeres y sus familias. Pueden tener acceso a una mejor calidad nutricional, sin necesariamente no contar con los

¹ Ariza and Oliveira, 2002; Díaz and Medel, 2002;García, 2003; García and Oliveira, 1992.

²Ariza and Oliveira, 2002; Donato and Kanaiaupuni, 2000; Garcia and Oliveira, 1994; González de la Rocha, 1991; 1994; 2006.

³ Aunque muchos migrantes sigan dirigiéndose a los destinos tradicionales de California y los estados fronterizos del suroeste del país, los destinos migratorios en Estados Unidos empezaron a modificarse empezando durante la década de los 1990, con aumentos significativos de migrantes mexicanos dirigiéndose también hacia los estados del este, sur, y sur-centro del país (Singer, 2004; Light, 2006.)

⁴ Carballo and Mboup, 2005; Castañeda and Zavella, 2006; Feliciano, 2005; Kanaiaupuni, 2000; Palloni and Arias, 2004; Rubin-Kurtzman and Bronfman, 1999; Wallace, Gutiérrez and Brown, 2003; Wyn and Ojeda, 2003.

recursos que requieren para su compra. Puede haber contradicciones entre las prácticas culturales en ambos lugares de origen y de destino que causen conflicto en las identidades étnicas, nacionales, locales y de género. Finalmente, la migración puede impactar las decisiones sobre reproducción en varias formas: por ejemplo, algunas maquiladoras discriminan a las mujeres embarazadas; los hogares encabezados por mujeres cuentan con menor flexibilidad en términos del trabajo a la vez que una mayor demanda de ingreso; y las mujeres pueden sentirse obligadas a interrumpir su embarazo cuando enfrentan el riesgo de perder el empleo. La migración como una respuesta demográfica a la demanda de trabajo para hombres o mujeres contribuía también a distorsiones en la composición de los hogares y las relaciones familiares en los lugares de origen y de destino. Véanse como ejemplo las unidades domésticas de mujeres en el campo mexicano y de hombres solos en los Estados Unidos. Estos procesos interrumpían y violentaban las redes sociales que constituían sistemas de apoyo, de información y de ayuda, con implicaciones posibles para la salud.

La Importancia del Tema

La envergadura de las transformaciones en la sociedad mexicana y sus implicaciones para la vida cotidiana de las mujeres y sus familias apunta hacia el trabajo y la salud de las mujeres como un eje importante de investigación. No obstante, la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres se ha investigado poco, y cuando mucho en términos puntuales de salud reproductiva u ocupacional y, en particular, sobre la salud de trabajadoras de las industrias para la exportación.⁵ Aún menos investigada ha sido el tema de la salud de las trabajadoras migrantes. Pocos estudios parten del análisis de las relaciones de género y los determinantes socioculturales, económicos y políticos en la salud y la enfermedad.⁶ Por ejemplo, una línea de investigación pertinente privilegia la centralidad de las redes sociales para los hombres antes, durante y después de la migración. Faltan estudios que consideran diferencias en la eficacia de las redes sociales por género o la manera en que las redes funcionan en contextos distintos.⁷ Asimismo, mientras que algunos estudios sobre la migración y la salud presentan distribuciones por género, pocos se apoyan en un enfoque teórico que incorpora las relaciones de género al conjunto de condicionantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud y la enfermedad.⁸ Una meta principal de este trabajo es examinar algunas de las características y consecuencias menos estudiadas y menos comprendidas de los procesos migratorios femeninos *después* de que las mujeres lleguen a sus lugares de destino.

Nuestra investigación también intenta avanzar la comprensión de otros temas importantes. Primero, nos preocupan los impactos del trabajo flexible y precario sobre la salud de los trabajadores en general y sobre las mujeres migrantes en particular.⁹

Segundo, un entendimiento más profundo de la naturaleza del trabajo de las mujeres más allá que la dicotomía entre el trabajo remunerado para el mercado y el trabajo no-remunerado doméstico arroja luz sobre la manera en que las diferentes dimensiones del trabajo de las mujeres afectan la salud.¹⁰

Tercero, mientras que en la mayoría de las investigaciones toman del contexto local como dado, nuestro enfoque comparativo resalta la importancia de factores locales tales como las políticas públicas y las condiciones del mercado de trabajo al analizar el trabajo y la salud de las mujeres. Este enfoque es válido para las comparaciones transnacionales así como para las comparaciones de una población en diferentes regiones.

Cuarto, este estudio reconoce la importancia de la salud de los/las migrantes no sólo como un tema de importancia social, sino también como un tema de alto perfil político. En México, la

⁵ Balcázar *et al.* 1995; Cedillo *et al.*, 1997; Denman, 2001. Denman, *et al.*, 2003.

⁶ Boyd and Grieco, 2003; Bronfman and Rubin-Kurtzman, 1999; Feliciano, 2005; Kanaiaupuni, 2000; Palloni and Arias, 2004; Wallace, *et al.*, 2003; Wyn and Ojeda, 2003.

⁷ Los pocos estudios que existen se enfocan sobretudo en la migración internacional Curran and Rivero-Fuentes, 2003; Hondagneu-Sotelo, 1994; Kanaiaupuni, 2000; Livingston, 2006; Menjívar, 2003.

⁸ Boyd y Grieco, 2003; McKay, *et al.*, 2003.

⁹ Appay and Thébaud-Mony, 1997; Beneria, 2002; Grown, *et al.*, 2006; Menéndez, *et al.*, 2007.

¹⁰ Robles, 2003.

atención del gobierno y de los medios de comunicación se han enfocado sobre las condiciones malsanas en las maquiladoras y la agricultura comercial, el feminicidio en Ciudad Juárez, el acceso inadecuado de migrantes mexicanos en Estados Unidos a la atención médica, y el carácter binacional y genérica de la infección por VIH/SIDA.¹¹ Asimismo, en California, la controversia en torno a la población sin seguro médico y el grado en que la población de migrantes indocumentada utiliza los servicios de salud es un tema de preocupación constante en la Legislatura.

Finalmente rara vez vista en otros estudios sobre la migración, esta comparación de migrantes internas e internacionales ofrece la oportunidad de contrastar las características de mujeres migrantes mexicanas en lugares distintos.

El marco conceptual (véase apéndice 1)

El desafío de las ciencias sociales es elaborar planteamientos teóricos que permitan comprender contextos y situaciones amplios y, a su vez dar cuenta de una gran variedad de situaciones específicas. Por un lado, los planteamientos tienen que ser generales y abstractos, y por otro, tienen que poder aterrizar para arrojar luz sobre contextos puntuales a través de metodologías pertinentes y aplicables a situaciones específicas. Los marcos se enriquecen conforme vayan utilizándose y adaptándose en situaciones concretas. De hecho, el marco que presentamos aquí no fue diseñado exclusivamente para el análisis de la relación entre el trabajo y la salud de madres trabajadoras migrantes.¹² La versatilidad del marco consiste en su flexibilidad al poder aplicarse a grupos sociales y procesos como los descritos aquí así como otros que se podrían investigar en otro momento.

El marco identifica cuatro elementos que requieren entenderse para analizar las relaciones entre el trabajo y la salud de las mujeres.

El primer elemento: La caracterización de las múltiples dimensiones del trabajo de las mujeres

Partimos de la premisa de que el trabajo de las mujeres abarca mucho más que aquel que se expresa en el mercado. Todas las actividades que producen bienes y servicios que son esenciales para la reproducción humana deben considerarse trabajo, premisa en que se han basado otros investigadores para avanzar el concepto de reproducción social.¹³ Algunos avances iniciales importantes fueron la distinción entre el trabajo remunerado para el mercado y el trabajo doméstico, y el reconocimiento de que son las mujeres las responsables principales para el trabajo doméstico al interior de los hogares. A pesar de que se hayan aumentado los esfuerzos por hacer visible el trabajo de las mujeres y de legitimar la integración de las mujeres al mercado de trabajo, aún prevalece una visión segmentada del trabajo femenino en México. Nuestro enfoque procura contrarrestar esta visión y avanzar a la comprensión del trabajo de las mujeres, que se distingue cuanti- y cualitativamente del de los hombres. Planteamos que hoy día se necesita un análisis más complejo de las interrelaciones entre las varias dimensiones del trabajo femenino para captar como las diferentes actividades que realizan durante la vida cotidiana influyen sobre su salud. En este sentido, nos han sido útiles las aportaciones de Hilfinger y colegas¹⁴ para identificar diez dimensiones interrelacionadas del trabajo femenino y que corresponden a las condiciones socioculturales y económicas de México:

- El trabajo remunerado para el mercado
- El trabajo no remunerado para el mercado, incluyendo trabajo que facilita las actividades de otros en el mercado de trabajo
- El trabajo doméstico
- El trabajo de la reproducción biológica
- La manufactura o el cultivo de bienes para el consumo doméstico
- La crianza y socialización de los hijos

¹¹ Avilés y Jiménez Cruz, 2003; Bronfman, *et al.*, 1999; Bronfman, *et al.*, 2004; Zúñiga, *et al.*, 2005.

¹² Rubin-Kurtzman y Denman, 2006.

¹³ Benería, 1979; Meillassoux, 1981; Salles, 1989; Oliveira and Ariza, 2000.

¹⁴ Hilfinger, *et al.*, 1997.

- El cuidado de la salud familiar
- El trabajo de ser esposa o compañera
- El trabajo de la familia extendida o de compadrazgo
- El trabajo voluntario comunitario.

