

NEOLIBERALISMO Y SALUD EN LA FRONTERA DE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS. EL CASO DE LA TUBERCULOSIS

JOSÉ A. GOMES MOREIRA*

RESUMEN: El impacto de la reestructuración económica de libre mercado en los sistemas de salud pública durante las últimas décadas, ha sido devastador en gran parte del mundo, inclusive en las comunidades fronterizas de México y Estados Unidos, región del planeta donde el modelo de globalización neoliberal, aunado a la industria maquiladora y al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), estaría destinado a lucir una de sus mejores y exitosas ventanas hacia el futuro. Acompañaba esa racionalidad económica, el movimiento de creciente privatización de los sistemas nacionales de salud pública, con su consecuente sustitución por un modelo de medicina, más afín al concepto ideológico de salud como capital humano de un individuo, una mercancía a ser vendida para obtener ganancias en el mercado y ser adquirida para el consumo de seres humanos convertidos en propietarios privados de su propia salud.

El presente artículo se centra en «el caso de la tuberculosis» en la frontera de México y Estados Unidos, una de las enfermedades transmisibles reemergentes en el nivel mundial. Se trata de una enfermedad conocida históricamente como vinculada estrechamente al crecimiento de la pobreza, sensible a la problemática de la migración con su criminalización por algunos sectores sociales, al deterioro de las condiciones de vida (habitación, alimentación, saneamiento básico), al desmantelamiento de los sistemas de salud pública y agravada recientemente por la combinación con otras enfermedades como el VIH-SIDA y la diabetes.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, Globalización, Maquila, Salud, Neoliberalismo.

ABSTRACT: The impact of the free market economic restructuring on public health systems during the last decades has been devastating to most parts of the world, including in the border communities of Mexico and the United States, a region on the planet where the model of neo-liberal globalization, combined with the maquilas industries and the North America Free Trade Agreement (NAFTA), were destined to showcase one of its most successful and brightest windows to the future. This economic rationality was accompanied by a movement of increasing privatization of the national public health systems, with its consequent substitution by a medical model, more compatible to the ideological concept of health as an individual's human capital, a commodity to be sold for a profit in the market, and acquired to be consumed by human beings turned into private owners of their own health.

The present article concentrates in telling «the case of tuberculosis» in the U.S.-Mexican border, one of the reemerging transmissible diseases world-wide. This is a disease that is historically known to be linked to growing poverty, and sensitive to the problems related to migration and its criminalization by some social sectors, to the deterioration of living conditions (housing, food, sanitary infrastructure), to the dismantling of the public health systems, and recently aggravated by the combination with other diseases like VIH-SIDA and the diabetes.

KEYWORDS: Tuberculosis, Globalization, Maquila, Health, Neoliberalism.

* Profesor de Religión y Sociedad América Latina y el Caribe en St. Edwards University, y de español en el Austin Community College, Austin, Texas. Miembro de Amerindia Hispanos-EUA (www.amerindiaenlared.org). Correo electrónico: taihupara@hotmail.com.

*La promoción y protección de la salud de la población
son esenciales para mantener el desarrollo económico y social,
y contribuyen a una mejor calidad de vida y la paz en el mundo.
(Declaración de Alma-Ata, 1978)*

*Los ratones y las cucarachas
viven por la competición bajo las leyes de la oferta y la demanda.
Es el privilegio de los seres humanos
vivir bajo las leyes de la justicia y la misericordia.
(Wendell Berry, 2002)*

Durante la reunión anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) en junio de 1995 en San Diego, California, los secretarios de salud de los estados fronterizos de México y Estados Unidos hicieron pública su «frustración a causa de la falta de mejoras concretas entre la población fronteriza» y discutieron la «falta de enfoque, de comunicación y de confianza» (Overview: Binational Tuberculosis Symposium, 1996, p. 1) entre los trabajadores de salud de ambos lados de la frontera. A poco más de un año de la implementación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) los secretarios de salud también se daban cuenta de que «la atención (de los órganos gubernamentales) hacia la región fronteriza de México y Estados se ha incrementado», al mismo tiempo que «el flujo de mercancías y de personas a través de la región se ha hecho tremendo» (Binational Tuberculosis Campaign White Paper, 1995).

