
Movimientos poblacionales y salud. Modelo de clasificación

Sergio López Moreno, Alejandra Moreno Altamirano***

Resumen

En este trabajo se propone un modelo de clasificación de los movimientos poblacionales en relación con la salud y se discute su capacidad potencial para dar cuenta de las principales relaciones establecidas, en términos generales, entre ambos procesos. En el primer apartado se señalan algunos hechos históricos que dan cuenta del carácter permanente y de la naturaleza compleja de la relación entre migración y salud. En la segunda parte se señalan diversas experiencias contemporáneas que muestran el impacto directo de la migración sobre ciertas condiciones de salud y, finalmente, se presenta y describe con detalle el modelo de clasificación elaborado.

Como un elemento adicional, resultado de la discusión presentada a lo largo del trabajo, se propone abandonar el concepto de migración y sustituirlo por el de movimiento poblacional, debido a su mayor capacidad explicativa y a que, de hecho, este concepto explica y abarca empíricamente al primero.

Palabras clave: salud, enfermedad, movimiento poblacional, migración, modelo teórico.

Abstract

In this work a model of classification of the population movements in relation to the health is proposed. Too is discussed its potential capacity to give account of the main established relations between both processes. The first section exposes some historical facts that illustrate how the migration has a permanent impact in the population's health, throughout a complex relationship. In the second part diverse contemporary experiences that are indicated how the direct hit of the migration on certain conditions of health is. Finally, the elaborated model of classification is explicated with detail. As an additional element, the authors sets out to leave the migration concept and to replace it by the population movement, due to its greater explanatory capacity and to that, in fact, this former concept explains and includes empirically to first.

Key words: health, disease, population movements, migration, theoretical model.

Fecha de recepción: 21 de noviembre de 2005

Fecha de aceptación: 16 de diciembre de 2005

* Profesor Titular en la UAM-Xochimilco y profesor de posgrado en la Facultad de Medicina de la UNAM.

** Profesora Asociada en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Introducción

Aunque el estudio de la relación entre los movimientos poblacionales y las condiciones de salud-enfermedad es un tema antiguo, tanto entre las ciencias de la salud como en las ciencias sociales, todavía se debate cuál es la manera más adecuada de aprehender—desde el punto de vista conceptual— los dos elementos del proceso. Suponiendo que esto sea posible, se discute qué modelo unificado posee la suficiente potencia y vigencia explicativa para subsumir al resto de modelos (Viniegra, 1988). Otras posturas, más pragmáticas, proponen un análisis individual de ambos componentes (cada uno bajo su propio marco teórico) para, posteriormente, llevar a cabo un análisis unificado. En parte, esta situación se explica por la existencia de un numeroso grupo de teorías explicativas, tanto del origen de los movimientos poblacionales—campo propio de la demografía, la ecología, la sociología y la antropología— como de los determinantes del proceso salud-enfermedad—terreno habitualmente ocupado de manera privilegiada por las llamadas *disciplinas de la salud*— y muy en particular desde la perspectiva planteada por la biología. Lo que parece claro es que las dificultades para abordar unificadamente este proceso dependen, en gran medida, de la dificultad conceptual que, de suyo, posee el abordaje de estos dos componentes fundamentales.

Al interior del primer componente (el movimiento demográfico), el principal problema deriva de la dificultad para incluir, en una sola categoría explicativa, procesos de naturaleza tan diversa como los movimientos poblacionales forzados (que tienen su origen en la búsqueda de fuentes de trabajo, son provocados por la guerra y los desastres, o resultan de reajustes de las fronteras políticas, por ejemplo) junto con los que podrían denominarse voluntarios (como es el caso de los flujos turísticos, comerciales, educativos y transfronterizos temporales). En el caso del segundo componente (el proceso salud-enfermedad), el debate que existe entre las posturas biologicista y social sobre la determinación de la salud, enmarca la dificultad para conciliar puntos de vista naturalmente antagónicos. Queda claro que cualquier aproximación al problema de la relación entre los movimientos poblacionales y la salud debe abordar, por lo menos de manera general, ambas discusiones.

En el presente documento se expone, *grosso modo*, el estado en el que se encuentra el debate sobre movimientos poblacionales y salud (MPS), haciendo énfasis en las similitudes y diferencias de los principales modelos teóricos. Enseguida se presenta una propuesta que—siguiendo un modelo basado en los atributos fundamentales de los dos

componentes del proceso MPS— puede permitir una clasificación inicial. A lo largo del texto se aportan, además, algunos datos que sirven para apoyar la idea de que los movimientos poblacionales han mudado las características que tenían hace varias décadas, y que este fenómeno, siendo ya un problema de magnitud mundial, se verá incrementado a lo largo del presente siglo. Finalmente, se señalan algunas de las consecuencias previsibles que este hecho puede tener sobre la salud mundial.

En este documento se propone un modelo conceptual extremadamente simple, pero capaz de funcionar como instrumento heurístico durante la explicación de la complicada naturaleza del fenómeno MPS. Para ello se han explorado las diferentes clasificaciones de los movimientos poblacionales y las relaciones que aparentemente existen entre cada tipo de movimiento y las condiciones de salud que concurren con él. Es posible que este modelo permita abordar en forma sistemática la manera en que cada tipo de movimiento, directa o indirectamente, influye o es influido por las condiciones de salud poblacional, pero no creemos que pueda sustituir a los modelos teóricos propios de cada disciplina particular, cuyas posibilidades explicativas se aprecian mucho más amplias. Los autores están conscientes de que este trabajo es exploratorio, pero permite fortalecer el debate en torno al tema. Esta también es la razón por la cual en el texto no se hacen recomendaciones específicas.

Aspectos históricos de la relación MPS

Guerras, éxodos y conquistas

Los intentos para explicar el modo de aparición y propagación de las enfermedades es tan antiguo como el hombre, y prácticamente todos los textos históricos antiguos dan cuenta de la importancia que tiene el movimiento de las poblaciones en la definición de la forma de enfermar y de morir de sus miembros. En una de las primeras descripciones de este fenómeno, Homero relata en la *Iliada* la epidemia de peste sufrida por los ejércitos Aquellos durante el sitio de Troya, ocurrida 1400 años a.C. Probablemente Hipócrates fue el primer médico que relacionó la propagación de las enfermedades siguiendo el movimiento de la población, como señala en su texto *Epidemias*, escrito en el siglo V antes de nuestra era (Lain Entralgo, 1982).

Durante los siguientes veinte siglos, tanto la Iglesia como el Estado realizaron múltiples acciones de control, a fin de mantener lejos del cuerpo social las enfermedades epidémicas, quienes viajaban con los ejércitos y el comercio. Sin duda, a este afán de auto-conservación se debe la

aparición temprana de prácticas sanitarias que basaban su fuerza en los resultados empíricos obtenidos. De hecho, desde hace por lo menos veinte siglos se practican el aislamiento y la cuarentena, a pesar de que los conceptos de transmisión y contagio sean conceptos científicos de no más de siglo y medio de antigüedad. En la mayor parte de los casos puede apreciarse un concepto primitivo de transmisión, relacionado con los "miasmas" que emanaban del enfermo o los objetos que lo rodeaban. La epidemia romana de peste del año 135 fue atribuida, por ejemplo, al sople pestilente que surgió de un cofre de oro robado por un soldado en Seleucia. En 660, el califa Omar se abstuvo de invadir los lugares afectados por la peste a fin de evitar la enfermedad entre sus ejércitos. Esto indica que la noción de contagio, así sea primitivamente, no escapaba a algunos observadores. No obstante, durante toda la edad media, en Occidente persistió la noción hipocrática de *constituciones médicas*, según la cual las causas de las epidemias debían buscarse en las variaciones súbitas del clima y las condiciones estacionales del tiempo.

Durante el siglo XIV las acciones de aislamiento y cuarentena se generalizaron en la mayor parte de Europa y se incorporaron a la esfera propiamente médica, al pasar de las manos de los administradores urbanos a este gremio. En 1546, Fracastoro escribió que la peste podía transmitirse por medio de "gérmenes" que conservaban su vitalidad durante varios años, y con ello inició la escuela contagionista que tuvo su auge durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. El surgimiento de la clínica, la anatomía patológica y la fisiopatología durante los siglos XVIII y XIX, terminaron por enterrar definitivamente las concepciones que caracterizaron a la epidemiología antigua.