Estas dimensiones del trabajo constituyen el tejido de la vida cotidiana de las mujeres. Cada dimensión posee sus propias dinámicas y formas de negociación y cada una puede tener implicaciones positivas o negativas en la salud. Dichas implicaciones solo pueden comprenderse al analizar la especificidad de los riesgos biológicos, socioculturales, económicos y políticos. Es importante señalar sin embargo que los efectos sobre la salud son cumulativos y resultan en un desgaste global que difícilmente puede observarse si se analiza una sola dimensión.

El segundo elemento: La salud femenina como parte del proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención.

El proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención está inserto en otros procesos socioculturales, demográficos, económicos y de salud que rigen la reproducción poblacional. Este proceso enfatiza las construcciones socioculturales de la salud, enfermedad, cuidado y atención relacionadas con el cuerpo humano; se refieren a prácticas culturales y cuidados de atención y auto-atención. La investigación al respecto ha mostrado que los saberes y prácticas sobre el cuerpo y la salud son parte de un proceso dinámico que es moldeado culturalmente en un marco de negociación que cambia en el tiempo y el espacio.¹⁵ El reto metodológico es describir las percepciones y narraciones culturales acerca del cuerpo y aclarar la forma en que éste es expresado social y políticamente por mujeres y hombres.

La mayor parte de los estudios de la salud de las mujeres se enfocan en condicionantes a nivel individual como la edad, la escolaridad, el número de hijos, la inserción en el mercado laboral y las condiciones del trabajo, la etnicidad, el lugar de origen y de residencia, y las condiciones de migración.¹⁶ Aquí privilegiamos también características del hogar como las responsabilidades domésticas y la posición de la mujer en el hogar así como las relaciones de género. Estas últimas no sólo afectan profundamente los patrones de morbi-mortalidad, sino también el acceso a los servicios de salud de calidad. El género es un determinante de diferencias históricas entre hombres y mujeres en cuestiones de identidad, imagen corporal, prácticas sexuales y reproductivas, experiencias de salud y de enfermedad, formas de auto-cuidado y de cuidado de otros y como se expresa la enfermedad.¹⁷

El tercer elemento: Transformaciones locales, nacionales y regionales y globales que afectan la sociedad mexicana.

En México, transformaciones a los niveles local, nacional, regional, y global cambiaron fundamentalmente la sociedad durante el último tercio del siglo XX y siguen sacudiéndola en el momento actual. Transformaciones tales como la reorganización de los mercados laborales acompañado por un proceso de precarización que afectó las formas de producir así como las personas que producen; el crecimiento del sector informal; la fragmentación y localización de los procesos productivos a escala mundial; reformas sectoriales y estructurales para contrarrestar los efectos del deterioro económico; la movilidad de mano de obra, capital, tecnología, e información; la privatización de empresas estatales; la regionalización, la descentralización y las interrelaciones con los mercados internacionales, sobre todo Estados Unidos reflejan la magnitud de los cambios. Los mexicanos - individuos y familias - no se insertaron ahistóricamente en los procesos que transformaron el país sin sufrir modificaciones en sus dinámicas. Este apartado procura considerar algunas de las formas a través de las cuales nuestro marco contempla estas modificaciones.

Para fines del marco, consideramos que las transformaciones tienen impactos en múltiples esferas que sintetizamos en tres categorías:

¹⁵ Lock and Scheper-Hughes, 1996; Menéndez, E., 2003.

¹⁶ Chant, 2003.

¹⁷ Ravelo, 1995.

- Los cambios en las relaciones entre el estado, la sociedad civil y los individuos.
- Los cambios en el mundo de trabajo que afectan las características del trabajo y de los trabajadores.
- Los cambios al interior de los hogares, y especialmente aquellos que afectan las relaciones de género.

Hemos discutido estas categorías más detalladamente en otros foros.¹⁸ Para facilitar el entendimiento del marco en este momento, resumimos algunos elementos centrales aquí.

Los cambios en las relaciones entre el estado, la sociedad civil, y los individuos: crisis pasadas y crisis actuales

Cambios profundos en las relaciones entre el estado, la sociedad civil, y los individuos que emanan de las crisis económicas y las reestructuraciones subsecuentes de las economías pueden tener importantes, y sin embargo frecuentemente no percibidas implicaciones para la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres. Las respuestas las crisis no son siempre las mismas, y dependen mucho de clima político del momento.

a. La crisis mexicana de la "década perdida", las políticas sociales de respuesta, y sus implicaciones para la salud de las mujeres

Durante las décadas de los '80 y los '90 el apoyo del estado mexicano para los programas sociales se redujo, disminuyendo el papel histórico del estado como defensor de una política social progresista. Políticas económicas monetaristas diseñadas a ajustar las estructuras fiscales contribuyeron al crecimiento de la desigualdad socioeconómica y una distribución del ingreso regresiva que concentró la riqueza en los estratos más altos al mismo tiempo que aumentó los sectores viviendo en pobreza.¹⁹ Se privatizaron muchas empresas estatales, se redujo el empleo en el sector público, particularmente en los sectores de salud, educación y bienestar y la reforma del sistema del seguro social buscó reducir el papel del estado en el financiamiento de los costos de salud con un enfoque individualizado que introdujo cuentas individuales obligatorias de capitalización privada y creó un sistema basado en la estructura ocupacional y la capacidad individual de los y las trabajadores/as financiar sus propias prestaciones, programas de salud y jubilación. Los subsidios alimenticios y agrícolas se bajaron o se eliminaron. El manejo descentralizado de programas y servicios colocó una carga insostenible sobre los gobiernos provinciales inadecuadamente financiados y entrenados y sobre las agencias locales.²⁰

Sugerimos varias hipótesis para describir los impactos posibles de la contracción de los programas gubernamentales de bienestar sobre el trabajo y la salud de las mujeres. La eliminación o la reducción de los subsidios alimenticios pueden reducir los estándares de vida y la nutrición. La privatización y la descentralización de los servicios de planificación familiar pueden aumentar los nacimientos no deseados y los abortos ilegales, con los impactos asociados sobre la salud y la autonomía de las mujeres. Los recortes presupuestales en el área de la educación pueden afectar negativamente la capacidad de las mujeres obtener trabajos mejores, tener acceso a información sobre salud, y utilizar la información disponible de manera eficaz.

Las reformas al interior del sector salud pueden afectar las mujeres de varias maneras. La más directa es a través de la reducción de empleo en un sector donde las mujeres tradicionalmente han estado desproporcionadamente concentradas. La reforma del sector salud también puede contribuir al aumento de responsabilidades domésticas. Recortes en los programas de salud, de los servicios hospitalarios, y del número de personas con derecho a recibir beneficios tiende a pasar la carga de trabajo para cuidar los enfermos y los viejos de profesionales pagados a familiares no pagados, que en la mayoría de los casos son mujeres, aumentando así la carga de trabajo, fatiga,

¹⁸ Rubin-Kurtzman, *et al.*, 2006.

¹⁹ Szasz and Lerner, 2002.

²⁰ Langer, 2003.

estrés, y el riesgo de exposición a enfermedades y accidentes de muchas mujeres ya sobrecargadas de responsabilidades.²¹

Las reformas del sistema de seguro social tendían a poner las mujeres en desventaja. El cálculo de prestaciones basado en contribuciones individuales y niveles de riesgo no tomó en cuenta factores importantes que afectaron negativamente la capacidad de mujeres, y sobre todo las mujeres pobres, de contribuir regularmente a este tipo de programa. Primero, las mujeres se enferman más que los hombres al mismo tiempo que su esperanza de vida es más larga. De esta suerte están expuestas a mayor riesgo de malestares no-fatales y un promedio de años más largo de enfermedad o discapacidad, incluyendo las enfermedades degenerativas de la vejez.²² Segundo, el sistema actual no contempla el hecho de que las mujeres participan menos en el mercado de trabajo, que su trabajo es más intermitente y de tiempo parcial, que sus salarios son menores, y que sus edad de jubilación es menor que la de los hombres.²³ La naturaleza de la actividad femenina en el mercado laboral significa que hay periodos relativamente largos cuando las mujeres no hacen contribuciones a sus programas de salud y jubilación. Por lo tanto, su capacidad de acumulación es menos, y están obligadas a confrontar situaciones más difíciles que los hombres en cuanto a las prestaciones de salud, bienestar y jubilación. Estos factores afectan más a las viudas, mujeres de tercera edad, y jefas de familia.

b. Las crisis económicas de hoy día

A diferencia de las crisis mexicanas recién descritas, en este momento estamos enfrentando una crisis económica a nivel global. A finales del 2008 y comienzos del 2009 la crisis brotó primero en Estados Unidos donde llevaba tiempo cultivándose. Éste no es el foro apropiado para discutir ni los orígenes, ni todas las dimensiones complejas de esta crisis. Basta decir que es la crisis se ha extendido por sectores fundamentales de la economía norteamericana tales como la vivienda, la inmobiliaria y la construcción, la industria automovilística, y el mundo de la banca y finanzas. Los niveles de empleo desplomaron durante el año 2008 con un promedio de -587,000 trabajos perdidos durante los últimos dos meses del año.²⁴

La crisis económica en Estados Unidos rápidamente se extendió de manera global, México siendo uno de los primeros países afectados. Se desvaluó el Peso Mexicano aproximadamente 21% en un año, de un valor de PM10.9 por US\$1.00 en 2007 a PM13.8 en 2008, con un aumento en el costo de vida que afectó de manera especial a los pobres.²⁵ En el momento de escribir este texto la desvaluación sigue, con fluctuaciones un poco encima del valor al final de 2008. Se disminuyeron las remesas enviadas por los migrantes que viven en Estados Unidos. Independientemente del efecto macroeconómico que pudiera tener la pérdida de remesas, es de notarse que para muchas familias mexicanas las remesas representan su principal fuente de ingreso.²⁶ Los niveles de desempleo y subempleo y aumentaron, incluyendo en las industrias de exportación y en la agricultura comercial, se elevaron los costos de los servicios y bienes básicos, se redujeron algunos programas oficiales de apoyos sociales, y hubo decrementos en los niveles de las remesas recibidas del exterior. Bajó drásticamente el turismo, y la violencia en México, ya un problema social descontrolado desde hace tiempos, ha aumentado en el último año.