Aunque no especificaban en qué sentido se había incrementado esa atención gubernamental hacia la región fronteriza, ciertamente no se referían a la atención de la salud de la población de ambos lados de la frontera. Su propuesta era precisamente de que esa atención al menos alcanzara el nivel de las otras áreas, como la económica, de seguridad, o incluso las ambientales, a ejemplo del Acuerdo de La Paz firmado ya en 1983. Al describir «el problema» en la propuesta de una campaña binacional de tuberculosis en diciembre de 1995, los secretarios reconocían que aunque «ya eran varias las entidades gubernamentales y no-gubernamentales que se proponían a evaluar las ‘necesidades’ de la frontera», y «desarrollaban sus habilidades», en ese sentido, «infelizmente [...] no nos hemos hecho más capaces de, al mismo tiempo, aprender a resolver nuestros problemas» (Binational Tuberculosis Campaign White Paper, 1995).

El rezago en el área de la salud era grave y preocupante, no sólo por las tasas más altas que los promedios nacionales, tanto de México como de Estados Unidos, de las enfermedades como la hepatitis A, la diabetes y la tuberculosis, entre otras. La situación era particularmente problemática por la reconocida incapacidad de «aprender a resolver»¹ adecuadamente los problemas comunes a ambos lados de la frontera, con el «enfoque, comunicación y confianza» necesarios para superar las barreras políticas, económicas y culturales que separan de manera contrastante a una frontera tan larga, heterogénea y además desigual.

¹ Los siguientes párrafos siguen la lectura de ese mismo documento de trabajo («White Paper») para la primera reunión de los secretarios de salud.



En ese contexto, los secretarios de salud identificaron la tuberculosis como «una enfermedad que todos los estados fronterizos de ambos lados habían expresado como un problema creciente», y como un «problema de preocupación común, con un objetivo tangible lo suficiente como para ver una diferencia». A esta propuesta concreta se seguía el raciocinio de que, si se lograra obtener éxito en manejar un problema, entonces se podría utilizar la experiencia aprendida para también «eliminar de la lista» a los demás problemas.

La idea de enfocar la atención primero, en un «problema» antes de pasar a otro, lo que permitiría utilizar la experiencia aprendida; y de escoger la tuberculosis como una enfermedad, que por sus características proporcionaría con más facilidad ese objetivo, les parecía más obvia por ser «prevalente y persistente» en toda la región fronteriza. Además, considerando la alta movilidad de las poblaciones fronterizas dentro de cada país y entre un país y otro, el impacto potencial que tiene la tuberculosis no tratada, o con tratamiento incompleto, la probabilidad de extenderse a otras partes de ambos países es muy grande. Entre los migrantes, los trabajadores del campo que viajan por todo el país de norte a sur ocupándose en la cosecha de frutas y vegetales y en las empacadoras y fábricas de conserva, son la población con mayor riesgo de contraer y transmitir la tuberculosis a un gran número de contactos, antes de que la persona portadora de esa enfermedad sea encontrada y seguida hasta la conclusión de su tratamiento.

Por otra parte, el lado más práctico para que los oficiales de salud escogieran primero la tuberculosis, era la existencia, ya desde el inicio de la década, de proyectos binacionales ubicados en ciudades fronterizas, sobre todo en el estado de Texas, seguido de otros a lo largo de los demás estados.²

El papel de una «campana» debería ser el de crear una «sombrija lógica» para los proyectos actuales y futuros de tuberculosis en la frontera, y su propósito y mensaje tendría como finalidad «elevar la conciencia» para disminuir la tasa de tuberculosis en la región fronteriza. Esos mensajes deberían ser claros, sencillos y directos, elaborados cuidadosamente para generar compromiso y acción. Además, para ser efectivos, esos mensajes deberían «penetrar todas las facetas de la vida de la comunidad», y volverse tan prominente en la sociedad como «Smokey the Bear»³ y otras campañas consideradas exitosas de educación pública. En cuan-

² El Departamento de Salud de Texas (TDH por su sigla en inglés), hoy Departamento Estatal de Servicios de Salud Texas (DSHS) inició en 1991 el primer proyecto binacional de tuberculosis «JUNTOS» en la región de El Paso/Cd. Juárez. En 1993 inauguró el proyecto «Los Dos Laredos» y en 1995 creó el «Grupo sin Fronteras» para atender a los pacientes binacionales de McAllen/Reynosa, Harlingen y Brownsville/Matamoros. Programas binacionales de tuberculosis fueron establecidos en Yuma/San Luis Río Colorado en 1992, en Cochise/Noroeste de Sonora en 1997; ambos Nogales (Sonora y Arizona) también en 1997. Igualmente en 1997 se dieron inicio las actividades de Cure TB en San Diego, California, para la referencia de casos y para asegurar la continuidad del tratamiento de la TB de pacientes inmigrantes.