Las relaciones entre los movimientos demográficos y las condiciones de salud son siempre de dos vías: el movimiento provoca alteraciones en el estado de salud colectivo y estas condiciones, a su vez, son causa de un importante movimiento de la población: durante los siglos VII y VIII, por ejemplo, la conquista del mundo occidental emprendida por los árabes, produjo ajustes tanto en la forma de enfermar, como en las costumbres sanitarias de las regiones ocupadas y las poblaciones ocupantes. Existen referencias históricas—como el papiro de *Ebers*— que indican que la lepra, probablemente originaria de Egipto, fue introducida a Palestina durante el Éxodo judío; del Medio Oriente pasó a Grecia, ingresando a Europa alrededor del año 350 a.C. El ejército de Pompeyo la llevó a Roma, al arribar sus ejércitos a la ciudad en el año 62 a.C. Los resultados de esta diseminación pueden apreciarse al observar que en el año

1200 ya había, solamente en Francia, más de 2000 leproarios y que alrededor de 1313 estos establecimientos de segregación sumaban cerca de 20 mil en todo Europa, por lo que seguramente existían millones de enfermos. El problema llegó a ser tan grave, que Felipe el Hermoso propuso terminar con el problema quemando vivos a todos los leprosos, aunque la Iglesia prohibió esta primera "solución" definitiva" (Pérez Tamayo, 1985). Entre las grandes dispersiones epidémicas, también destaca la diseminación del cólera al Oriente Medio y Europa desde la India, zona que desde hace milenios es endémica del padecimiento. En este caso, la enfermedad se propagó siguiendo las rutas de los peregrinos musulmanes que viajaban a la Meca, quienes, portando el bacilo colérico, la diseminaron a sus respectivas patrias. La contaminación prosperó lentamente en una Europa que gradualmente se urbanizaba y fue transportada siglos más tarde a América por los colonos invasores.

Durante toda la Edad Media la emigración de los campesinos hacia los florecientes centros urbanos y la generalización de las grandes rutas de comercio produjeron otras graves pandemias. La peste bubónica o *peste negra*, por ejemplo, se propagó desde el siglo XII como consecuencia del incremento de los contactos comerciales entre Europa, Medio Oriente y Asia. Con justicia se ha dicho que ninguna peste, ni antes ni después de ella, se acercó tanto a la posibilidad del exterminio humano. Basta citar algunas cifras para tener una idea del fenómeno: entre 1340 y 1350 murieron en China 13 millones de personas. En la ciudad de El Cairo se llegaron a contar 15 mil muertos por día. En Gaza 22 mil personas murieron en seis semanas y Chipre perdió la totalidad de sus habitantes. Europa casi fue devastada por la peste negra en 1348. En un mes, Florencia perdió 60 mil personas, Venecia 100 mil, Marsella 16 mil, Sienna 70 mil, París 50 mil, Saint-Denis 14 mil y Estrasburgo 9 mil. En Francia, de cada diez pobladores sólo sobrevivió uno. En Avignon, ciudad que registró 60 mil muertos, el Papa consagró el río Ródano a fin de que albergara a los cadáveres que ya no cabían en los cementerios. En Inglaterra, la peste terminó con la mitad de la población, y sólo en Londres murieron 100 mil personas. Cuando el Papa Clemente VI pidió hacer cálculos para conocer la cifra de muertos, llegó a afirmarse que la mitad de la población del mundo conocido había muerto; la cifra que finalmente aceptó el pontífice fue de 43 millones de muertos, aunque ahora se sabe que por lo menos murieron 60 millones de personas. Esta embestida fue sólo el inicio: la peste siguió cobrando víctimas en forma periódica durante los siguientes cuatrocientos años (Hanlon, 1963). En el año 1348, mismo en que inició esta pandemia, el gobierno de

Venecia prohibió el ingreso a su puerto de todo buque infectado o sospechoso de estarlo. Veintinueve años después, en 1377, las autoridades de Ragusa ordenaron a los viajeros, procedentes de los territorios afectados, detenerse fuera del puerto por dos meses antes de autorizar su entrada, siempre y cuando no mostraran enfermedad. Seis años más tarde Marsella dictó la primera ley de *cuarentena*, llamada así por el lapso de segregación que se ordenaba al viajero. Estas disposiciones constituyen las primeras cuarentenas registradas en la historia.

En fechas más recientes, algunos casos permiten destacar la importancia que ha tenido la migración en la aparición de enfermedades. En el Nuevo Mundo, como ya comentamos, la llegada de los conquistadores fue seguida de importantes cambios en el volumen y las causas de muerte de los pobladores locales. El descubrimiento y conquista de América por los europeos, además de acarrear la diseminación de la sífilis por toda Europa, provocó el surgimiento de la mayor epidemia experimentada nunca antes por los pueblos mesoamericanos. La viruela, introducida en América por un sirviente de Narváez (unido a las fuerzas de Cortés en 1520), se diseminó rápidamente como consecuencia de la total susceptibilidad de la población indígena, la que se vio diezmada en los siguientes años, independientemente de si los invasores iban en son de guerra o de paz (Woodward, 1932; Semo, 1983). Como se sabe, el padecimiento continuó por varios siglos haciendo estragos entre los habitantes de América.

La epidemia de viruela no fue la única que surgió como consecuencia de la conquista: a lo largo del siguiente siglo una veintena de grandes epidemias azotaron las nuevas ciudades americanas, afectando gravemente a la población local que pasó de unos 100 millones de habitantes alrededor de 1521 a 3 millones en 1568, y a 1.5 millones en 1620. Esto significa que bastaron menos de 50 años para reducir a la población a su treintava parte y luego otros 50 años para reducir este número a la mitad. Más tarde, a partir de 1830, el cólera hizo repetidas incursiones en América, extendiéndose por las rutas fluviales y llegando hasta California en 1849 junto con los buscadores de oro. La mayoría de las poblaciones urbanas del nuevo continente fueron afectadas en algún momento durante el siguiente siglo, llegando a perder, en ocasiones, hasta la mitad de sus pobladores.

La importancia sanitaria que tiene la llegada de un nuevo padecimiento a poblaciones susceptibles, ha sido documentada ampliamente. Se sabe, por ejemplo, que en 1903 la tribu Cayapú —compuesta entonces por 6 mil habitantes— comenzó a enfermar luego de aceptar un

misionero; para 1918 la tribu contaba con 500 miembros, en 1927 solamente 27 estaban vivos y en 1950 apenas quedaban dos. Un caso similar ocurrió con la llegada del capitán Cook a la Polinesia, que en 1778 contaba con 300 mil isleños y para 1860 tenía ya sólo 37 mil; es decir, que la población se redujo 90% en ochenta años (Ortiz Quesada, 1985). En estos y otros muchos casos parecidos, los desastres sanitarios ocurrieron cuando a las condiciones de susceptibilidad biológica se agregaron la pobreza, la marginación o el sojuzgamiento. Muchos historiadores afirman —cada vez con más pruebas— que la diseminación de enfermedades nuevas entre los vencidos explica mejor la victoria de los invasores que la misma conquista militar. Lo contrario también es cierto: un ejemplo de ello es el fracaso francés por construir un canal en Panamá, empresa que fue suspendida definitivamente ante la imposibilidad de contrarrestar los terribles efectos de la fiebre amarilla entre el personal francés. Los ingenieros norteamericanos finalmente construyeron un canal en ese país, pero únicamente después de que sus médicos identificaron el vector responsable de diseminar el agente de la fiebre amarilla, llevaron a cabo medidas capaces de romper el ciclo de transmisión y, en consecuencia, eliminaron en la región la forma epidémica del padecimiento. Los enormes efectos económicos y geopolíticos que tuvo el control de esta enfermedad siguen apreciándose en toda la región centroamericana.

En nuestra época, el reciente resurgimiento de la difteria en Europa, constituye también un buen ejemplo de la forma en que se combinan los efectos de los acontecimientos sociales con las condiciones biológicas de la población. Esta enfermedad —a punto de ser erradicada de los países industrializados al finalizar 1980— se ha visto incrementada en Europa Oriental desde el inicio de la década actual. El proceso epidémico —que comenzó en Ucrania en 1983— actualmente ha afectado, primero lentamente y luego en forma violenta, a Azerbaiyán, Kazajistán, Tayikistán, Uzbequistán, Estonia, Finlandia, Polonia y Turquía, por lo menos. Un dato relevante es que el padecimiento, contrariamente a lo observado en el resto del mundo, es mucho más frecuente entre los preescolares y los adultos de 30 a 50 años, y ha incrementado su letalidad. El análisis epidemiológico de la enfermedad ha demostrado que la diseminación fue provocada, inicialmente, por el desplazamiento de las fuerzas armadas hacia las zonas afectadas, pero que la movilización de civiles por efecto de la guerra tuvo un papel relevante. Varios factores facilitaron la propagación de la difteria en la zona señalada, pero destacan la disminución de la cobertura de inmunización entre los menores —en quienes se consideró innecesaria la vacunación, frente a la virtual eliminación de la enfermedad—

y la susceptibilidad creciente de la población adulta, no expuesta al contacto con el bacilo diftérico en las tres últimas décadas. A juzgar por la velocidad de propagación del problema, se estima que éste se extenderá a todo el continente europeo en los siguientes años.

El surgimiento de enfermedades infecciosas no es la única consecuencia provocada por los desplazamientos poblacionales que derivan de la guerra. De hecho, es probable que el hambre sea un efecto más grave, considerando que afecta especialmente a los niños y que en ese caso sus efectos perduran por toda la vida. Los ejemplos no se limitan a las grandes guerras sino incluso a las más acotadas, en especial cuando producen un volumen importante de refugiados y desplazados.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera que un *refugiado* es una persona que ha escapado a la persecución religiosa, política o étnica en su propio país para buscar seguridad en un Estado vecino; *desplazado*, en cambio, es aquel que igualmente ha tenido que emigrar de manera forzada de su lugar de residencia habitual, pero dentro del territorio de su país. La ONU estimó en cerca de 20 millones el número de refugiados y desplazados a escala mundial (ONU, 2005). A pesar de su magnitud, esta cifra es la más baja en el último cuarto de siglo.