Éste no es el foro apropiado para discutir los orígenes ni las dimensiones complejas de la crisis económica ni en México ni en Estados Unidos. En este documento nos centramos en los impactos de la crisis sobre la población migrante y sus repercusiones eventuales sobre la salud y el trabajo de las mujeres. En Estados Unidos la crisis ha tenido un impacto especialmente severo

²¹ Robles, 2003.

²² Szasz, 1999; Chant, 2003; Gómez, 1993.

²³ Cerutti, 2000; Parker and Gómez, 1999

²⁴ LACEDC, febrero de 2009, pag. 2.

²⁵ LAEDC, febrero del 2009, pag. 15.

²⁶ Lopez, Livingston and Kochhar, Jan, 2009.

sobre la población de migrantes latinos menos escolarizados y pobres. El peso del desempleo está cayendo sobre los hombros de los y las obreros/as de la construcción, los/las trabajadores/as hoteleros/as, los/las trabajadores/as en el comercio, y otros/as que no tienen un título universitario²⁷. Aunque no dispongamos de datos por país de origen, a nivel nacional la tasa de desempleo para el total de la población de migrantes latinos aumentó del 5.1 al 8.0 %, o 2.9 puntos porcentuales, entre el último cuarto del 2007 al último cuarto de 2008.²⁸

El estado de California y el condado de Los Ángeles han estado duramente golpeados. Durante el año 2008 Los Ángeles perdió 40,900 empleos, casi todos (41,000) de los cuales en los sectores de comercio, manufactura, y construcción donde se emplea una proporción grande de mano de obra mexicana.²⁹ Otro sector que espera recortes significativos en el año 2009 es el del turismo, incluyendo las ramas de restaurantes y hoteles, donde también se emplean muchos/muchas migrantes mexicanos/as. Se estima que en Los Ángeles 89,000 trabajos se eliminarán durante el transcurso del año 2009, y la tasa de desempleo pueda exceder el 10.5%.³⁰

Para complicar la situación aún más, las repercusiones de la crisis presupuestaria en California y la parálisis política de la legislatura para llegar a un acuerdo para finalizar el presupuesto estatal han repercutido en todo el estado.³¹ Aunada a la crisis económica, la crisis presupuestaria amenaza recortes draconianos en los servicios sociales salud, educación y bienestar, así como recortes en el empleo en el sector público. Algunos recortes ya empiezan a sentirse y otros más son inevitables.³²

Las familias de migrantes mexicanos pobres e indocumentadas se encuentran en una situación especialmente difícil. Ni México ni Estados Unidos les ofrece muchas oportunidades, y los migrantes no se encuentran "ni aquí ni allá". Para los que están en Estados Unidos, muchos ya tienen tiempos de haberse migrado. En algún momento, echaron raíces. Tienen hijos nacidos en el país. Muchos, y sobre todo las mujeres, son renuentes de regresar a México. Al brotarse la crisis, en los círculos políticos y académicos se oía hablar de una migración de retorno masiva, pero en este momento no hay evidencias de que se haya dado.³³ Una explicación posible es que la migración de retorno sea un fenómeno rezagado que ocurra conforme más y más migrantes pierden sus trabajos y no encuentran otros. De esta suerte la migración de retorno surge como una opción de última instancia cuando los migrantes se den cuenta que no les queda otra opción para sobrevivir. El desafío será para los que deciden quedarse porque deciden que no quieren volver. Muchos de ellos, que vinieron como adultos jóvenes y sanos durante los '80 y '90 ya no son tan jóvenes y empiezan a tener achaques de salud. La mayoría no tienen seguro médico ni un médico que les atiende de manera regular.³⁴ En el clima actual, la situación no hará más que empeorarse por un tiempo visible.

En México, la crisis se siente en la colonia donde vive Rosita, de quien hablamos al inicio de este trabajo. Varios de sus vecinos perdieron el empleo, crecen las deudas en los abarrotes, dicen que hasta y más violencia, pero Rosita no lo ha conocido. A su hermana la cambiaron de turno y no quiso dejar el trabajo por temor a no encontrar otro. Rosita se aguanta el dolor de espalda y tomó más horas extras, ahora lleva dos meses trabajando todos los sábados para hacerse de un poco más de ingresos. En el Seguro las colas son más largas, a veces no hay medicina y se tiene que comprar.

²⁷ New York Times, 4 de marzo, 2009.

²⁸ Kochhar, 2009.

²⁹ Los Angeles Times, 28 de febrero, 2009. Pags. A1, A14.

³⁰ Kyser, *et al.*, pag. 28.

³¹ Por ejemplo, Los Ángeles sufre un déficit presupuestario de casi \$1 billones. En la semana antes de escribir este texto, una legislatura extremadamente fraccionada aprobó un presupuesto que estará sujeto a una aprobación por votación popular en mayo. Muchos elementos de presupuestos son muy discutidos y corren el riesgo de no estar aprobados. De esta suerte el estado está lejos de poder considerar que la crisis presupuestaria se ha resuelto.

³² Los Angeles Times, 28 de febrero, 2009, pag. B1.

³³ Migration Policy Institute, December, 2008.

³⁴ Wallace, *et al.*, 2003; Wallace, *et al.*, 2005; Wyn, 2006.

Dice su hermana que en las Farmacias Similares que venden fármacos genéricos es bien barato y siempre hay médicos que cobran muy poco.

Rosita, y tantas otras mujeres como ella, enfrentan cotidianamente muchas de las situaciones mencionadas en nuestro marco conceptual. Deben buscar el equilibrio entre las necesidades de la atención a sus hijos, así como las demandas de mantener su empleo y cuidar su salud de forma que no estén incapacitadas para cualquiera de las funciones anteriores. Deben crear y mantener redes sociales que les permitan atender a sus hijos o alguna necesidad doméstica cuando ellas estén en el trabajo, cuando el hijo o la hija se enferme, cuando tenga que hacer algún trámite en el ayuntamiento, cuando vaya a venir el gas, cuando tengan que hacer cola para sacar una ficha en el hospital del IMSS.

A la vez, en el caso de Rosita, quien desde un principio no quería a los Estados Unidos para no alejarse de su mamá que se quedó en el campo y a quien visita dos o tres veces al año. Dada lo que se oye de la situación actual, ahora menos lo quiere hacer. Tampoco se anima a ir a lo desconocido, no habla inglés, no quiere trabajar en casa, después de todo, cree que está más a gusto en la fábrica. Está insegura de lo que pueda pasarle en el futuro. Está cada vez más cansada, tarda mucho en reponerse cuando antes en un fin de semana volvía descansada al trabajo. El dolor de espalda ya no se le quita nunca y se la pasa tomando medicinas para atenderlo. Y ve como en la fábrica sus colegas, hombres y mujeres, se van alentando en el trabajo y eso que solo tienen como cuarenta o cuarenta y cinco años. Este envejecimiento prematuro le preocupa³⁵. Su hermana se quedó a trabajar en Hermosillo, no le va mal, allá se casó y tienen una casita de un solo cuarto en la periferia de la ciudad. También trabaja en la maquila, pero ha rotado mucho, lleva cinco empleos en cuatro años. Tal vez deba pensar en irse para allá, pero no quiere dejar al papá de su hijo aunque él no ha dejado a su otra familia.

Estas decisiones se tienen que hacer por muchas razones, pero también dependen de los apoyos que Rosita encuentra en su entorno, tanto en los familiares, como compañeros de trabajo, los vecinos y en las instituciones, como los hospitales, el Seguro, las escuelas y el DIF. Su hermana cuenta que se apoya mucho en una iglesia evangélica de la colonia en donde viven. Tienen apoyo para el cuidado de los hijos y cursos y talleres gratis. En tiempos de campaña política hay una mayor oferta de los candidatos con servicios de salud, vacunas, Papanicolaou, mamografía, todo gratis.

Los cambios en el mundo del trabajo que afectan las características del trabajo y de los trabajadores

Como se ha documentado ampliamente, al implantarse el modelo neoliberal en México, la participación de las mujeres en los mercados de trabajo aumentó, aún cuando las mujeres seguían empleándose en ocupaciones tradicionalmente femeninas en los sectores de servicios (salud, educación, servicio doméstico), comercio, y en las industrias del vestido y alimentaria. Al mismo tiempo se abrieron nuevas oportunidades en las industrias de exportación y en la agricultura comercial.³⁶

El incremento de empleo femenino fue acompañado por el crecimiento del sector informal y por un proceso de precarización de las condiciones de trabajo. Algunas características de este proceso incluyen el aumento de salarios bajos, el trabajo no calificado, las jornadas extensas, la subcontratación de actividades laborales en manos de terceros, los contratos a domicilio sin atención a los riesgos ocupacionales, y una mayor inseguridad en el trabajo que incluye inseguridad en las condiciones psicosociales y el acoso sexual. Aunque el proceso de precarización haya tocado a hombres y a mujeres, su efecto ha sido mayor en las mujeres.³⁷ Mientras que algunas de estas

³⁵ Scarone, 2009.