³ Así quedó conocida la campaña que fue creada en 1944 en el contexto de la segunda guerra mundial que convocaba la población en general, inclusive a los niños, a un llamado patriótico de vigilar y defender los bosques nacionales contra el incendio identificado con el enemigo. Haciendo uso de frases llamativas y carteles coloridos con mensajes como «El fuego de la floresta ayuda al



to a su contenido, los mensajes deberían ser enfocados a eliminar el estigma de la tuberculosis a través de la educación pública, elevar la conciencia sobre los síntomas de la enfermedad y enfatizar la importancia de completar el tratamiento.

Con esas ideas asentadas en un documento de discusión, fue convocada una primera reunión en Austin, Texas,⁴ los días 7-8 de febrero de 1996 por el secretario de salud de Texas, David R. Smith y el cónsul general de México, Roberto Gamboa Mascareñas. El objetivo era discutir la estructura de la campaña, las necesidades semejantes y diferentes de cada país y los «componentes lógicos» que incluirían educación, vigilancia, establecimiento de mecanismos de comunicación, así como el desarrollo de recursos dentro de los sectores públicos y privados de las economías de Estados Unidos y México (Overview: Binational Tuberculosis Symposium, 1996).

En el discurso de apertura de esa reunión, el Dr. Federico Ortiz Quezada, después de reconocer que «los problemas de salud regionales se están tornando internacionales», y de indicar el «compromiso de México en favor de una campaña binacional contra la tuberculosis», agregó que era necesario tener cuidado, para que una mayor conciencia sobre la tuberculosis no engendrara una «fobia» entre la población destinataria de esa campaña.

Con razón, ninguna campaña informativa o educativa puede ser considerada de por sí una estrategia de salud pública, ya que el enfoque predominante es en la responsabilidad del individuo, y no tanto en la responsabilidad de los órganos públicos y de la comunidad organizada. Además, las autoridades de salud nunca tendrán el control total sobre la recepción, ni tampoco sobre el efecto del mensaje por parte de la población, una de las más heterogéneas tanto social y económica, como culturalmente.

Por esos motivos, uno de los resultados de ciertas campañas puede ser el de apenas elevar el miedo, la ansiedad, o de reforzar el estigmatismo en lugar de eliminarlo, sobre todo en un contexto político en el que la mayoría de las veces las campañas son llevadas a cabo dentro de moldes autoritarios, donde la «población blanco», o destinataria, no es más que precisamente eso: un «blanco», o sea, objeto pasivo e inanimado de una acción iniciada desde fuera de sí misma, donde los poderes institucionales y legales generalmente se encuentran en competencia o en conflicto con la visión popular de la vida, de la salud y la enfermedad (Alma-

enemigo», y «Nuestra falta de cuidado es el arma secreta de los enemigos», el Consejo de Propaganda de la Guerra, organizador de esas campañas, creía que las personas podrían prevenir los accidentes con fuego y al mismo tiempo ayudar a vencer la guerra. Véase: <http://www.smokeybear.com/>.

⁴ Entre los participantes de esa reunión figuraban el Dr. Philip Lee, Secretario Asistente de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), la Dra. Dixie Snider del CDC, el Dr. Federico Ortiz Quezada, director de la Oficina de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salubridad (SSA), oficiales de salud de los 10 estados fronterizos, representantes de organizaciones civiles como el Project HOPE, Texas Medical Association, American Lung Association, Organización Panamericana de la Salud, National Center for Farm Worker Health, Migrant Clinicians Network y el Rotary International.



guer Gonzalez, José Alejandro 2003),⁵ generando más confusión y temor en la población que beneficio al público que pretenden servir.