Tanto el desplazamiento como el refugio se han convertido en una preocupación permanente para la salud colectiva debido a su impacto en las condiciones físicas y mentales de las poblaciones afectadas. Estos movimientos poblacionales desencadenan un deterioro de la calidad de vida de las personas involucradas que tienen que enfrentarse bruscamente a la carencia de servicios públicos, el desempleo, el hacinamiento y una serie de condiciones que provocan un incremento de sus enfermedades y, consecuentemente, sus necesidades de atención médica (OPS, 2005).

Desastres

Los movimientos demográficos que los desastres naturales o sociales provocan son causa de graves daños a la salud de las poblaciones (Zeballos, 1993) debido, en primer lugar, a que en sí mismos resultan altamente mortíferos. Sólo en América, en los últimos 30 años, el número de muertes registradas como consecuencia de los principales desastres naturales arroja el siguiente resultado: el terremoto de Perú de 1970 causó 67 mil muertos; el de Nicaragua de 1972, otros 10 mil; el de Guatemala de 1976, alrededor de 23 mil; el de la Ciudad de México de 1985, unos 10 mil; la erupción de 1985 del "Nevado del Ruiz" en Colombia, más de 20 mil.

En otros lugares del mundo la situación parece más grave: la marea oceánica que sufrió Bangladesh en 1993 causó la muerte de 140 mil personas, mientras que el *Tsunami* de 2004 ocurrido en las costas del Sudeste Asiático provocó 300 mil muertes. En este último caso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de 30 países fueron afectados y que el fenómeno terminará por alterar la vida de muchos millones de personas.

Por otra parte, el desplazamiento poblacional que sigue a los desastres —que por lo general es súbito y siempre es forzado—, determina daños indirectos en la salud de los individuos atacados. Estos daños se agregan a los causados por el propio desastre, que generalmente provoca la pérdida de familiares y patrimonios, amenazando la integridad física y mental de las poblaciones afectadas. Los daños indirectos se derivan no sólo del repentino hacinamiento de grandes masas poblacionales en espacios peligrosos o reducidos, que no cuentan con los servicios básicos sino del hecho de que la atención de los desastres implica una enorme movilización de recursos —casi siempre requeridos en forma inmediata— hacia lugares generalmente aislados o desprotegidos.

La gravedad del desastre no es el único condicionante de la magnitud del daño a la salud de la población movilizada. Estos daños tienen estrecha relación con el volumen de la población que se moviliza, la urgencia de la movilización, la existencia de servicios en la región ocupada, la presencia de riesgos para la salud en esta zona y la duración de la movilización. De la forma en que estos elementos se combinan depende la gravedad con la que se presentan los efectos sobre la salud de la población desplazada.

Algunos ejemplos pueden mostrar la importancia que tiene la combinación de estos factores:

- a) En el caso de las movilizaciones que son súbitas pero transitorias, destaca la tragedia ocurrida con motivo del escape de isocianato de metilo ocurrido en Bhopal, India, en 1984. Aunque este desastre fue muy grave (ya que provocó la muerte inmediata por intoxicación de 2,500 personas), la asistencia sanitaria prestada por los organismos internacionales determinó que los daños posteriores a la salud de las 100 mil personas movilizadas fueran relativamente menores.
- b) En el otro extremo se encuentran aquellos casos en los que las movilizaciones tienen su origen en procesos que aparentemente son menos graves pero que determinan la movilización de grandes masas por periodos muy prolongados. En tal caso se encuentran las tragedias del

sur del África ocurridas en los últimos decenios como consecuencia de las sequías. Durante 1991-1992, por ejemplo, la sequía que azotó a Angola provocó la aparición de más de 5 millones de refugiados, 100 mil casos de cólera y casi 6 mil muertes por este padecimiento en menos de un año. La desnutrición crónica se vio rápidamente agudizada entre los refugiados, por lo que las diarreas y el sarampión mataron a miles de menores y al hacinamiento y la promiscuidad siguieron los estragos del SIDA. Posteriormente al desastre, en esta región africana 30 de cada 100 embarazadas eran seropositivas al VIH (Holloway, 1994).

Como es natural en un mundo regido por las leyes del mercado, la condición económica de los países afectados es determinante para que los desplazamientos secundarios tengan o no repercusiones serias en la vida de los individuos vulnerados: aunque los Estados Unidos, por ejemplo, sufrieron los estragos de un terremoto en 1994 (ocurrido en Los Ángeles), varios graves incendios forestales en 1995, dos tifones en 1996 y dos enormes inundaciones en el presente año, en ningún caso la pérdida de vidas ha sido mayor de unos cuantos casos y en ninguna circunstancia ocurrieron muertes entre los desplazados. En América Latina, en cambio, la *Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL) calcula que en un año normal los desastres en esta región cobran, en promedio, unas 6 mil vidas (Zeballos, 1993).

Los costos de los desastres, además, siguen incrementándose. Solamente en 1992 —un año terriblemente desastroso—, estos eventos provocaron en América Latina la pérdida de 100 mil millones de dólares, cifra comparable a la utilizada por el *Comité de Asistencia para el Desarrollo* de la ONU. En El Salvador las consecuencias del terremoto ocurrido en 1986 incluyeron la escasez de vivienda, la elevación del desempleo y la reducción de los servicios de salud pública. En Bolivia, Ecuador y Perú, las sequías e inundaciones provocadas por el fenómeno atmosférico conocido como “el niño” redujeron en las últimas dos décadas en 10% el ingreso interno *per cápita* y elevaron 50% el precio de los alimentos. Las pérdidas monetarias originadas por un desastre importante a menudo exceden el ingreso total anual del país afectado, por lo que no es sorprendente que lleguen a paralizar a los países afectados y promuevan el surgimiento de disturbios sociales y políticos (Zeballos, 1993). En ocasiones, el desastre afecta la marcha normal de las políticas económicas y sociales, impidiéndole alcanzar metas que en otras circunstancias alcanzaría con mayor facilidad o agravando sus difíciles condiciones económicas.

Es claro que las condiciones en las que ocurren los desastres tienen una profunda repercusión sobre la magnitud de sus efectos finales en materia de salud. Los trastornos socioeconómicos, la inestabilidad política y la presencia de gobiernos autoritarios, por ejemplo, son el sustrato natural en el que los desplazamientos poblacionales desembocan en graves consecuencias sanitarias. En este contexto, el ciclo de la pobreza —con sus ingredientes constitutivos de deuda externa, deforestación y hambruna— interviene de manera definitiva.

Turismo

Aunque parecería lógico afirmar que las consecuencias sanitarias de la guerra y los desastres son mucho más importantes que las del turismo, la información disponible indica que esto no siempre sucede así. La séptima pandemia de cólera —de hecho, probablemente todas—, así como la diseminación mundial del SIDA, por ejemplo, son una consecuencia directa del turismo internacional. De igual forma, la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, varios padecimientos infectocontagiosos y algunas conductas de alto riesgo para la salud (como la drogadicción y el alcoholismo) ocasionalmente acompañan la derrama económica que representa el turismo. En consecuencia, no es exagerado afirmar que la transmisión de buena parte de los padecimientos actuales ha seguido los flujos migratorios marcados por las rutas del turismo en el último siglo y que esta situación seguramente no cambiará durante el siguiente. Esta es una de las razones por las cuales el turismo es actualmente un motivo de enorme preocupación sanitaria.

En efecto, las consecuencias del traslado anual de millones de turistas sobre su propia salud y sobre la de los pobladores de las regiones que visitan, son mucho mayores de lo que se piensa. Dicho fenómeno se debe, entre otras causas, al crecimiento y la diversificación de las vías y medios de comunicación humana; a los cambios en el nivel y los estilos de vida, y a la incorporación de los servicios turísticos como un elemento esencial en la economía de casi todos los países. Una cifra que permite visualizar el auge del fenómeno turístico es el aumento del número de viajeros internacionales que pasaron de 26 millones en 1946 a cerca de 425 millones en 1990. La importancia de este enorme volumen de desplazamientos radica no sólo en la gran cantidad de enfermedades que fueron transmitidas durante estos viajes, sino en el hecho de que la inmensa mayoría de ellos se realizó por placer, negocios, deporte, tareas religiosas o buscando intercambios tecnológicos o culturales; esto implica que no existe ninguna razón para pensar que su volumen pueda (o deba) disminuir en el

futuro. Por el contrario, las expectativas al incremento son permanentemente mayores.