³⁶ Cruz, et al., 2003; Lara, 1998; Oliveira and Ariza, 2000.

³⁷ Benería, 2001; Charmes, 2000.

tendencias se han modificado en los últimos años y particularmente en los meses más recientes, la precarización del trabajo se ha mantenido.³⁸

Los cambios al interior de los hogares, y especialmente aquellos que afectan las relaciones de género

Los cambios en el panorama de trabajo y en las relaciones entre el estado, la sociedad civil y los individuos contribuyeron a ajustes en las relaciones al interior de los hogares y en los comportamientos económicos así como una diversidad creciente de tipos de hogares y arreglos familiares como los hogares duo-locales, configuraciones familiares fluctuantes,³⁹ un aumento de jefatura femenina y los hogares unipersonales. Las relaciones de género y las relaciones familiares así como las expectativas en relación a los roles previamente prescritas por edad, género y posición en el hogar también evolucionaron. La suma de estas transformaciones ha sido modificaciones en la manera en que los miembros individuales de los hogares asignan valores, establecen en prioridades, y se relacionan entre sí. Estudiosos del tema han llamado atención a la asimetría y la "carga desigual" de las relaciones intra-domésticas, con la carga mayor del trabajo cayendo sobre las mujeres.⁴⁰

Las transformaciones económicas, demográficas y sociales acontecidas han generado nuevas vulnerabilidades al interior de los hogares que afectan de manera particular a la salud física y mental de las mujeres. Para compensar la reducción de servicios de salud, los hogares, y sobre todo las mujeres, se convirtieron en las fuentes principales de cuidado y mantenimiento de la salud familiar. Más específicamente, para asegurar la sobrevivencia básica del hogar y vigilar la salud de sus integrantes las mujeres aumentan su participación en redes informales de cuidado de la salud, en prácticas culturales vinculadas a la salud, y en tareas cotidianas tales como la preparación de la comida y el cuidado de los enfermos. Estas actividades aumentan su carga de trabajo, dejándolas poco tiempo de descanso, y así debilitando su salud y bienestar. Los hogares encabezados por mujeres y con pocos contribuidores económicos son especialmente vulnerables y confrontan riesgos de salud vinculados a la pobreza, la mala nutrición, la vivienda inadecuada, y la dificultad de obtener servicios de salud.

Ingresos inestables en el hogar pueden contribuir a riesgos nutricionales y morbilidad. Evidencias de México demuestran que, cuando los recursos para los alimentos escasean, las mujeres adultas tienden a sacrificar sus propias necesidades nutricionales por el bien de su familia. La desnutrición se perpetúa de madres a hijos y se apoya en prácticas de consumo altamente cargadas de contenido ideológico y cultural.⁴¹ Estrategias domésticas dirigidas hacia el recorte del presupuesto familiar pueden intensificar la cantidad de tiempo y esfuerzo que las mujeres dedican a la producción de bienes y servicios para el consumo doméstico, alargan los días de trabajo, y aumentan la fatiga, la fuerza física, el estrés, y la exposición a contaminantes ambientales. Frente a recortes de los programas sociales, las mujeres asumen mayores posibilidades para la salud y bienestar de otros miembros del hogar. Al reevaluar sus expectativas futuras, las mujeres pueden cambiar su comportamiento reproductivo, incluyendo las decisiones que hacen con respecto al número de hijos que desean, el intervalo entre ellos, y el aborto. Finalmente, pero no menos importante, el desempleo masculino y la erosión del trabajo puede conducir a los hombres dudar de su papel tradicional como proveedor de la familia. Este cuestionamiento puede contribuir a sentimientos de insuficiencia masculina, fracaso y frustración que pueden expresarse a través de actos de violencia doméstica física, psicológica, emocional, económica o sexual.

El cuarto de elemento: El concepto de modos de vida

³⁸ Chant, 2003; Charmes, 2000; García, 2003. Vermont

³⁹ Grammont, Flores y Sanchez Gomez, 2004.

⁴⁰ Ariza and Oliveira, 2002; Benería and Feldman, 1992; Benería and Roldán, 1987; García, 2003; González de la Rocha, 1991; 1994; 2006.

⁴¹ González de la Rocha, 1993

Adoptamos el concepto de *modos de vida* como un puente entre el trabajo de las mujeres, su salud, y los cambios estructurales en la sociedad mexicana ya descritos. Más específicamente, los *modos de vida* detallados en la Figura 1 son los mecanismos a través de los cuales los cambios en el mundo del trabajo; en las relaciones entre el estado, la sociedad civil, y el individuo; y en las relaciones al interior de los hogares afectan el trabajo y la salud de las mujeres.

Según D. Bertaux, autor pionero del concepto, los *modos de vida* combinan las condiciones materiales, a las relaciones sociales, y los significados y valores que se atribuyen a diferentes aspectos de la existencia humana. La importancia relativa de *modos de vida* específicos varía según el tiempo y el lugar así como el género, el tipo de hogar, la etapa del ciclo vital, y el grupo social. Dos elementos claves para entender el concepto son, primero, que consciente- o inconscientemente, los hogares se movilizan para resolver sus necesidades materiales y simbólicas; y segundo, que las decisiones que emanan de esta movilización no son necesariamente resultado de una estrategia deliberada o colectiva del hogar.⁴² De esta suerte, el trabajo y la salud de las mujeres solo pueden entenderse dentro de este contexto más grande que es hogar.

Los *modos de vida* se construyen a través de la interacción e interdependencia de las instituciones y de los individuales como actores sociales. Los *modos de vida* van tomando forma dentro del contexto de la vida cotidiana. Aunque la vida cotidiana de los hogares esté pautada en su ritmo y división del tiempo por las actividades públicas y privadas de los integrantes del hogar, no es un proceso ahistórico si no al centro de ella. El movimiento del capital, la estructuración del estado, las formas y las tradiciones de organización de los grupos sociales, las ideologías,⁴³ y las prácticas recurrentes que ocurren en cinco dominios de la vida cotidiana – el trabajo, la familia, la salud, la educación, y la comunidad – reflejan los condicionantes estructurales que determinan la naturaleza de esta interacción e interdependencia. Éstas prácticas se ordenan por ciclos interrelacionados que varían en su tiempo de duración. Ciclos cortos ocurren con una regularidad temporal predecible, tal como diariamente, semanalmente, o estacionalmente. Ciclos más largos, tales como salud/enfermedad, o el empleo/desempleo son más impredecibles.⁴⁴ La conexión entre ciclos es evidente en la relación entre el trabajo remunerado de las mujeres en los mercados laborales y la salud. Mientras que la salud es una precondition para cumplir con los requisitos diarios de un trabajo, muchos tipos de trabajo presentan riesgos a la salud. Asimismo, el trabajo remunerado es un pre requisito para el consumo mientras que el consumo alimenta el empleo remunerado.⁴⁵

Preguntas de investigación

Independiente de las obvias diferencias estructurales entre Hermosillo y Los Ángeles creemos que es importante analizar las condiciones específicas en las que las trabajadoras migrantes en ambas ciudades viven y se emplean. Queremos conocer sus condiciones de salud y sus formas de cuidarse. Cuando iniciamos el proyecto, eran tres las preguntas principales que conducían nuestra investigación:

- ¿Cómo influye la vida cotidiana de migrantes mexicanas en la naturaleza de su trabajo y las formas en que cuidan su salud y la de sus familias mientras contienden con los aspectos positivos y negativos de su trabajo en una nueva localidad?
- ¿Bajo qué condiciones es perjudicada o mejorada la salud de las trabajadoras en sus nuevas circunstancias?
- Más específicamente, ¿cómo las múltiples dimensiones del trabajo femenino, el acceso limitado a servicios de salud y otras prestaciones, la creciente precariedad del trabajo

⁴² Bertaux, 1983. Mummert (1993) describe las estrategias familiares de la reproducción en términos muy parecidos.

⁴³ De Barbieri, 1984.

⁴⁴ Bertaux, 1983.

⁴⁵ Bertaux, 2006. Comunicación personal.

remunerado y las tensiones y demandas del hogar afectan la salud de mujeres migrantes en diferentes destinos, i.e. Hermosillo y Los Ángeles?

Mientras que realizábamos el trabajo de campo, las condiciones económicas en ambos países empezaron a deteriorarse y se nos hizo inevitable querer indagar en las respuestas de las mujeres y sus familias a la y formas de proteger su salud. De esta suerte, nos interesa señalar las diferencias, así como las similitudes, y contrastar las condiciones de su vida cotidiana.

- ¿Cómo es que la crisis económica en Estados Unidos y en México afecta las condiciones de vida y el trabajo de las familias migrantes, y cómo es que esto repercute sobre el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención de las mujeres?

Hipotetizamos que la relación entre el trabajo y la salud de mujeres migrantes en las colonias que estudiamos en Los Ángeles y Hermosillo se asocia a algunos de los cambios que hemos descrito en el marco. Nuestra metodología pretende escudriñar en cada uno de los elementos y de las dimensiones mencionadas. Sabemos que habrá diferencias sustantivas, como por ejemplo, el acceso a los servicios de salud ya que en Hermosillo cuentan con servicios municipales, estatales y federales dependiendo del trabajo que tengan las mujeres, mientras que en Los Ángeles la mayoría de la población mexicana en la colonia que estudiamos es indocumentada y no tiene acceso a ningún tipo de seguro médico.⁴⁶ Además, el estado de California es uno de los estados más afectado por la crisis económica y por una crisis política en la finalización del presupuesto estatal que ha desencadenado recortes importantes en los servicios sociales, incluyendo los del sector salud.