Probablemente, debido a la intervención del Dr. Ortiz Quesada, se formó un grupo técnico binacional en tuberculosis que tomó el nombre de Diez Contra la Tuberculosis (DCT) y pasó a autodefinirse como una «iniciativa binacional», con el propósito de «identificar y responder a las oportunidades y retos que no pueden ser solucionados de manera unilateral por ninguno de los dos países actuando separadamente» (Minutas de la primera Reunión Técnica Fronteriza de Diez Contra la Tuberculosis (DCT), 1997). Desde entonces esta iniciativa binacional abandonó la idea original de promover campañas de información pública, y pasó a desarrollar planes de acción. Sin embargo, pasados ya los primeros diez años desde su fundación, ha contado con escasos recursos para llevar a cabo esas acciones y un limitado apoyo político por parte de las autoridades estatales y federales de salud.⁶

Aunque los «determinantes sociales» de la salud (Wilkinson, Richard y Marmot, Michael, 2003) sean cada vez más reconocidos por estudiosos y profesionales de esta área, y a pesar de que el propio modelo occidental de medicina los reconozca como parte integrante de la salud pública, la mentalidad dominante, reforzada por los intereses económicos de las corporaciones productoras de fármacos y por el movimiento de privatización del sistema de salud en las últimas décadas, todavía es la de curar individuos enfermos, no la de mantener y cuidar de la salud de toda una población. Esa mentalidad conservadora de salud como medicina, que recibe nuevo impulso con la ideología neoliberal actualmente en boga (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud 2000),⁷ se refleja inclusive en el plan

⁵ Una de las problemáticas más serias que el sistema de salud enfrenta en su relación con los pacientes es precisamente la de la «adherencia al tratamiento», y constituye, a nuestro modo de ver, una prueba contundente de la distancia cultural y económica que el sistema de medicina dominante tiene de la visión de salud y enfermedad de las poblaciones marginadas. Véase el estudio hecho sobre la adherencia al tratamiento de tuberculosis en el estado de Chiapas http://www.insp.mx/salud/42/426_6.pdf.

⁶ Por eso, en cierta medida es posible afirmar que esa iniciativa binacional fue «abortada» luego de la primera hora de su concepción, al menos como compromiso político de las autoridades federales y estatales de salud en desarrollar actividades binacionales en conjunto con los diez estados fronterizos, sobre todo por parte de los cuatro estados fronterizos de Estados Unidos, a causa de la creciente competencia por los recursos que año tras año se hacen todavía escasos. La necesidad de dar continuidad al diálogo y a la colaboración en el ámbito global de toda la frontera y subregional de los estados vecinos entre sí y binacionalmente, es cada vez más imprescindible. Obviamente esta necesidad no se restringe a apenas una enfermedad transmisible, a la existencia de un brote, o a situaciones de emergencia, como parece indicar una tendencia más reciente a partir del «11 de septiembre de 2001» con la posibilidad del bioterrorismo, o a la eventualidad de una pandemia de influenza aviar.

⁷ La penetración de la racionalidad económica neoliberal ha venido creciendo en los Programas Nacionales de Salud de México en los últimos sexenios, tipificada por el cálculo de costo-beneficio y costo-eficiencia, en las decisiones de políticas de salud que afectan precisamente a las poblaciones con menores recursos. La salud de los pobres tiene ahora un «valor» en el mercado como todas las demás mercancías, y los individuos, transformados en (o reducidos a) propietarios de su «capital humano», compiten por los escasos recursos, como todo capital, para lograr el «desarrollo económico». Para la racionalidad medio-fin «macroeconómica», la finalidad real de la inversión en salud es alcanzar el «desarrollo económico» de un país para ir a la guerra competitiva de mercados en la



estratégico elaborado por el grupo DCT para los años 2005-2010 en el que se proponen, en los moldes del plan anterior, de 1998-2004, las mismas cuatro líneas de acción: 1) epidemiología y vigilancia, 2) laboratorios, 3) educación y comunicación, y 3) manejo de casos, todas ellas enfocadas en detectar y curar individuos enfermos como la forma preferida de cuidar de la salud de la comunidad.

A partir de mediados del año 2000⁸ hasta la mitad de esta primera década del siglo, los gobiernos federales han concentrado su atención y recursos en el desarrollo y prueba piloto de una tarjeta binacional, para facilitar el manejo de casos binacionales de tuberculosis. Durante esos años, gracias a los esfuerzos combinados de la Secretaría de Salud de México, de los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC) y de la entonces recién inaugurada Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU), predominó la mentalidad de privilegiar la atención individualizada a enfermos que cruzan la frontera, de la que la nueva tarjeta binacional sería el instrumento más apropiado (Forum Sobre Asuntos Fronterizos de Tuberculosis, 2006).⁹ Al mismo tiempo, la propuesta de los trabajadores de la salud a lo largo de la frontera organizados en la iniciativa DCT de actuar simultáneamente en las cuatro líneas de acción (enumeradas en el párrafo anterior) quedó relegada a un segundo plano.