Aunque el turismo tiene repercusiones económicas, culturales y sociales benéficas para las poblaciones receptoras, desde hace varias décadas se ha reconocido que la afluencia de volúmenes importantes de turistas hace necesario prevenir y controlar los problemas de salud en los polos de atracción para evitar que éstos se conviertan en centros de captación y diseminación de enfermedades. Las consecuencias epidemiológicas del turismo no pueden eludirse, debido a que los países que reciben volúmenes muy importantes de viajeros tienen un perfil de morbilidad que se modifica con el desplazamiento de los grupos turísticos.

Por otro lado, dado que cada centro turístico, natural o artificial, tiene una capacidad limitada de recepción de turistas, si éste se sobrepasa conduce al eventual deterioro de la zona. Entre los problemas derivados se encuentran la alteración de los *hábitats* naturales, la presión sobre los acuíferos, el deterioro de la calidad del agua marina y continental, las perturbaciones en la hidrodinámica litoral y la producción descontrolada de desechos sólidos y aguas residuales. Por esta razón, la planeación inadecuada de los flujos turísticos migratorios tiende a generar un desgaste ambiental que, al final de cuentas, tendrá un impacto negativo sobre la salud de los pobladores que habitan en las localidades receptoras.

Un factor determinante en el equilibrio de los centros turísticos es el control de la *dinámica poblacional*. La migración acelerada hacia los centros urbanos en desarrollo y el ritmo de urbanización no siempre avanzan en forma paralela, por que se generan grandes necesidades de vivienda y servicios públicos como el agua potable, la recolección de basura, la pavimentación, el drenaje, la educación y los servicios médicos asistenciales. El rápido desarrollo de los centros y el crecimiento dispar entre población y servicios impone un asentamiento anárquico y acelerado de poblaciones en condiciones sanitarias desfavorables para los habitantes locales. Las condiciones de marginación aceleran la *acumulación de desechos sólidos* y promueven la proliferación de criaderos para ciertos vectores de enfermedades y fauna nociva, con lo que aumenta el riesgo de enfermedades infecto-contagiosas prevalentes en dichas zonas.

El análisis actual del turismo como movimiento migratorio incluye, finalmente, a las poblaciones de tránsito y de origen del turista, que pueden resultar afectadas como

consecuencia del traslado de aquellos padecimientos en los que el turista funciona como el principal vector.

Movimientos transfronterizos

Un tipo especial de movilización poblacional merece algunas palabras. Se trata del flujo poblacional que se lleva a cabo entre los países que comparten fronteras comunes y que llega a ser de tal magnitud que termina por modificar las condiciones sanitarias de una o ambas poblaciones vecinas.

Un buen ejemplo de este tipo de movimiento se encuentra en la frontera de México con los Estados Unidos (quienes comparten la mayor frontera del mundo). En este caso, la situación prevaleciente en ambos lados de la frontera responde a las diferentes condiciones de desarrollo socioeconómico de los países respectivos, no sólo respecto de los perfiles patológicos de cada una de las poblaciones, sino en cuanto a la cantidad y calidad de los servicios de atención que ofrecen.

A lo largo de la segunda mitad del siglo veinte el enorme flujo transfronterizo de uno a otro lado de la frontera México-Estados Unidos determinó la aparición de un perfil sanitario que depende de la fuerza con la que se expresan los riesgos presentes en cada lado de la frontera. De esta manera, actualmente existen ciudades mexicanas en las que la patología propia de la población estadounidense se presenta con cada vez mayor frecuencia, como resultado de la reproducción del estilo de vida norteamericano. En este caso se encuentran algunos padecimientos que tienen su origen en el volumen y tipo de dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco (como las enfermedades cardiovasculares). En otros casos, la reproducción de estos estilos de vida han determinado la aparición de conductas sociales de alto riesgo, como es el caso de la farmacodependencia o el surgimiento de padecimientos que son propios de contextos de alta permisividad social y baja educación para la salud, como sucede en general con las enfermedades de transmisión sexual y en particular con el SIDA. Como el aumento en la frecuencia y gravedad de este grupo de padecimientos no se ha acompañado de la desaparición de las enfermedades propias de la pobreza, las ciudades fronterizas mexicanas ahora comparten un mosaico sanitario que las hace epidemiológicamente distintas tanto de la República Mexicana como de los Estados Unidos de América. En otros casos, el cambio en el perfil patológico de la población obedece más a la forma de inserción en el proceso productivo por parte de la población migrante que a la intensidad de los flujos transfronterizos: este es el caso de las ciudades en las que se han instalado industrias maquiladoras. Finalmente, existe un número importante de

poblaciones que no han modificado su perfil patológico, debido a que el volumen y la frecuencia de los flujos a través de la frontera son mínimos.

En resumen, se puede decir que el efecto de los flujos transfronterizos en la salud de la población puede ser, por lo menos, de tres tipos:

1. En el primer caso, las condiciones de salud de la población cambian radicalmente, al grado de ser más parecidas a las del país vecino que a las del propio.
2. En el segundo caso, estas condiciones son totalmente nuevas, y difieren tanto de las del país propio como de las del país vecino.
3. En el tercer caso, las condiciones sanitarias de ambas poblaciones no se modifican, por lo que sus perfiles de salud son los mismos del país de origen.

La modificación de los volúmenes y rutas del flujo transfronterizo que resulta de los ajustes actuales de las fronteras políticas —como es el caso de su apertura en la Unión Europea; su eliminación durante la reunificación Alemana o su proliferación en la Europa Oriental—, seguramente determinará el surgimiento de nuevos perfiles patológicos en las poblaciones afectadas. No es posible determinar con precisión cuáles serán sus características, pero es seguro que no serán las mismas que poseen actualmente.

Principales teorías sobre la migración

El estudio del movimiento poblacional como un fenómeno estrechamente relacionado con la salud humana representa uno de los problemas más importantes en las ciencias sociales. No obstante, las contribuciones que en este campo han realizado la demografía, la sociología, la antropología, la economía y la epidemiología se caracterizan por la carencia de un punto de vista unificador. A fin de proponer un modelo de clasificación capaz de mostrar las relaciones que existen entre el movimiento poblacional y la salud (MPS), primero se expondrán brevemente las características de los principales modelos teóricos sobre la migración.

En este punto vale la pena señalar que la mayoría de los modelos limitan el concepto de migración al cambio de residencia temporal o definitiva de individuos que habitan en un espacio geográfico determinado. Para nosotros, el concepto de migración será interpretado de manera más amplia, al considerar todo desplazamiento humano —realizado en forma individual o colectiva, voluntaria o

forzada, transitoria, temporal o definitiva—, que implique tanto los cambios de residencia habitual como el paso de personas a través de las fronteras sociales y naturales en las que cotidianamente se desarrolla. Este concepto, que desde nuestro punto de vista rebasa el criterio clásico de migración, implica los conceptos de frontera social (como es el caso de las fronteras políticas) y natural (dentro de la cual se enmarca el criterio de desplazamiento geográfico, aún sin ser el único). De esta manera, en la migración se incluyen el turismo y el movimiento transfronterizo transitorio que se realiza entre comunidades vecinas, por ejemplo, desplazamientos humanos que no se consideran tradicionalmente como fenómenos migratorios. A pesar de que las propuestas teóricas que se describen en este apartado se refieren específicamente a los *cambios de residencia habitual*, en este documento el concepto incluirá a todos los tipos de movimiento. Por esta razón, a partir de este momento se denominará *migración* a todo movimiento poblacional, independientemente de su tipo.

La teoría de la migración ha sido de interés para todas las ciencias sociales y por esta razón existen modelos explicativos prácticamente desde que estas disciplinas desarrollaron sus primeros conceptos científicos. Los esfuerzos actuales, sin embargo, se distinguen de los antiguos por su afán de diseñar modelos explicativos que cubran los diversos patrones de movimientos poblacionales, y no sólo den cuenta de su dinámica en términos cuantitativos. De esta manera, una primera aproximación indica que los investigadores contemporáneos enfocan sus estudios a la búsqueda de dimensiones analíticas capaces de organizar los diferentes tipos de migración y explicar sus orígenes (Simmons, 1991). Por otra parte, aunque la mayor parte de los estudios migratorios tienden a ser fundamentalmente empíricos, la naturaleza multidisciplinaria del fenómeno provoca que los documentos analíticos se generen desde una diversidad de enfoques teóricos. Los más importantes intentan buscar explicaciones de la conducta migratoria desde el nivel micro, con el análisis del capital humano, la racionalidad del proceso migratorio, las motivaciones del migrante, los cambios culturales a nivel familiar; o macro, mediante el estudio de las causas y consecuencias de la migración como proceso global (Molho, 1986). Dentro de la primera perspectiva, la decisión migratoria, según Gordon y Vickerman (1982), depende de tres probabilidades:

1. La probabilidad de estar buscando una oportunidad;
2. La probabilidad de recibir una oportunidad, y
3. La probabilidad de aceptarla.