Metodología

Las ciudades de Hermosillo, Sonora y de Los Ángeles, California han sido destinos migratorios desde hace tiempo. Hemos seleccionado estas ciudades porque las obvias diferencias estructurales entre ellas resaltan la importancia de considerar los contextos local, nacional e internacional que condicionan el trabajo y la salud de las mujeres. Ambas ciudades están situadas a una distancia aproximada de 250 km cada una del bordo internacional. De esta suerte, consideramos que aunque tengan vínculos transnacionales intensos y de muchos tipos, no caen dentro de la dinámica transfronteriza cotidiana.

Hemos adaptado nuestra metodología de un estudio realizado en colonias pobres de siete ciudades europeas, *BETWIXT: Between Integration and Exclusion*, (*Entre la integración y la exclusión*). Este estudio comparativo examinó los procesos desarrollados para que los hogares en condiciones precarias, pero viables no cayeran en exclusión social.⁴⁷ Dicho estudio enfatizó los esfuerzos para resistir la desestabilización de los hogares, y los varios recursos que utilizaron, cuando tuvieron acceso a ellos, para evitar la exclusión. De la misma manera nosotras pretendemos identificar las situaciones que atentan contra la salud y las estrategias que implementan las mujeres para contrarrestar los daños. Se enfatiza el nivel de la comunidad como un recurso de servicios de salud, de recursos y de apoyos de primer nivel.

Los investigadores de las ciencias sociales y de la salud sugieren que, particularmente en comunidades pobres, el ambiente inmediato provee un contexto fundamental para orientar las intervenciones sobre la salud.⁴⁸ Creemos que esto es válido tanto en Hermosillo, como en Los Ángeles.⁴⁹ Por lo tanto, el punto de arranque de esta investigación ha sido la selección de una

⁴⁶ Datos de la California Health Interview Survey de 2005 indican que una de cada cinco de los 4.8 millones de personas no-aseguradas eran adultos indocumentados. Entre los no asegurados entre 19-64 años, 75% eran empleados de tiempo completo o miembros de familias dentro de las cuales había por lo menos un empleado de tiempo completo (Brown, Pourat and Wallace, 2007); Wallace, 2005.

⁴⁷ BETWIXT (“Between Integration and Social Exclusion”) consideró esos procesos en Londres, Dublin, Lisboa, Torino, Helsinki, Toulouse, and Umeå. Véase Bertaux, *et al*, 2002.

⁴⁸ Andersen, 2002; Shin, *et al*, 2006

⁴⁹ En Mexico González de la Rocha (1993) encontró que las redes vecinales proporcionaron una gama de servicios de salud, incluyendo infecciones, medicamentos, y el cuidado directo de familiares enfermos y

colonia con proporciones altas de migrantes en el condado de Los Ángeles, y una en el municipio de Hermosillo. En México se estila referirse a una comunidad como colonia cuando tenga características vecinales tales como las de las comunidades que estudiamos aquí. Por lo tanto, de ahora en adelante nos referiremos a las comunidades bajo estudio como colonias, tal como se acostumbra hacer en México.

En Los Ángeles seleccionamos una colonia ubicada en el suroeste del condado, conformada como un enclave étnico mexicano durante los últimos 30 años como efecto de una tendencia creciente de desconcentración de migrantes mexicanos del Este del condado.⁵⁰ De acuerdo al censo del 2000, un 55.4% del total de población (23,190) de la colonia que estudiamos en Los Ángeles había nacido fuera de Estados Unidos. Entre la población nacida en el extranjero, el 74% había nacido en México. Casi 33% de esta población vivía bajo la línea de pobreza en 1999. La investigación en el municipio de Hermosillo (545,928) se concentra en el norte del municipio donde se concentra población migrante de escasos recursos.

La metodología se diseñó de modo de poder generar suficiente información empírica, tanto de índole cualitativa como cuantitativa, para poder enriquecer, cambiar y mejorar nuestro marco. La metodología incluye: la revisión de información estadística; trabajo etnográfico en ambas colonias; la realización de entrevistas en profundidad a informantes claves; la realización de entrevistas en profundidad a madres trabajadoras migrantes basadas en la información obtenida de los informantes claves; retroalimentación, análisis y presentación de resultados. La investigación está en curso, y actualmente se encuentra en la etapa del diseño de las entrevistas con las madres trabajadoras migrantes.

Los criterios de selección para las entrevistas con las madres migrantes se basaron en el cambio del perfil demográfico de las mujeres en el mercado de trabajo:

- Mujeres con o sin pareja residente en el hogar.
- Que viven con sus propios hijos de edad escolar primaria.
- Que reciben una remuneración monetaria para algún tipo de trabajo, y
- Que se distinguen por el tipo de hogar y tiempo desde la migración.

Hemos establecido contactos con informantes claves en escuelas y centros de salud en las dos colonias quienes nos ayudarán a identificar candidatas que cumplen con estos criterios.

Posteriormente, utilizando la técnica de bola de nieve, reclutaremos otras mujeres. El tamaño de la muestra se basará en el criterio de saturación. De antemano, anticipamos entrevistar aproximadamente quince mujeres.

Las entrevistas se realizarán en varias etapas. Ya hemos realizado entrevistas a personas claves en la comunidad y en la comunidad académica que conocen muy bien las condiciones de vida, de trabajo, los problemas de salud, y los servicios y apoyo con los que cuentan las mujeres. Nos han ayudado a formular las preguntas que haremos enseguida a las propias madres trabajadoras migrantes. Durante las entrevistas esperamos identificar no solo las estrategias que utilizan las madres trabajadoras migrantes para atender casos de enfermedad, pero también las prácticas de cuidado de su salud para mantenerse libres de enfermedad, estos últimos siendo temas poco analizados en las investigaciones sobre salud.

Metodológicamente confrontamos algunos desafíos interesantes en la adaptación de nuestro marco al caso concreto que nos ocupa en la investigación empírica. Primero, ¿cómo operacionalizar procesos en evolución temporal y espacial constante? Es de notarse que, como en casi toda la investigación, los imprevistos cambian el curso de los eventos. En nuestro caso, el imprevisto más importante de esta investigación se ha escrito en mayúsculas, ya que el desplomo de la economía en Estados Unidos y sobre todo en California, sus repercusiones en México, y sobre la comunidad migrante en ambos países, hizo que no sólo cambió el contexto en que trabajamos sino también nos

amigos. Especialmente en contextos donde se usan raramente los bancos, la tanda, o el fondo colectivo vecinal, es vital para que la gente pueda hacer frente a gastos médicos no anticipados.

⁵⁰ Rubin-Kurtzman, *et al*, 1996.; Light, 2006

obligó a repensar fundamentalmente nuestras preguntas de investigación y algunos de los temas que queríamos tocar con las personas entrevistadas. Actualmente, estamos todavía discutiendo la mejor manera de abordar estos cambios.

Segundo, ¿cuál es la metodología apropiada para este estudio? Nuestro marco conceptual es general y no conlleva una especificidad metodológica. La metodología que hemos desarrollado se deriva directamente de la aplicación del marco al estudio de mujeres migrantes en Los Ángeles y Hermosillo.

Tercero, ¿cómo aplicar el concepto de modos de vida al contexto especificado aquí? En general, el concepto de modos de vida nos sirve para crear variables y categorías sensibles al género, la multidimensionalidad del trabajo y el proceso salud enfermedad y cuidado y atención de las mujeres. En este caso, los modos de vida que hemos especificado para este estudio sirven de puente para traducir los elementos conceptuales a la investigación empírica. El objetivo de las entrevistas con las migrantes es tratar de aterrizar en el concepto de modos de vida pidiendo que las migrantes describan las estrategias que adoptan para equilibrar los limitados recursos a su alcance, por ejemplo, dinero, tiempo y bienestar físico y emocional. Por lo tanto, la entrevista recolectará una historia de la entrevistada (trabajo, salud, reproducción, migración, nupcialidad) así como las características de su hogar (económicas, demográficas, sociales y de salud).

Discusión de los hallazgos preliminares

Los hallazgos que presentamos aquí están basados principalmente en las entrevistas realizadas con informantes claves en ambas ciudades. El análisis de estas entrevistas está todavía en curso, así que lo ofrecido aquí obviamente es parcial. Algunos hallazgos se refieren a ambas ciudades y otros distinguen entre las dos.

Un tema que apareció en Hermosillo y en Los Ángeles fue el reconocimiento instantáneo de las múltiples dimensiones del trabajo de las mujeres. Nuestros informantes estuvieron unánimes en decir que así era la vida de las migrantes. Varios comentaron que la intensidad del trabajo de las migrantes les dejaba poco tiempo libre para el descanso o para cuidar su salud. Asimismo, reconocieron que el ritmo intenso de trabajo, de mañana hasta la noche, era un factor estresante que podría desencadenar en otros problemas salud.

El sacrificio personal fue un tópico que surgió frecuentemente en nuestras entrevistas. Esto se mencionó en dos sentidos: primero, dentro del contexto cultural mexicano que prescribe que la mujer se sacrifique por su familia; y segundo, en el contexto de mujeres para quienes el amor maternal es primordial así que harían cualquier cosa por el bien de sus hijos. En este sentido, un tema relacionado fue de que las mujeres solían desatender sus propios problemas de salud de a favor de ocuparse de las necesidades familiares. Por ejemplo, los informantes comentaron que en momentos de sentirse mal, lo que menos harían las mujeres es meterse a la cama. Sencillamente no había tiempo. Tenían que ir a trabajar porque si no, corrían el riesgo de perder el trabajo. Además, ¿quien se ocuparía de los niños?