En 1998, la promesa esperada de fondos extras para realizar actividades binacionales de tuberculosis en la frontera, parecía venir desde otra fuente, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID). Sin embargo, aunque representantes de esa agencia en la Ciudad de México daban a entender la intención de elaborar su plan de acción en colaboración con DCT, al menos en lo referente a los estados fronterizos, en realidad eso no se ha realizado en ninguna de las etapas de la elaboración final y de implementación de la estrategia de Tuberculosis de USAID en México para los años de 1999-2004.

llamada economía global. La vida saludable de los individuos y de las comunidades es apenas un *medio* para lograr el desarrollo económico. Esta ética de mercado en salud pública y su racionalidad se encuentra claramente expresada en México, en el documento preparado por la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.

⁸ Véanse las minutas de la reunión del *Consejo Directivo de DCT*, Hermosillo, 2 de mayo de 2000, p. 4, y las minutas de la reunión del *Consejo Directivo de DCT*, Las Cruces, 29 de mayo de 2001, p. 3. La iniciativa de una tarjeta binacional de tuberculosis, llamada después simplemente de «Tarjeta Binacional de Salud», surgió, de una «iniciativa conjunta de la División de Eliminación de la Tuberculosis del CDC y el Programa Nacional de Tuberculosis de México, con el apoyo y participación de otras organizaciones, inclusive de DCT» (*Idem*). Por su parte, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos desde su reunión inaugural del 27 de noviembre de 2000, también apoyó la idea de desarrollar un «método para asegurar la continuidad de tratamiento de pacientes de tuberculosis en la frontera» (*Idem*). Fundada por los dos gobiernos federales, la Comisión define su misión como la de «proveer un liderazgo internacional para optimizar la salud y la calidad de vida a lo largo de la frontera de México-Estados Unidos».

⁹ Para fines del 2006 los beneficios de la tarjeta son percibidos de manera muy diferente de un lado y del otro de la frontera. Para el lado de Estados Unidos, desde un criterio de relación estricta de costo-beneficio, la tarjeta no es considerada un «beneficio adicional» a los sistemas de referencia ya existentes (Cure-TB y TB-Net). A su vez, para el lado mexicano de la frontera la tarjeta es percibida como oportunidad adicional para educar al paciente sobre su enfermedad, y útil por el «sentido de seguridad» que proporciona, aunque más psicológica que real, y de «responsabilidad personal».



En noviembre de 2002, el grupo DCT fue oficialmente reconocido por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, como su grupo técnico asesor en tuberculosis. Dos años después, el 20 de agosto de 2004, este grupo presentó un plan estratégico de acción binacional en tuberculosis, extensivo a toda la frontera para los años de 2005-2010,¹⁰ su tercer plan elaborado a lo largo de un periodo de diez años. Al concluir la presentación, los comisionados solicitaron al grupo que como siguiente paso elaborara planes de acción subregionales específicos, tomando en consideración la diversidad de las necesidades locales a lo largo de la frontera, utilizando el plan estratégico como marco general de esas acciones. Hacia fines de 2006, se estimaba que estos planes subregionales serían concluidos y presentados a la Comisión durante los primeros meses de 2007, para dar inicio a una nueva etapa de implementación de las actividades binacionales ahí recomendadas. Sin embargo, los largos años de pocos resultados concretos de esta iniciativa binacional, como acción conjunta de los diez estados en torno al problema de la tuberculosis; las incertidumbres administrativas en la dirección del grupo; y la falta de perspectivas de conseguir recursos propios ante las agencias gubernamentales y no-gubernamentales de ambos países, llevaron a un crónico desaliento y, finalmente, a una completa paralización y desarticulación de los miembros, ocupados, varios de ellos, en la realización de pequeños proyectos limitados en espacio y tiempo, con fondos nuevamente adquiridos por USAID y en menor escala por el Rotary Internacional, ya sin ninguna referencia a un Plan Estratégico común para toda la frontera.