El proceso migratorio, desde este punto de vista, se inicia con la decisión de emprender una búsqueda, que es seguida de la decisión de escoger un lugar en el cual dicha búsqueda logre la mejor recompensa y que culmina con el encuentro de ese lugar. El modelo, llevado a sus últimas consecuencias, termina semejando una balanza en la que a los factores promigratorios (llamados de *repulsión* en el lugar de origen y de *atracción* en el de destino) se oponen factores antimigratorios (de *retención* y de *rechazo*, respectivamente). En este segundo modelo, denominado *modelo de gravedad*, los flujos migratorios brutos se ubican en una red regional que funciona como una balanza, la cual se mueve en función del peso relativo que, en un determinado momento, tienen los factores de repulsión y atracción (Molho, 1986). Este tipo de dicotomía se conoce también con el nombre de "hipótesis *push-pull*".

Algunos estudios intentan explicar el proceso migratorio a través de la *Teoría de los Sistemas Societales*. Este enfoque permite la discusión de la migración y sus problemas tanto entre las unidades como en los diferentes niveles de un sistema. Su aplicación, sin embargo, está limitada a los procesos de migración masiva moderna de contextos de pobreza a contextos de riqueza. No obstante, dado que la teoría de los sistemas societales está aún en un proceso de construcción, la interpretación de la migración cambiará en la medida en que cambie su teoría general (Hoffmann-H, 1983).

En el campo de la sociología, de acuerdo con Muñoz, Oliveira y Stern (1981), pueden distinguirse dos enfoques generales frente al problema de la migración: el primero, denominado enfoque de la *modernización*, visualiza la migración interna como un proceso de "movilidad social" en el marco de un proceso de industrialización y modernización. El segundo, llamado enfoque *histórico-estructural*, intenta explicar la migración en términos de las características estructurales que surgen en el proceso de formación de las sociedades capitalistas centrales y periféricas (Lomnitz, 1975). La principal diferencia entre ambos enfoques radica en que los primeros tienden a analizar, fundamentalmente, las motivaciones de los migrantes, su origen, destino y asimilación al medio urbano, mientras que los segundos estudian centralmente los factores socioeconómicos que determinan los procesos migratorios en términos de la estructura global. Aunque, desde un punto de vista ortodoxo, ambos enfoques podrían parecer mutuamente excluyentes, en realidad resultan complementarios, cada vez que explican niveles diferentes de la organización social. Como se verá más adelante, muchas de las respuestas a las interrogantes en materia de salud que tienen su origen en la

migración sólo pueden obtenerse a partir del uso combinado de ambas propuestas teóricas.

Desde el punto de vista de la antropología, el modelo más conocido para el estudio de la migración es el modelo "folk-urbano": este modelo postula dos tipos ideales de sociedad, colocados en los polos de un *continuum*: la sociedad *folk*, pequeña, homogénea, tradicional, convencional y formal, y la sociedad *urbana*, concebida como lo contrario de la anterior (González y Romero, 1999). Redfield no aplicó este modelo a las migraciones, ya que lo utilizó para comparar diferentes comunidades tradicionales dentro de una misma cultura. Sus seguidores, empero, atribuyeron la aculturación de los migrantes en las ciudades ocupadas a la pérdida de los rasgos culturales de tipo *folk* que prevalecían en sus comunidades de origen. Esta extrapolación del modelo ha tenido gran difusión posterior. De acuerdo con algunos autores, la mayoría de los trabajos sobre migración que parten desde una perspectiva antropológica giran alrededor de la adaptación o no del migrante a la cultura urbana y refieren sus resultados al modelo *folk-urbano*, ya sea para confirmarlo o para rechazarlo (Lomnitz, 1975). No obstante, las discrepancias encontradas en las investigaciones más recientes respecto de la aplicación del modelo confirman que el esquema funciona para comunidades y no para individuos. La conclusión más importante en este debate es que el proceso individual de aculturación de los migrantes depende de la combinación de un complejo conjunto de factores y no solamente de la posición de las comunidades de origen en la escala *folk-urbana*.

Otros enfoques, más recientes, intentan dilucidar la interrelación que durante el proceso migratorio se establece entre el medio físico y el medio social. La migración, desde este punto de vista, es el resultado de una perturbación entre el hombre y su ambiente, sea social o físico. De esta forma se intenta analizar la problemática del desarraigo y del trasplante de los grupos humanos a lo largo de la historia a partir de un modelo que incorpore las bases de las teorías demográfica, sociológica, económica, antropológica y económica, pero incluyendo también elementos de las teorías ecológica y epidemiológica.

De acuerdo con Lomnitz, una población debe adaptarse al mundo no sólo en lo que concierne a su alimentación, vivienda y vestido, sino además armonizar sus necesidades biológicas con las exigencias de los nichos ecológicos en los que le toca existir. Desde esta perspectiva teórica —que podríamos denominar *ecológica*— los grupos sociales, núcleos portadores de cultura, deben desarrollar mecanismos de adaptación e incorporarlos en sus relaciones sociales a fin de asegurar la permanencia de un orden

determinado y cierta regularidad en sus patrones de cooperación, lo que permite su supervivencia como grupo. Por esta razón la economía, la cultura y la estructura social son parte del sistema ecológico de una población humana (Lomnitz, 1975).

El enfoque ecológico se caracteriza por tratar a las sociedades humanas como un elemento inmerso en un sistema complejo, compuesto por los factores geográficos, climáticos y biológicos propios de una región determinada. Como la antropología, este enfoque reconoce que ciertos factores tales como la geografía, el volumen de recursos naturales, el clima, el tipo de cultivo, de ganado y la relación con las poblaciones vecinas, pueden influir considerablemente en la evolución social de los grupos humanos. En este contexto, el fenómeno de la migración es un proceso de desplazamiento geográfico de poblaciones humanas de un nicho ecológico a otro. Dentro de este proceso, Lomnitz distingue 3 etapas:

1. Etapa de desequilibrio: En esta fase, un nicho ecológico se satura temporal o permanentemente, afectando la subsistencia o la seguridad de un grupo humano. Este desequilibrio puede ser el resultado de un proceso acumulativo, como el crecimiento demográfico o el empobrecimiento de las tierras, o puede ser consecuencia de algún acontecimiento repentino, tal como una explosión demográfica acelerada, una invasión militar o una catástrofe natural. Hay también situaciones de desequilibrio intermitentes o periódicas debido a factores cíclicos en el ambiente o en la economía, que causan migraciones estacionales.

2. Etapa de traslado: en este momento participan todos los factores que afectan al proceso migratorio como tal, incluyendo la distancia de traslado, los medios de transporte, las características de los migrantes, y sus relaciones con los factores comprendidos en los momentos previo y posterior al traslado. Tanto el proceso de traslado como la selección del lugar de destino dependen de las posibilidades o expectativas de encontrar un nuevo nicho ecológico capaz de sustentar al grupo.

3. Etapa de estabilización: esta etapa implica el reacomodo del grupo a su nuevo nicho ecológico. Incluye todo el proceso de aculturación y adaptación al nuevo ambiente, comprendiendo los cambios institucionales en el grupo, cambios en la estructura familiar, economía, idioma, religión e instituciones y estructuras de apoyo, hasta llegar a la formación gradual de un nuevo ambiente social y de una nueva visión del mundo. La etapa de estabilización varía desde varios meses hasta varias generaciones e incluye la

posibilidad de un rechazo inicial, un acomodo provisorio, un compromiso con el nuevo ambiente y una aculturación total.

Algunas de las grandes migraciones masivas llegan a cambiar la ecología del lugar de destino, ya sea por la cantidad, la tecnología o cultura de los migrantes; esto ocurrió con la conquista de América, que puede clasificarse como un proceso migratorio masivo. Otras migraciones van produciendo síntesis sucesivas, como pasa en las ciudades latinoamericanas de hoy, que reciben grandes volúmenes de migrantes que provienen del campo en forma cíclica, de acuerdo con las crisis económicas o las transformaciones políticas violentas (Lomnitz, 1975). La última fase del proceso (estabilización) no necesariamente se alcanza, y es posible que el resultado sea la extinción del grupo como tal. En otros casos, el grupo migrante puede destruir su nuevo nicho ecológico, dando origen a nuevas migraciones. Como sea, los fenómenos migratorios masivos siempre son de larga duración, y sus resultados finales sólo pueden observarse a largo plazo. El fenómeno de la migración campo-ciudad en América Latina, por ejemplo, es tan masivo que sus resultados finales son difíciles de predecir.

El análisis de la migración internacional, por su lado, muestra algunos de los problemas que todavía enfrentan los teóricos de la migración. Tres aspectos resultan aún problemáticos en este campo: el primero se refiere a la definición precisa de qué es la migración internacional y quien el migrante internacional; el segundo a la forma en que este tipo de migración difiere de otros fenómenos demográficos, y el tercero a la manera en que las condiciones políticas y los obstáculos legales interfieren en este tipo de migración. En este contexto, tres enfoques teóricos son dominantes. El primero privilegia las estructuras en los países emisores y receptores, y las fuerzas de expulsión y de atracción, con énfasis en las diferencias salariales, las oportunidades laborales y la presión demográfica. El segundo se centra en los procesos estructurales que ligan a los países emisores con los países receptores, analizando el papel de la circulación internacional del capital, la migración en cadena, el reclutamiento de mano de obra, las redes sociales, la interdependencia y las políticas internacionales. El tercer enfoque se centra en la toma de decisiones individuales en la migración, enfatizando los factores económicos y los valores de las personas (*Seminar on the Emerging Issues in International Migration*, 1985).