Las mujeres migrantes viven un sentimiento de desamparo. No conocen la ciudad, no saben moverse, no saben cómo obtener los recursos que necesitan, y, en el caso de las que viven en Los Ángeles, no saben el idioma.

Las que sufren menos este sentimiento son las que tienen redes sociales establecidas. Gran parte de mujeres que migraron a la colonia en Los Ángeles llegaron por medio de redes sociales bien establecidas, y la mayoría son oriundas de algunos pocos pueblos de tres estados mexicanos - Michoacán, Zacatecas y Jalisco. La migración a esta colonia ha sido por etapas, con cambios a través del tiempo y en los patrones regionales.

Muchas mujeres viven situaciones de mucha violencia doméstica caracterizada por violencia física, sexual, psicológica, y económica. Presencian también violencia contra sus hijos. En raros casos las mujeres atacan a sus parejas. Otro aspecto de la violencia es el aislamiento. Es frecuente que una pareja violenta no permite a su mujer salirse de su casa más que para su trabajo y mandar los obligatorios, reforzando el sentimiento de desamparo y aislamiento de las mujeres migrantes. En Los Ángeles, las migrantes tienen mucho temor a hablar de la violencia doméstica.

Tienen mucho temor a que sus parejas les abandonen y los dejen desamparadas sin dinero, o que alguien llame a la policía, corriendo el riesgo que las autoridades les quiten a sus hijos. Cuando lleguen a participar en unos de los programas comunitarios que les ayudan a hablar del tema, para las mujeres es como si fuera a “destapar el corcho” y después la tristeza y el dolor son incontenibles.

Las madres trabajadoras migrantes viven un dualismo cultural con respecto al tratamiento de los problemas de salud, tanto para ellas mismas como para sus familias. Acuden primero a los remedios caseros de bajo precio y fácilmente disponibles en los comercios locales. En Hermosillo esos remedios se obtienen en farmacias y mercados. En Los Ángeles se obtienen en cualquier supermercado de la colonia. La selección de los remedios se basa en conocimientos tradicionales y en los consejos de familiares y amistades. Cuando sea necesario, consultan a practicantes tradicionales. En Los Ángeles, estas son principalmente sobadoras que viven en la propia colonia. En Hermosillo son sobadoras, hueseros, así como el recurso de la acupuntura y homeopatía. Si los remedios caseros y los tratamientos tradicionales no resuelven completamente el problema o si el tipo de problema era de carácter urgente los informantes comentaron que en Los Ángeles las madres migrantes irían a mujer hospital o una de las clínicas de bajo costo en las ciudades adyacentes o una de las clínicas privadas en la colonia.⁵¹

En Los Ángeles las migrantes viven con temor constante. La gran mayoría de las mujeres son indocumentadas y temen que al estar agarradas en las redadas de los servicios migratorios nacionales, estarán separadas de sus hijos y expulsadas del país. Hoy en día existe también un creciente temor a perder el trabajo. Este temor prevalece entre mujeres y hombres por igual, aunque es cierto que las industrias que más han sufrido recortes de empleo son las industrias donde predomina el empleo masculino. En el caso de pérdida de empleo masculino, es probable que la carga de trabajo para las mujeres aumente, como ocurrió durante la crisis de los '80 en México.⁵²

Aunque se escucha hablar de la migración de retorno a México como una respuesta frente a la crisis, en la colonia donde hacemos nuestra investigación se oye poco de este fenómeno. Más bien se han dado casos de familias que se han ido a otros estados de los Estados Unidos donde los migrantes se imaginan que la vida es más barata o en las oportunidades de trabajo son mejores. Lo más probable es que estas migraciones están basadas en rumores y no en hechos.

Después de pintar un cuadro bastante negro de la vida cotidiana de las migrantes mexicanas, es oportuno concluir esta discusión de los hallazgos con uno positivo. En Los Ángeles varios informantes claves comentaron sobre los esfuerzos de las migrantes para informarse sobre mejores maneras de cuidar la salud de sus hijos. Asisten a clases sobre nutrición que se ofrecen en las escuelas de sus hijos y otros cursillos que se ofrecen en la colonia que se relacionan con temas de salud. Se presentan fielmente a la única clínica en la colonia que ofrece vacunas gratuitas para los hijos, y aunque el distrito escolar obliga a los niños estar al día con las vacunas, los informantes claves reportaron que las mamás cumplieron entusiastamente con esta obligación. Asimismo, participan activamente en la vida escolar de sus hijos, y a través de esa participación adquieren información secundaria sobre temas que les ayudan en su vida cotidiana.

Algunas reflexiones finales

En este trabajo hemos intentado contribuir a la discusión teórica de la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres mexicanas con el desarrollo de un marco conceptual innovador que aporta elementos nuevos a la conceptualización del trabajo femenino así como el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención. La identificación de nuevas dimensiones del trabajo femenino avanza nuestro entendimiento del papel social y económico de las mujeres y el vínculo entre estas dimensiones y el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención visto desde una perspectiva de género arroja luz sobre la importancia de cómo el género afecte este proceso.

⁵¹ No hay hospitales ni clínicas públicas en la colonia donde realizamos nuestra investigación. Las clínicas locales son privadas y la atención generalmente es de mala calidad.

⁵²Beneria y Feldman, 1992.

El énfasis del marco puesto los en cambios fundamentales pasados y actuales que han transformado la sociedad mexicana y en el concepto de *modos de vida* como un mecanismo para entender cómo estas transformaciones repercutan sobre la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres en su vida cotidiana añade riqueza a nuestro entendimiento de esta relación. La flexibilidad metodológica del marco también pone de manifiesto muchas posibilidades de aplicación. Por ejemplo, el marco se presta a estudios comparativos en contextos transfronterizos distintos; a la investigación de grupos sociales diferentes; y, como se está haciendo en el proyecto actual, a la consideración de destinos finales de migración entre países, e incluso dentro del mismo.

El segundo objetivo de este trabajo, la aplicación del marco al estudio empírico de la relación entre el trabajo y la salud de mujeres migrantes en las ciudades de Hermosillo, Sonora, México y Los Ángeles, California, Estados Unidos, todavía no se ha cumplido del todo. No obstante, tenemos buenas evidencias de su progreso, y tenemos además el tema apasionante, aunque preocupante, de cómo las familias migrantes se están adaptando a la crisis económica actual y como esta adaptación está afectando la salud de las mujeres.

Uno de los desafíos - y, debemos reconocerlo - uno de los placeres de la investigación es confrontar un reto inesperado que obliga a las investigadoras repensar la investigación en curso. En nuestro caso, la crisis por la cual atraviesa nuestros países y las poblaciones que estudiamos nos ha causado inquietud no sólo en términos teóricos sino porque nuestro estilo de investigación, nuestra convivencia con las mujeres en las colonias donde trabajamos nos quita el sueño y nos hace preguntarnos seriamente "¿qué van a hacer?" Frente a nuestras angustias personales, nos damos cuenta que quizá muchas de las mujeres en nuestro estudio están menos preocupadas que nosotras y que tienen una capacidad de resistencia y de lucha que han construido a través de toda una vida de privaciones y carencias.

Aunque sea prematuro en este momento concluir que nuestro marco es totalmente eficaz para captar la vida cotidiana de las mujeres migrantes en Hermosillo y Los Ángeles, y que hemos cumplido con nuestro objetivo de aprender más sobre la relación entre sus trabajos y el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención de las mujeres migrantes, sentimos que vamos en buen camino. La información recopilada de los informantes claves nos ha dado una buena base para sentir eso. Nuestros contactos en las colonias han sido muy positivos, tanto con los informantes claves así como con las mujeres con quienes ya empezamos a establecer relaciones. Pareciera como que tienen deseos de contarnos su historia. Tienen deseos de contribuir a mejorar sus colonias. No sabemos todavía hasta qué punto las familias que viven en las colonias donde trabajamos hayan sido directamente afectadas por la crisis. Desafortunadamente, tememos que nos vamos a enterar muy pronto.