LA TUBERCULOSIS: «PERFECTA EXPRESIÓN DE UNA SOCIEDAD IMPERFECTA»

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por un microorganismo llamado *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), también denominado bacilo de Koch. Este bacilo se propaga a través del aire por medio de gotitas que contienen el bacilo expelido por un enfermo con tuberculosis pulmonar al toser, respirar o hablar. Cuando esas gotitas son inhaladas por cualquier persona y se infecta, se adquiere el riesgo de desarrollar la enfermedad en algún momento de la vida.

Thomas Dormandy inicia el último capítulo de su respetada obra de historia de la tuberculosis, afirmando, muy apropiadamente, que «la tuberculosis ha sido llamada la perfecta expresión de una civilización imperfecta». (Houston, Muir, 1999). De hecho, la tuberculosis es una enfermedad social en el más amplio sentido de la palabra, ya que su propagación está íntimamente ligada a las condiciones de

¹⁰ Ese Plan Estratégico fue presentado durante la reunión anual de la Comisión de Salud Fronteriza realizada en Ensenada, Baja California. Diez Contra la Tuberculosis (DCT), *Plan Estratégico 2005-2010*, presentado a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos el 20 de agosto de 2004. Véase documento completo en la página de web de DCT: <http://www.diezcontralatb.org> o en su versión en inglés: <http://www.tenagainsttb.org>.



vida de la población. «El riesgo de infección y el de enfermarse está determinado por factores socioeconómicos como alimentación, vivienda, estrés, etc.» (Diez Contra la Tuberculosis, DCT, 1996, p. 4) o por coinfección con otras enfermedades como la diabetes, y más recientemente con el VIH-SIDA.

Debido a la mejoría de las condiciones socio-económicas y ambientales en Estados Unidos y en algunos países europeos, entre la primera y la segunda guerra mundial, por primera vez surgió la posibilidad de la erradicación de la tuberculosis en un futuro no muy distante. Aunque la tendencia a la disminución del número de casos fue interrumpida durante la segunda guerra mundial, esas esperanzas fueron reavivadas con la aparición de la quimioterapia de la tuberculosis iniciada con el descubrimiento de la estreptomycinina en 1943. Las medicinas básicas que, hasta el día de hoy, se utilizan para el tratamiento de la enfermedad fueron descubiertas durante las dos primeras décadas que siguieron a la posguerra: la pirazinamida (PZA) en 1950, la isoniacida (INH) en 1952, el etambutol (EMB) a mediados de los sesenta y la rifampicina (RIF) a finales de la década.

De 1985 a 1992 los casos de tuberculosis volvieron a aumentar en los Estados Unidos. La misma tendencia se multiplicó en las demás partes del mundo. Las principales causas de ese aumento tuvieron origen en la «complacencia y negligencia» que resultó de la disminución y retiro, por varios años, de los fondos federales, estatales y locales para su control; la complacencia de los oficiales de salud y al aumento de las tasas de enfermedad en la mayor parte del mundo (Geiter Lawrence, 2000).

Se señalan otros tres factores (Diez Contra la Tuberculosis, DCT, 1996) que han llevado al aumento de la tuberculosis en los países del tercer mundo: 1) la demografía de esos países afectada por los cambios económicos, políticos, sociales y culturales; 2) la emergencia de cepas resistentes a los fármacos (MDR-TB),¹¹ y 3) la epidemia de VIH-SIDA.

En cuanto al factor demográfico, los niños nacidos después de la segunda guerra mundial que sobrevivieron a la mortalidad infantil, hasta entonces elevada sobre todo en los países pobres, alcanzaron la edad en que la morbilidad y mortalidad de tuberculosis es alta (20-45 años). En muchos de esos mismos países, los factores socio-políticos y económicos que incluyen los conflictos armados, resultado de la prolongada guerra fría (1946-1989); el crecimiento de la pobreza vinculada a los efectos negativos de la globalización neoliberal;¹² las distintas formas de violencia urbana, la lucha campesina por la tierra y, los desastres naturales, han

¹¹ Tuberculosis Multifarmacorresistente. Es común la utilización en español de la sigla en inglés para «Multi-drug Resistant Tuberculosis».