En cuanto a los estudios estrictamente cuantitativos, la revisión de los conceptos usados para definir a los migrantes con propósitos estadísticos revela el peso que en este terreno todavía tienen las consideraciones formales. Así,

en el caso de la residencia y del factor tiempo, por ejemplo, existe una tendencia a eliminar las impurezas legales, bajo el supuesto de que los migrantes son agentes libres en términos de sus desplazamientos. En otros casos, en cambio, se han realizado profundos análisis, utilizando información retrospectiva de alta calidad: en este caso destacan los análisis sobre las causas de la migración; las relaciones a nivel micro entre dos o más lugares; las percepciones sobre los lugares de migración; los impactos sobre la comunidad y los impactos de la migración en el nivel de vida de los hogares de los migrantes (Fawcett, 1987). A pesar de las numerosas deficiencias, las estadísticas sobre migración internacional siguen siendo una fuente de información rica, tanto en términos cuantitativos como cualitativos (Zlotnik, 1987).

Algunos estudios sobre migración y salud

En el caso de los estudios sobre salud y migración, una extensa documentación da cuenta de las consecuencias de los desplazamientos poblacionales en el estado de salud de los migrantes, que con mayor frecuencia que en sus comunidades de origen suelen ser víctima de severos problemas nutricionales, enfermedades ocupacionales y degenerativas, desintegración familiar, estrés y drogadicción, entre otros padecimientos (Bentham, 1988; Bilsborrow, 1988).

En prácticamente todos los casos, los estudios realizados en medicina parten del supuesto de que los cambios en el ambiente físico y social determinan el desarrollo de riesgos desconocidos de enfermar. Los ejemplos paradigmáticos que sirvieron de modelo fueron inicialmente dos: el primero se refiere a los cambios que sufre un grupo social cuando se disemina ampliamente por todo el planeta; el segundo se refiere al efecto de la convivencia de un conjunto muy variado de grupos sociales en un lugar común. En el primer caso, el ejemplo típico fueron los británicos y españoles, esparcidos ampliamente por el planeta a partir del siglo XVI. En el segundo caso se encuentran los Estados Unidos de América, conformados por la agregación de una multitud de grupos étnicos a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Ambos procesos proporcionaron la posibilidad de responder a preguntas sobre el impacto de los movimientos migratorios en la salud de las poblaciones que expulsan, atraen migrantes, o sirven de paso a la migración. De esta forma, por primera vez se investigaron ampliamente los efectos residuales de un ambiente determinado en aquellos individuos que cambiaron a otro, así como el peso relativo de las cargas genética y ambiental en la aparición de enfermedades específicas.

Estos estudios fueron particularmente productivos en el campo de la investigación del cáncer. Ya desde 1929, un estudio apuntaba las diferencias en las tasas de mortalidad por cáncer entre inmigrantes de diferentes orígenes que residían en Boston (Lombard y Doering, 1929). Prácticamente todos los trabajos posteriores han confirmado los hallazgos de este estudio pionero, que afirma que la mayor parte de los cánceres tienen un componente ambiental que depende fundamentalmente de los hábitos dietéticos y la exposición a agentes químicos en el ambiente laboral. Ambos factores cambian con la migración, que entonces se convierte en un elemento determinante en la cadena de causalidad. Como contraparte, los británicos que emigraron desde el Reino Unido —un sitio con elevada tasa de mortalidad por cáncer pulmonar— hacia lugares tan distantes como Sudáfrica o Canadá, por ejemplo, conservaron las mismas tasa de mortalidad por este tipo de cáncer que sus compatriotas, de la misma edad, que no emigraron. En este caso se descubrió que las condiciones tempranas de vida o la continuidad de ciertos hábitos adquiridos antes de la migración son factores determinantes para la aparición y desarrollo del cáncer de pulmón (Dean, 1964; Coy, Grzybowski & Rowe, 1968). Un ejemplo distinto de la relación ambiente-salud fue el descubrimiento de que la tasa de mortalidad por cáncer de estómago, muy elevada entre la población japonesa, decrecía en estas misma población cuando migraba a los Estados Unidos de América, pero volvía a incrementarse si la población regresaba a su patria natal. Decenas de estudios más han demostrado que otros padecimientos, como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y ciertos hábitos como la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo y el consumo elevado de grasas, sal y azúcar, por ejemplo, se incrementan o decrecen de manera importante entre las poblaciones que migran de un medio a otro.

Elevaciones de la presión sanguínea se han demostrado también en los menores de edad que migraron con sus padres tempranamente a lugares con tasas de enfermedad cardiovascular más altas que en sus comunidades de origen, como mostró el estudio Tokelau sobre migración. Esta investigación, que indagó los efectos de la migración de 900 habitantes de la Isla de Tokelau a Nueva Zelanda, demostró que los cambios observados entre la población tokelauense —incluyendo los de tipo biológico, tales como los niveles de presión sanguínea— tenían una elevada correlación positiva con el nivel de contacto que esta población tenía con la población blanca neozelandesa y que este impacto era mayor en la población que había migrado a menor edad (Prior, 1977; Beaglehole, *et al.*, 1977). En otros casos, como se demostró al estudiar individuos

masculinos de ascendencia japonesa radicados en Japón, Hawai y California, los factores de riesgo biológico—como la dieta, los niveles de colesterol sanguíneo, el tabaquismo o el sedentarismo— explican mucho menos la incidencia de enfermedad coronaria que los factores sociales, tales como la conservación de la lengua materna, la permanencia de las costumbres rituales y el contacto frecuente con paisanos (Kasl y Berkman, 1983).

Otros estudios se han referido a los cambios sufridos entre las poblaciones que migran a zonas con estilos de vida altamente nocivos para la salud. De ellos destacan los realizados en migrantes de todo el mundo hacia los Estados Unidos de América. Los que se hicieron en la población latina, por ejemplo, confirman que las variaciones en los hábitos alimentarios y las conductas sexuales poseen una gran importancia en la aparición y desarrollo de padecimientos propios de las sociedades industrializadas entre las poblaciones de trabajadores migratorios, y que estos comportamientos son reproducidos por el migrante cuando regresa a su patria (Bronfman y López, 1995).

Más recientemente se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la elevación de las tasas de incidencia por tuberculosis pulmonar y la inmigración de personas infectadas a regiones en donde radican poblaciones altamente susceptibles, como es el caso del África Subsahariana, Asia Sudoriental, Europa Oriental, los países de la ex-Unión Soviética e incluso las minorías étnicas que habitan en los Estados Unidos (OPS, 1993; OPS, 1995). En el caso de las enfermedades infecciosas, en muchas investigaciones se ha estudiado los efectos de la migración en la incidencia, prevalencia, letalidad y formas de atención del SIDA. Otras investigaciones documentan las modificaciones que experimentan la estructura y funcionalidad familiar de los migrantes, la disolución o modificación de sus redes sociales de apoyo, el desarrollo de estrés entre los hijos y la aparición de procesos severos de malnutrición (Slesinger, Christenson y Cautley, 1986; Salgado, Cervantes y Padilla, 1990; Magaña y Magaña, 1992). Actualmente se sabe, sin embargo, que las investigaciones realizadas en poblaciones de migrantes han tenido graves limitaciones metodológicas, y que muchas de las asociaciones encontradas entre un padecimiento y un tipo particular de migrantes han sido espurias. Los siguientes son algunos ejemplos de esta situación:

1. No es raro que la migración (en especial la que se realiza por razones laborales o educativas) sea resultado de un proceso previo de selección social y biológica. Como resultado de este proceso, generalmente sucede que los

niveles de salud de la población que migra son mejores que los de la población que se queda. En los casos en los que no existen mediciones basales a escala individual (como en el caso del estudio Tokelau) se llega a inferir que la salud del migrante mejora con la migración, lo cual no siempre es cierto (Buelher, Frey y Chu, 1995).

2. En otras ocasiones, aun cuando las condiciones generales del nuevo asentamiento del migrante sean mejores que las de su comunidad de origen, en aquellas en las que debe vivir (generalmente suburbios o barriadas suburbanas) son en realidad peores que en las que vivía antes. Las asociaciones que no consideran este hecho pueden conducir igualmente a falacias ecológicas.

3. En otros casos, algunas condiciones de salud son determinantes de procesos migratorios que enmascaran las verdaderas tasas de enfermedad y mortalidad de los sitios involucrados. De esta manera, se ha encontrado, por ejemplo, que algunos enfermos de cáncer, una vez diagnosticados, emigran a sus comunidades de origen para su atención, incrementando artificialmente las cifras de incidencia de esta enfermedad en la población a la que viajan. En otras ocasiones sucede exactamente lo contrario, cuando el padecimiento (como es el caso del SIDA) resulta un estigma que debe ser ocultado (Buelher, Frey y Chu, 1995). En estos casos los pacientes emigran de ciudades pequeñas hacia grandes sitios urbanos, en donde no son reconocidos. Como es evidente, muchas condiciones de salud pueden encontrarse en esta situación: Los estudios que no consideran este hecho desembocan en asociaciones falsas. Desde el siglo XIX se han señalado tres situaciones generales de salud que influyen en la decisión de migrar o no. Éstas son:

- La migración de enfermos a lugares con menores riesgos.
- La migración de enfermos a lugares con mejores sistemas de atención.
- La migración de enfermos a sus lugares de origen o a sitios en los que no son reconocidos.