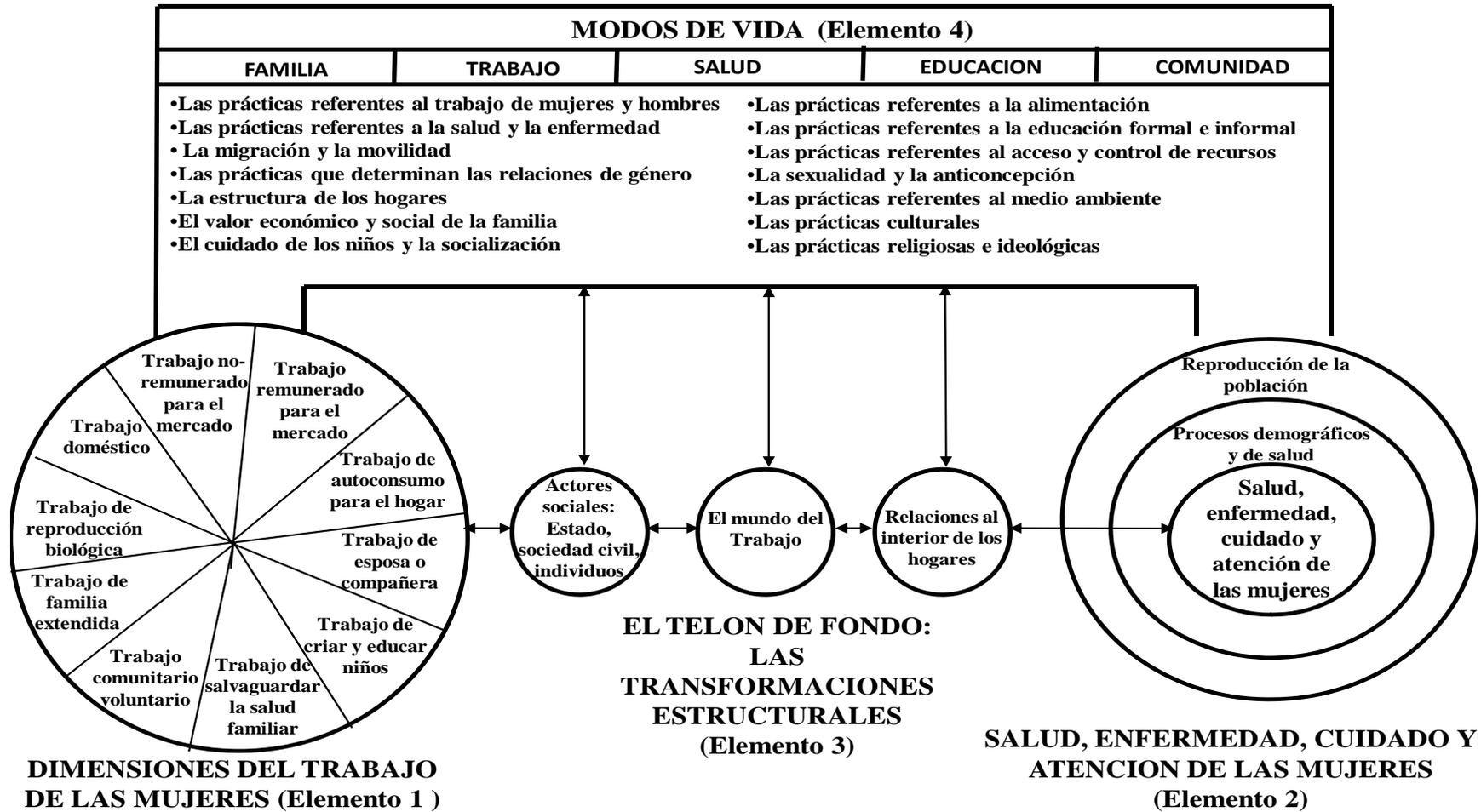
Es también prematuro hacer recomendaciones sobre las políticas públicas que podrían ser útiles para las poblaciones que estudiamos. Una pregunta pertinente a esta discusión es ¿en qué medida las respuestas implementadas en México frente a las crisis del pasado se volverán a adoptar en este momento? El gobierno conservador del presidente mexicano Felipe Calderón favorece la política neoliberal y es probable que siga con políticas sociales similares a las mencionadas arriba.

Las respuestas a la crisis en Estados Unidos seguramente serán de otra índole. El gobierno del presidente Barack Obama privilegia la intervención activa del estado en la recuperación económica. Aunque indudablemente habrá reformas en las políticas de salud, educación, bienestar y en el sistema de seguro social, así como recortes en los programas sociales debido a la crisis, es probable que estas reformas no tomaran las mismas características de las reformas mexicanas de las décadas pasadas.

Lo que está claro es que la política migratoria de Estados Unidos tiene que tomar en cuenta el hecho de que muchas familias migrantes llevan años en el país viviendo la vida de ciudadanos sin serlo, criando sus hijos, trabajando, y ahora corriendo la suerte de perder todo en un país que no les ha acogido nunca. Frente a recortes presupuestales en los servicios sociales, esta población, que si en el pasado no tenía nada, ahora está más desamparada que nunca. Y ahora, por tratarse de una población adulta ya no tan joven como antes, puede encontrarse en situaciones más necesitadas de

servicios de salud de calidad y de bajo costo. Los riesgos de no atender problemas crónicos serios o de acudir a servicios de mala calidad que desencadenan problemas de salud urgentes son muy altos. Esta situación se presenta como ad hoc para la formulación de una política migratoria más humana que toma en cuenta la situación crítica de la población migrante en el país.

EL TRABAJO Y LA SALUD DE LAS MUJERES: UN MARCO CONCEPTUAL



Bibliografía

- Anderson, R.M., *et al.*, 2002. "Access to Medical Care for Low-Income Persons: How do Communities Make a Difference?" *Medical Care Research and Review*. 4 (diciembre). 384-411. Disponible en línea: <http://ft.csa.com/ids70/resolver.php?sessid=ca1u0ei4h95fuhl5fkabnf5lh2&server=www-mdl.csa.com&check=1e828499eb82cd1dfa96de9e85fd66f3&db=sagenurs-set-c&an=10.1177%2F107755802237808&mode=pdf&f1=1077-5587%2C59%2C4%2C384%2C2002>
- Appay, B. y A. Thébaud-Mony. 1997. *Précarisation Sociale, Travail et Santé*. Paris : Institut de Recherche sur les Sociétés Contemporaines.
- Ariza, M. y O. de Oliveira. 2002. "Cambios y continuidades en el trabajo, la familia y la condición de las mujeres," en E. Urrutia (ed). *Estudio sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. 43-86.
- Avilés, L.A. y A. Jiménez Cruz. 2003. "Frontera, Migración y Muerte: El SIDA y Operación Guardián." *El Bordo: Retos de la Frontera*. 2:3. 27-58.
- Balcázar, H; C.A. Denman, y F. Lara. 1995. "Factors associated with work-related accidents and sickness among *maquiladora* workers; the case of Nogales, Sonora, Mexico." *International Journal of Health Services*. 25:3. 489-502.
- Barbieri, M. T. de. 1984. *Mujeres y vida cotidiana*. México:SEP. 80. Fondo de Cultura Económica.
- Benería, L. 2001, *Changing Employment Patterns and the Informalisation of Jobs: General Trends and Gender Dimensions*. Geneva: International Labour Office.
- Benería, L. 1992. "Accounting for women's work" Assessing the progress of two decades." *World Development*. 20:11 (noviembre).
- Benería, L. y S. Feldman (eds). 1992. *Unequal burden: economic crises, persistent poverty and women's work*. Boulder: Westview Press.
- Benería, L. y M. Roldán. 1987. *The Crossroads of Class and Gender: Industrial Homework, Subcontracting and Household Dynamics en Mexico City*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bertaux, D. 1983. "Vie Quotidienne ou Modes de Vie?" *Revue Suisse de Sociologie*.1. 67-84.
- Bertaux, D. 2006. Comunicación personal.
- Bertaux, D., *et al.*, (eds). 2002. *BETWIXT – Between Integration and Exclusion: A Comparative Study en Local Dynamics of Precarity and Resistance to Exclusion en Urban Contexts*. Final Report of a Study Sponsored by the European Union. Disponible en línea:
- Boyd, M. y E. Griego. 2003. "Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory." *Migration Information Source*. Washington: Migration Policy Institute (marzo). Disponible en línea: <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=106>
- Brown, E. R., *et al.* 2005. *The State of Health Insurance en California: findings from the 2003 California Health Interview Survey*. Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research (agosto). Disponible en línea: http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/files/SHIC03_RT_081505.pdf
- Carballo, M. y M. Mboup. 2005. *International Migration and Health*. Trabajo presentado en la reunion del Policy Analysis and Research Program of the Global Commission on International Migration. Disponible en línea: <http://www.gcim.org/attachements/TP13.pdf>
- Castañeda, X. y P. Zavella. 2006. "La migración y el cuerpo: mujeres mexicanas que trabajan en el agro de California." *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*. C. A Denman, J. Monk y N. Ojeda de la Peña (eds.) Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora. 77-96.

- Cedillo, L., *et al.* 1997. "Establishing Priorities for Occupational Health Research among Women Working in the Maquiladora Industry." *International Journal of Occupational Health*. 2:3. 221-230.
- Cerrutti, M. (2000): 'Intermittent Employment among Married Women: A Comparative Study of Buenos Aires and Mexico City'. *Journal of Comparative Family Studies*, 31:1, 19-43.
- Chant, S. (2003). *Gender in Latin America*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University.
- Charmes, J. 2000. 'Informal Sector, Poverty and Gender: a review of Empirical Evidence,' *Background paper, World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: UN Statistics Division.
- Cruz, A.C. *et al.* 2003. "Trabajo remunerado, trabajo domestico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones." *Cadernos de Saúde Pública*. 19:4 (julio-agosto). 1129-1138.
- Curran, S. R. y E. Rivero-Fuentes. 2003. "Engendering Migrant Networks: the case of Mexican Migration." *Demography* 40: 2 (mayo). 289-307. Disponible en línea: <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3180802.pdf>
- Denman Champion, K. A. 2001. *Prácticas de Atención al Embarazo de Madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México*. Tesis doctoral en ciencias sociales. El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- Denman, C. A., *et al.*, 2003. "Work and Health in Export Industries at National Borders." J. Heymann (ed). *Global Inequalities at Work: work's impact on the health of individuals, families and societies*. Nueva York y Londres: Oxford University Press. 247-277.
- Díaz Berr, X. y Medel Riquelme, J. 2002. "Salud, género y trabajo: una relación difícil." 6. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Donato, K. y S. Kanaiupuni. 2000. "Poverty, Demographic Change and the Migration of Mexican Women to the United States." B. García y K. Mason (eds). *Women, Poverty and Demographic Change*. Londres: Oxford University Press. 217-242.
- Feliciano, C. 2005. "Educational Selectivity in U.S. Immigration: How Do Immigrants Compare with Those Left Behind?," *Demography*. 42:1 (febrero). 131-152.
- García, B. (2003), "Reestructuración económica, trabajo y autonomía femenina en México" 87-120 en E. Urrutia (coord). *Estudio sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México: El Colegio de México, PIEM.
- García, B. y O. Oliveira. 1992. "Female Work & Economic Changes in Mexico, 1976-1987." 1992. Capítulo 2 en Selby y Browning (eds.) *The Sociodemographic Effects of the Crisis in Mexico*. Austin: University of Texas Press.
- García, B. y O. de Oliveira. 1994. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. Mexico: El Colegio de México.
- González de la Rocha, M. 1991. "Family well-being, food consumption and survival strategies during Mexico's economic crisis," en M. González de la Rocha y A. Escobar (eds). *Social Responses to Mexico's Economic Crisis of the 1980s*. San Diego, California: Center for US-Mexican Studies. UC-San Diego. 115-127.
- González de la Rocha, M. 1993. "Bienestar familiar, consumo alimentario y acceso a los servicios durante la crisis. F. J. Mercado y otros (eds). *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*. México: Universidad de Guadalajara; Instituto de Investigación en Salud Pública; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; El Colegio de Sonora. 279-293.
- González de la Rocha, M. 1994. *The Resources of Poverty: Women and Survival in a Mexican City*. Oxford: Blackwell.
- González de la Rocha, M. (coord). 2006. *Procesos Domésticos y Vulnerabilidad: Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*. México: CIESAS, La Casa Chata.