¹² Se señala, por ejemplo, para el caso de México, que en tres décadas el salario mínimo, después de alcanzar su máximo histórico en 1976 de 53.59 pesos diarios, se desplomó a 11.01 pesos diarios en 2005, representando una pérdida de 79% del poder adquisitivo de los trabajadores mexicanos. Véase artículo: «En tres décadas cayó 79% el poder adquisitivo: Universidad Obrera de México (UOM)», en *Milenio*, (México) lunes, 5 de febrero de 2007. Sobre los efectos de la globalización neoliberal a nivel mundial véase Hertz, Noreena, *The Silent Takeover. Global Capitalism and the Death of Democracy*, Nueva York, The Free Press, 2001, 247 p.



creado una gran cantidad de poblaciones desplazadas, desnutridas, viviendo en condiciones de hacinamiento y en comunidades carentes de saneamiento básico. Ese factor demográfico, del que participa la gran masa de migrantes y refugiados, es responsable por la mayor parte de las personas que se mueren hoy de tuberculosis en Asia, en el Africa Subsahariana, en Sudamérica, en algunas islas del Caribe y en los estados fronterizos del sur y del norte de México.

Otra causa fue la aparición de cepas resistentes a los medicamentos (MDR), sobre todo en pacientes provenientes del tercer mundo y de la antigua Unión Soviética. Se ha dicho que si bien el SIDA tuvo su origen en el tercer mundo, la tuberculosis MDR tuvo origen, o al menos se tomó conciencia de ella, en el «corazón del cuarto mundo, Nueva York» el día 30 de agosto de 1991, con la publicación de la noticia de cuatro pequeños brotes, en el semanario *Morbidity and Mortality Weekly Report* de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) (Dormandy, Thomas, 1991, p. 386). El cuarto mundo a que se refiere son los habitantes de las calles, los sin techo de esa y otras grandes ciudades, un subproducto del desarrollo desigual y de la desigualdad social (Farmer, Paul, 1996, pp. 259-269) en el seno del mismo «primer mundo».

La multifármacorresistencia representa una de las amenazas más importantes a la salud pública mundial (Reichman, Lee B. y Janice Hopkins Tanne, 2002). Las cepas fármacorresistentes de tuberculosis pueden ser tan contagiosas como las cepas no resistentes, pero son menos curables y representan una sentencia de muerte para los pacientes de los países pobres. En muchos de esos países, no sólo el alto costo y el efecto disminuido de los medicamentos de segunda línea constituyen barreras para el tratamiento, sino también la falta de instrumentos esenciales de laboratorios y de infraestructura para el monitoreo de los pacientes. A parte de la obvia necesidad de reducir la pobreza (Comisión Mexicana Sobre Macroeconomía y Salud, FCE-Secretaría de Salud, 2000),¹³ el instrumento más importante recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que esos países puedan detener la tuberculosis y su complicación en MDR es la aplicación de la terapia DOT (Terapia de Observación Directa), o TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) como se conoce en México, para asegurar que el paciente concluya debidamente su tratamiento. Sin embargo, la escasez de recursos

¹³ La relación entre tuberculosis y pobreza fue enfatizada en 2002 a través del lema del día mundial de la tuberculosis de ese año: «Detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza». El Diario de Campaña enfatizó el hecho de que combatir la pobreza es también combatir la tuberculosis y viceversa. Como pretendemos desarrollar en otro lugar, una corriente reciente del pensamiento económico pretende reducir el problema de la pobreza al problema de la mala salud de una población, sin ninguna mención a las desigualdades estructurales creadas por el propio sistema económico dominante. La salud de un pueblo es considerada no sólo una «resultante», sino una «determinante» de la riqueza de un país, así como la educación lo fue en otro momento, un elemento constituyente del «capital humano». Esa corriente, liderada por macroeconomistas o economistas del desarrollo, considera su hallazgo un verdadero «cambio de paradigma», por considerar a la salud un «tema de la agenda de desarrollo», no apenas un «tema especializado de los técnicos en salud pública».



financieros (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease on behalf of the Stop TB Partnership, 2002),¹⁴ la falta de capacitación adecuada de los trabajadores de salud, de laboratorios sin equipo adecuado para la detección, la falta de transporte para el paciente y para el personal médico, la carencia de medicina apropiada en cantidad necesaria para toda la duración del tratamiento (en promedio de seis a ocho meses), de alimentación adecuada, etc., sumado a su gran movilidad a través de las fronteras de estados y países, se hace extremadamente compleja la aplicación exitosa de esa terapia.