4. Una última situación se refiere a las desiguales condiciones de los servicios de salud de las comunidades de origen y destino. Cuando, por ejemplo, las comunidades de origen tienen una capacidad diagnóstica pobre, los padecimientos de mayor dificultad diagnóstica—aun cuando estén presentes previamente a la migración— pueden ser reconocidos sólo en las comunidades de destino. De esta manera, algunos padecimientos genéticos propios de algún

grupo especial de migrantes aparentan desarrollarse posteriormente a la migración. En este caso, la diferente sensibilidad de los sistemas de atención para detectar algunos indicadores de salud determina inferencias incorrectas sobre el impacto de la migración.

En materia de investigación sanitaria, no existe un esquema ideal de diseño de estudio para determinar los efectos de la migración sobre la salud ni de ésta sobre la migración. La complejidad del proceso migratorio —determinado estructural e históricamente, pero modulado por las características propias del migrante—, hacen que cada investigación deba sujetarse a las particularidades propias de las poblaciones investigadas, su lugar de origen y las modalidades de la migración. Aun así, se ha sugerido que estos estudios deben cumplir, por lo menos, con los siguientes requisitos:

1. Deben estudiarse siempre tres poblaciones: los migrantes, los no-migrantes en el país de origen y los nativos residentes en el lugar de destino.
2. Los tres grupos deben ser sujetos de medición basal en las dimensiones biológica, psicológica y social; y ser objeto de seguimiento repetido a fin de identificar el posible contacto con las enfermedades o condiciones de riesgo que se desea estudiar.
3. Deben caracterizarse las condiciones basales de riesgo y protección de tipo ambiental, social y familiar de las tres poblaciones, y seguirse a lo largo de todo el estudio.
4. Deben seguirse todos los probables factores de confusión, a fin de descartar, mediante su análisis estadístico, la posibilidad de sesgos en los resultados.
5. Los resultados deben expresarse en cuanto a cambios en la exposición a factores de riesgo; cambios en los conocimientos, actitudes y conductas sobre la enfermedad o los riesgos; cambios en la incidencia de la enfermedad estudiada, y cambios en el curso de la enfermedad estudiada (Kasl y Berkman, 1983; Reid 1995; Bentham, 1988).

Modelo de clasificación para los MPS

De acuerdo con los modelos conceptuales propios de las ciencias sociales que se señalaron en el apartado anterior, y utilizando los distintos ejemplos de migración encontrados por las investigaciones del campo de la salud, en este espacio se desarrollará brevemente un modelo que, desde nuestro punto de vista, permite la clasificación de

los flujos migratorios en relación con sus efectos sobre la salud. Como se señaló en su oportunidad, el modelo solamente proporciona una descripción de los flujos migratorios, sin intentar explicar su origen y naturaleza. Creemos que, aun así, puede servir como guía simplificada para el ordenamiento de los movimientos poblacionales.

Como antes se aclaró, la mayoría de los modelos, por razones prácticas, se refieren al término *migración* como el cambio de residencia temporal o definitiva de las personas que habitan un espacio geográfico determinado. El concepto, además, con frecuencia se interpreta limitándolo a la migración que se realiza por razones laborales. Para nosotros, sin embargo, el concepto será interpretado de manera mucho más amplia, describiendo todo desplazamiento, individual o colectivo, voluntario o forzado, transitorio, temporal o definitivo, que implique el paso del ser humano por las fronteras sociales y naturales en el que se desarrolla cotidianamente. Este concepto, que desde nuestro punto de vista rebasa el criterio de *cambio de residencia habitual*, implica en cambio los conceptos de fronteras sociales (establecidas por los países, regiones y estados en forma de fronteras políticas) y naturales (determinadas por la extensión del nicho ecológico del migrante). Nosotros denominamos *migración* a todo movimiento poblacional, independientemente de su tipo.

Clasificación de los flujos migratorios

En primer término se expondrá un listado de las distintas formas en las que pueden ser clasificados los movimientos poblacionales. Como indican los títulos, cada clasificación se refiere a un atributo particular del proceso migratorio, por lo que cada clasificación de los movimientos poblacionales aplica para cada uno de los cuatro rubros señalados (naturaleza, duración, magnitud, grupalidad y motivación). De esta manera, es posible clasificar un proceso migratorio como voluntario, transitorio y grupal familiar, con fines recreativos. Esta clasificación corresponde al *turismo familiar de corte tradicional*.

Las migraciones pueden clasificarse, según su naturaleza, en:

- Voluntarias o forzadas
- Súbitas o graduales
- Constantes o intermitentes, y
- Violentas o pacíficas

Por su duración, la migración se clasifica como:

- Transitoria
- Temporal y
- Definitiva

Según su magnitud, las migraciones pueden ser:

- Individuales o colectivas, y
- Masivas o no masivas (como parte de las migraciones colectivas)

En el caso de las investigaciones que estudian el efecto de la migración sobre la salud, importa saber si el migrante viaja solo o en grupo y si es acompañado por su familia nuclear. Por esta razón, la última clasificación incorpora esta variable:

- Migrante solo
- Migrantes en grupo
- Migración Familiar o no familiar (como parte de las migraciones en grupo)

Aunque la siguiente clasificación también puede usarse como clasificación de resumen, se incluye en este espacio porque para muchos estudios importan separar el *origen* del proceso migratorio, considerado como el motivo que orilla al migrante al desplazamiento. Este motivo puede ser:

- Laboral
- Recreativo
- Económico o comercial
- Político o bélico
- Educativo o cultural, y
- Derivado de catástrofes naturales o sociales

Un esquema gráfico en el que se visualicen estas diferentes clasificaciones puede servir para reconocer la forma en que éstas se combinan, así como las relaciones que establecen en procesos específicos de desplazamiento. Como es natural, el esquema nunca se ajusta en forma exacta a las condiciones que se presentan en la realidad, pero permite un ordenamiento mínimo para el análisis.

Figura 1
Clasificación de los movimientos migratorios (ejemplos)

Tipo de Movimientos		Forzados	Voluntarios
Masivos	Pacíficos	Desplazamientos secundarios a desastres	Turismo a gran escala Peregrinaciones religiosas
	Violentos	Desplazamientos secundarios a guerras	
No Masivos	Individuales	Exilios Políticos	Migración Laboral
	Familiares	Migración laboral	Turismo familiar

Fuente: Elaboración propia

En la figura 1 se presenta esquemáticamente un ejemplo de las relaciones que pueden obtenerse combinando las clasificaciones descritas, según los atributos de cada movimiento.

Como puede observarse en el esquema, los movimientos poblacionales que resultan de una catástrofe natural, por ejemplo, generalmente son masivos, forzados y pacíficos. Estas características los convierten en procesos delicados, que generalmente terminan en daños a la salud. No

obstante, son mucho más graves los desplazamientos que se derivan de la guerra, al incorporar entre sus características a la violencia.

Una situación completamente diferente es el caso de los flujos que resultan del turismo de gran escala, los que aun siendo de igual o de mayor magnitud, al ser siempre voluntarios, pacíficos y generalmente graduales, no representan una alteración súbita de los ecosistemas a los

que arriban y se acompañan de riesgos para la salud absolutamente distintos.

A su vez, los efectos del movimiento poblacional sobre la salud pueden clasificarse según la población en la que se presentan. Estas poblaciones pueden ser:

- a) la población migrante;
- b) la población nativa del lugar que recibe la migración, y
- c) la población nativa que no migra.

Ya hemos hablado de los efectos en la salud de las dos primeras, pero de la tercera población sólo se ha mencionado que puede sufrir una modificación artificial de sus tasas de morbilidad y mortalidad al resentir la pérdida de una población seleccionada, que ahora reporta epidemiológicamente en la región de destino. También es posible que la migración, cuando su volumen es muy importante, afecte la dinámica demográfica (la fecundidad, por ejemplo) o socioeconómica de las comunidades expulsoras. En este último caso, la depresión económica subsiguiente puede afectar a largo plazo las condiciones de vida y de salud de los que se quedan.

Existe, no obstante, un evento sanitario más importante que puede afectar a las regiones de origen: este es el retorno de la población migrante, la que al regresar a sus comunidades puede transmitir padecimientos infecciosos (enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo), reproducir estilos de vida aprendidos durante la migración (elevado consumo de grasas, sedentarismo) y conductas de riesgo más agresivas que las de su entorno nativo (drogadicción, alcoholismo).

En las localidades propiamente dichas, en cambio, los contextos económico, cultural y geográfico son los factores que determinan los resultados de la migración, funcionando como variables mediadoras de los cambios en salud.