- Grammont, Hubert C. de, *et al.* 2004. "Migración rural temporal y configuraciones familiares (los casos de Sinaloa, México; Napa y Sonoma, EE.UU.)" págs. 357-386 en M. Ariza y O. de Oliveira (coords.) *Imágenes de la Familia en el Cambio de Siglo*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gómez Gómez, E.(ed). 1993. *Gender, Women and Health en the Americas*. Washington: Pan American Health Organization, World Health Organization.
- Grown, C., *et al.*, eds. 2006. *Trading Women's Health and Rights? Trade Liberalization and Reproductive Health en Developing Economies*. Londres: Zed Books.
- Hilfingier Messias, D. K., *et al.* 1997. "Defining and Redefining Work: Implications for Women's Health." *Gender and Society*. 11:3 (junio). 296-323.
- Hondagneu-Sotelo, P. 1994. *Gendered Transitions: Mexican Experiences of Immigration*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Kanaiaupuni, S. M. 2000. "Reframing the Migration Question: An Analysis of Men, Women and Gender en Mexico." *Social Forces*. 78:4. 1311-1348 (junio).
- Langer, A.2003, 'Salud sexual y reproductiva: dónde estamos a casi una década después de El Cairo,' págs. 25-34.in M. Bronfman, y C. Denman, C.(eds), /Salud Reproductiva: temas y debates/ Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lara, M. A. 1998. "Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas." .G. Figueroa (ed) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México. 131-160.
- Kochhar, R. 2009. *Unemployment Rises Sharply among Latino Immigrants en 2008*, Washington, DC: Pew Hispanic Center (febrero 12). Disponible en línea:
- Kyser, J. *et al.* 2008. *2008-2009 Economic Forecast en Industry Outlook for California and Southern California Including the National and International Setting*. Los Ángeles: Los Angeles County Economic Development Corporation, The Kyser Center for Economic Research (febrero).
- Leonhardt, D. 2009. "Casualties of the Recession." *The New York Times*. B1, B4.
- Light, I. H. 2006. *Deflecting immigration: networks, markets and regulation en Los Angeles*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Livingston, G. 2006. "Gender, Job Searching and Employment Outcomes among Mexican Immigrants." *Population Research and Policy Review*. 25. 43-66.
- Lock, M. y N. Scheper-Hughes. 1996. "A Critical-Interpretive Approach en Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent" en C. F. Sargent y T. M. Johnson, *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Ed. Rev. Westport, Connecticut. 41-70.
- López, M.; Livingston, G; Kochhar, R. 2009. *Hispanics and the Economic Downturn: Housing Woes and Remittance Cuts*. . Washington: Pew Hispanic Center (enero). Disponible en línea: <http://pewhispanic.org/reports/report.php?ReportID=100>
- McKay, L. *et al.*, 2003. *Migration and Health: A Review of the International Literature*. MRC Social and Public Health Sciences Unit. Occasional Paper No. 12. Medical Research Council, University of Glasgow (enero).
- Meillassoux, C. 1981. *Maidens, Meal and Money*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Menéndez, E. L. 1993. "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención: Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica." F. J. Mercado y otros (eds). *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*. Mexico: Universidad de Guadalajara; Instituto de Investigación en Salud Publica; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; El Colegio de Sonora. 130-162.
- Menéndez, M. *et al.* 2007. "Is precarious employment more damaging to women's health than men's?" *Social Science and Medicine*. 64. 776-781.
- Menjívar, C. (ed.). 2003. . Ontario, Canadá: De Sitter Publications.
- Mummert, G. 1993. "Familias frente a los mercados de trabajo: una relación recíproca." F. J. Mercado y otros (eds). *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*.

- Mexico: Universidad de Guadalajara; Instituto de Investigación en Salud Pública; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; El Colegio de Sonora. 220-228.
- Oliveira, O. y M. Ariza (2000), 'Género, trabajo y exclusión social en México,' *Estudios Demográficos y Urbanos*. 15: 11-33.
- Oliveira, O. de, M. Pepin Lehalleur y V.Salles. 1989. *Grupos Domésticos y Reproducción Cotidiana*. México: el Colegio de México.
- Palloni, A. y Arias, E. 2004. "Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage," *Demography*. 41:3 (agosto). 285-416.
- Parker, S. y E. Pacheco Gómez, 1999. 'Labor Market Entries, Exits and Unemployment: Longitudinal Evidence from Urban Mexico, 323-342 en K. Hill, *et al* (coord), 'Las consecuencias de las transiciones demográficas en América Latina', /Memoria del Seminario Internacional/ México: El Colegio de México, CEDDU.
- Ravelo Blancas, P. 1995. "Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud en el trabajo femenino." en Sara Elena Pérez-Gil Romo, *et al. Género y Salud Femenina*. México: CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto de Nutrición "Salvador Zubirán". 217-241.
- Robles, L. 2003. "Doble o triple jornada: el cuidado de enfermos crónicos." en P. Arias, *et al.* (eds). *Estudios del hombre*. 19. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara. 75-101.
- Rubin-Kurtzman, J. R. y Denman, C. A. 2007. "Género, Salud y Ambiente en América Latina: una propuesta de análisis y su pertinencia para la red." en Guzmán, Isabel y Sanín, Luz Helena (eds.) *Género, Salud y Ambiente*. Chihuahua, México: Universidad Autónoma de Chihuahua.
- Rubin-Kurtzman, J. R. *et al.* 2006. "Cambios en el mundo del trabajo y la salud de las mujeres: una revisión desde América Latina." *Avances de Investigación*, El Colegio de Sonora (enero) y *Online Working Paper Series*. CCPR-064-06. California Center for Population Research, UCLA (diciembre).
- Rubin-Kurtzman J. R. *et al.* 1996. "Population en Trans-Border Regions: The Southern California-Baja California Urban System," *International Migration Review*. 30: 4 (Winter). 1020-1045.
- Rubin-Kurtzman, J. y M. Bronfman. 1999, "Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales en Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH." en B. Figueroa (ed.) *México Diverso y Desigual: Enfoques Sociodemográficos*. V Reunión de Investigación sociodemográfica en México. 4. 1ª parte. Sexualidad y Salud Reproductiva. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Sociedad Mexicana de Demografía. 39-56.
- Scarone, M. 2009. *Envejecimiento, trabajo y salud. Experiencia de envejecimiento en trabajadoras y trabajadores de la industria maquiladora de Nogales*, El Colegio de Sonora, Doctorado en Ciencias Sociales, Área de Epidemiología Sociocultural, 2009.
- Shin, M. E., *et al.* 2006. "Social Capital, Neighborhood Perceptions and Self-Rated Health: Evidence from the Los Angeles Family and Neighborhood Survey (LAFANS)." *Online Working Paper*. CCPR-039-06. Los Ángeles: UCLA California Center for Population Research (octubre).
- Singer, A. 2004. "The Rise of New Immigrant Gateways," *The Living Census Series*. Washington: The Brookings Institution. Disponible en línea: http://www.brookings.edu/reports/2004/02demographics_singer.aspx
- Szasz, I. 1999. "Género y Salud: Propuestas para el análisis de una relación compleja." en M. N. Bronfman y R. Castro (eds). *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud; Edamex. 109-122.
- Wallace, S. P., *et al.* 2003. "Mexican Immigrants are Generally Healthier, but Have Less Access to Needed Health Care." *Health Policy Fact Sheet*: Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research (octubre).

Wallace, S. P., *et al.* 2005. "Health Service Disparities among Mexican Immigrants". *Health Policy Fact Sheet*. Los Angeles y Berkeley: UCLA Center for Health Policy Research; California-Mexico Health Initiative/California Policy Research Center University of California/Office of the President. (octubre).

Willon, P. 2009. "LA budget gap could hit \$1 billion." *Los Angeles Times*".págs. B1, B7.

Wyn, R. 2006. "Women's Health Insurance Coverage en California." *Health Policy Research Brief*. noviembre. Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research. Disponible en línea: http://repositories.cdlib.org/ucla_healthpolicy/20/

Wyn, Roberta y Victoria D. Ojeda. 2003. *Women's Health Issues en California: Findings from the 2001 California Health Interview Survey*. UCLA Center for Health Policy Research. Disponible en línea: http://repositories.cdlib.org/ucla_healthpolicy/75/