En el caso de la migración laboral, o durante los desplazamientos masivos en regiones pobres, las condiciones del contexto social son determinantes para la aparición o desarrollo de enfermedades. Su incremento, disminución o sustitución determinan las características epidemiológicas de los que se van y de los que se quedan. En resumen, la clase social, junto con la edad y el sexo, son los factores más importantes para definir el perfil patológico del migrante. Este componente puede evidenciarse, *grosso modo*, a partir de la investigación de los siguientes elementos:

1. El acceso a la riqueza social
2. La educación
3. Las características de la familia
4. La pertenencia étnica

Cualquier modelo de clasificación que intente dilucidar los efectos de la migración sobre la salud debe colocar en su centro estos factores, que en última instancia funcionan como mecanismos mediadores de los procesos morbosos que afectan a los migrantes más vulnerables.

En la tabla 1 se presenta el caso de la migración de trabajadores mexicanos al sur de los Estados Unidos, utilizando para aquel país la población de Watsonville, California, y para México el de Gómez Farías, Michoacán, ya que entre ambas poblaciones se mantiene un flujo permanente de migrantes laborales (Bronfman y López, 1995).

Tabla 1
Migración laboral mexicana a los EUA

Actores Contexto	Población que llega	Población que recibe	Población que se queda
Acceso a la riqueza social	Mínimo	Bueno	Nulo
Educación	Baja	Buena	Nula
Características de la familia	Numerosa	Pequeña	Desintegrada
Pertenencia étnica	Indígena	Ara	Indígena
Edad	Jóvenes	Todas	Niños y ancianos
Sexo	Hombres	Ambos	Mujeres

Fuente: Elaboración propia.

El contexto en el que se desarrolla la migración laboral mexicana a los Estados Unidos hace que la pobreza, la educación deficiente, la pertenencia a una familia numerosa y la pertenencia a un grupo étnico no blanco se combinen incorporando todos los factores negativos que afectan la salud (Bronfman y López, 1995; Papail y Velásquez, 1993). No obstante, como puede notarse en el esquema, las características de la población que se queda en México son mucho peores que las de la población que migra ya que, además de estar compuesta fundamentalmente por mujeres, ancianos y niños, al carecer de medios productivos suficientes no se encuentra en condiciones de desarrollo alguno. En este sentido, la decisión de emigrar resulta justificable.

En este documento se ha propuesto un modelo conceptual simple, capaz de explicar muchas de las características de la complicada naturaleza del fenómeno que hemos denominado *mps*. Para ello se han explorado las diferentes clasificaciones

de los movimientos poblacionales y las relaciones que aparentemente existen entre cada tipo de movimiento y las condiciones de salud que concurren con él, de manera que sea posible que el modelo permita abordar en forma sistemática la manera en que cada tipo de movimiento, directa o indirectamente, influye (o es influido) por las condiciones de salud poblacional. No creemos que este esquema pueda sustituir, dentro de cada disciplina particular (demografía, sociología, historia, o epidemiología, por ejemplo) a los modelos teóricos desarrollados sobre los movimientos poblacionales y que son propios de cada ciencia, ya que sus posibilidades explicativas serán siempre mayores aunque limitadas al interior de cada una de ellas. Lo que es innegable es que el desarrollo de análisis como el presente parece indispensable para el avance de las disciplinas que conjuntamente —es decir, en forma interdisciplinaria— se encargan del estudio de los movimientos migratorios y sus relaciones con la salud.

Bibliografía

- Beaglehole R, Eyles E, Salmond C, Prior I. Blood pressure in tokelauan children in two contrasting environments. *Am J Epidemiol* 1977;108(4):283-88.
- Bentham G. Migration and morbidity. Implications for geographical studies of diseases, *Soc Sci Med* 1988; 26(1):49-54.
- Bronfman PM, López MS, Perspectives on hiv/aids prevention among inmigrants on the US-México border, en Magaña, R (comp.). *Migrants and aids*. Ed. University of California of Irvine, California, USA; 1995.
- Buelher J, Frey R, Chu S. The migration of persons with aids. Data from 12 states, 1985 to 1992. *Amer J Public Health* 1995; 85(11):1552-1555.
- Coy P, Grzybowski S, Rowe JF. Lung cancer mortality according to birthplace. *Can Med Assoc J* 1968; 99(10):476-483.
- Dean G. Lung cancer in South Africans and British immigrants. *Proc R Soc Med* 1964;57:Suppl:984-7.
- Fawcett H, James T, Arnold F. Role of surveys in the study of international migration. An appraisal. Workshop on International Migration Data. Their Problems and Use. Ottawa 1987; 10-13.
- Gordon IR & Vickerman R. Opportunity, preference and constraint: an approach to the analysis of metropolitan migration. *Urban Studies* 1982; 19: 247-261.
- Hanlón J. Antecedentes y desarrollo de la Salud Pública. En: *Principios de Administración Sanitaria*. México: Ed. La Prensa Médica Mexicana; 1963.
- Hoffmann-H JA. Sociological approach toward a general theory of migration. Center for Migration Studies; 1983.
- Holloway A. Actividades a largo plazo para la reducción de los efectos de los desastres en África meridional, *stop Disasters* 1994; No. 18.
- Ilsborrow R, Fuller R. La selectividad de los emigrantes rurales en la sierra ecuatoriana. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1988; 3(2):265-290.
- Kasl SV, Berkman L. Health consequences of the experience of migration. *Ann Rev Public Health* 1983; 4:69-90.
- Lain P. *Medicina hipocrática*. Madrid, España: Alianza Editorial; 1982.
- Lombard HL, Doering CR. Cancer studies in Massachusetts. Cancer mortality in nativity groups. *J Prev Med* 1929; 3:343-361.
- Lomnitz L. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI Editores; 1975.
- Magaña R, Magaña HA. Mexican-latino children. En *Children and Aids*, Ed. Stuber, University of California of Irving; 1992.
- Molho J. Theories of migration. A review. *Scottish Journal of Political Economy* 1986; 33(4).
- Muñoz H, Oliveira O, Stern C. (eds.) *Migración y Desigualdad Social en la Ciudad de México*. México. El Colegio de México e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM; 1981.
- ONU. *25m internally displaced by conflict*. Global IDP Project. Ginebra, Suiza; 2002

- ONU. Refugiados en cifras. The United Nations Refugee Agency (unhcr) Ginebra, Suiza; 2005.
- OPS. Minorías en riesgo de tuberculosis. Bol. Of Sanit Panam 1993; 114(2):16-17.
- OPS. Rasgos epidemiológicos de la tuberculosis en el mundo. Bol. Of Sanit Panam 1995; 119(6):529-30.
- OPS. Serie salud y desplazamiento en Colombia. Módulo 1. Bogotá, Colombia: OPS y Universidad de Antioquia, 2005.
- Ortiz F. La enfermedad y el hombre. México: Ed. Nueva Imagen; 1985.
- Papail J, Velásquez LA. Aspectos migratorios en las familias de ciudades medias de Jalisco, en familia, salud y sociedad. México: Ed. Universidad de Guadalajara/ Instituto Nacional de Salud Pública/CIESAS/El Colegio de Sonora, 1983.
- Pérez R. Enfermedades viejas y Enfermedades Nuevas. México: Siglo XXI Editores, 1985.
- Prescott WH. History of the Conquest of Mexico. New York: (Primera edición de 1936) Barnes and Noble Books; 2004.
- Prior I. Migration and physical illness. Nueva York, USA: Ed. Kasl-Reichsman, 1977.
- Reid DD. International studies in epidemiology. Am J Epidemiol 1995;141(10):888-895.
- Salgado NS, Cervantes R, Padilla A. Gender and ethnic in psychosocial stress and generalized distress among hispanics. Sex Roles 1990; 22(7).
- Seminars on the Emerging Issues in International Migration. International migration theories: Conceptual and definitional issues. Bellagio Conference, 22-26 April of 1985. Bellagio, Italia.
- Semo E. Historia del Capitalismo en México. México: Ed. Era; 1983.
- Simmons AB. Explicando la migración. La teoría de la encrucijada. Estudios Demográficos y Urbanos 1991; 6(1).
- Slesinger DP, Christenson BA, Cautley E. Health and mortality of migrant farm children. Soc Sci Med 1986;23(1):65-74.
- Viniegra L. El pensamiento teórico y el conocimiento médico. México: Ed. UNAM 1988.
- Wellton TA. On the effect of migrations in disturbing local rates of mortality, as exemplified in the statistics of London and the surrounding country for the years 1851-1860. J Inst Actuarie 1872; 16:153.
- Woodward SB. The Story of Smallpox. New England J Med, 206:118.
- Zeballos JL. Efectos de los desastres naturales en la infraestructura de salud. Lecciones para desde una perspectiva médica. Bol Of Sanit Panam 1993; 115(5): 381-388.
- Zlotnik H. Concept of migration and its reflection in data collection systems. International Union for the Scientific Study of Population, Workshop on International Migration Data, Ottawa, 10-13 November; 1987.