La epidemia de VIH-SIDA y su combinación con la tuberculosis vino a empeorar la situación ya de por sí grave, a escala mundial. El riesgo de contraer la enfermedad por parte de las personas inmunocomprometidas, como de las infectadas por el virus inmunodeficiente humano (VIH) es bien mayor que en una persona con el sistema inmune saludable. La doble infección VIH-TB es más frecuente en las regiones donde el VIH es pandémico, donde se estima que la coinfección ya sea superior a 30% de los casos.

Esta situación llevó a que en 1993, la Organización Mundial de Salud (OMS) declarara a la tuberculosis como enfermedad reemergente. Sin embargo, habiendo pasado ya más de una década después de esa declaración, ese cuadro no se ha mejorado. Hay más personas infectadas con la bacteria *M. Tuberculosis* este año que en cualquier otro año anterior en la historia, o cerca de un tercio de la población mundial. El número estimado de casos nuevos de tuberculosis, de cerca de ocho millones en 1997, ha alcanzado la cifra de nueve millones en 2004 (*WHO Report 2006*). Según la OMS, 22 países¹⁵ son responsables por el 80% de los casos en el mundo. El 98% de las dos o tres millones de defunciones por año¹⁶ ocurren en los mismos países donde albergan el 95% de los casos de tuberculosis activa.

En las Américas, Brasil sigue siendo en 2006, el único país que todavía se encuentra entre los 22 países de mayor riesgo, ocupa el 15o. lugar en el ámbito mundial en número de casos, con una tasa de incidencia de 50 por 100 000 habitantes (*Global Tuberculosis Report, 2008*). Haití tiene menor número de casos que Brasil, pero con una tasa de 306 por 100 000 habitantes, es semejante a la de los países del África Subsahariana, y el más elevado en las Américas. Las tasas estimadas de la tuberculosis de cuatro países sudamericanos, Bolivia (217),¹⁷ Perú

¹⁴ El compromiso de los gobiernos de los países con tasas elevadas de tuberculosis es fundamental para lograr los recursos necesarios para el manejo de esa enfermedad, lo que muchas veces implica en cambios substanciales en las prioridades nacionales. En ese sentido, el «buen ejemplo del Perú» fue recordado por el viceministro de Salud de ese país en 2001: «En términos de recursos, esto ha supuesto algunos cambios en la financiación: un 20% menos para defensa, un 56% más para la salud y un presupuesto para el control de la tuberculosis, en 2002, de 23 millones de dólares».

¹⁵ Esos países son: Afganistán, Bangladesh, Brasil, Cambodia, China, Congo, Etiopía, India, Indonesia, Kenia, Mozambique, Myanmar, Nigeria, Paquistán, Filipinas, Rusia, África del Sur, Tailandia, Uganda, Tanzania, Vietnam y Zimbabwe.

¹⁶ Difícil y desconcertante contar el número preciso de fatalidades a causa de una enfermedad curable que ocurre el 95% entre los más pobres.

¹⁷ Los números en paréntesis corresponden a la tasa (casos por 100 000 habitantes).



(178), Ecuador (131) y Guyana (140) superan en mucho al promedio de la tasa de los demás países latinoamericanos y caribeños. En Centroamérica los países con tasas más altas son Guatemala y Honduras (77 ambos) y Nicaragua (63). Los países con las menores tasas estimadas de tuberculosis en América Latina son Cuba (10), Costa Rica (14) y Chile (16).

En cuanto a México, a pesar de la disparidad entre la tasa estimada por la OPS de 32 casos por 100 000 habitantes y la tasa oficial publicada por la Secretaría de Salud en 2004 de 13.7 (véase cuadro 2 abajo), se encuentra entre los países donde la incidencia de tuberculosis es de gravedad intermedia, siendo más elevada en los estados fronterizos del norte y del sur, receptores de la migración interna y de otros países latinoamericanos.

Por su parte, la tasas de Canadá (5.0) y de Estados Unidos (4.8) en 2005, los ubica entre los países con la más baja incidencia de tuberculosis del mundo, aunque todavía lejos de alcanzar la meta establecida en 1989 por el Comité Asesor para la Eliminación de la Tuberculosis, del CDC, de *eliminar* la tuberculosis (es decir, una tasa de menos de un caso por un millón de habitantes) en Estados Unidos para el año 2010 (A Strategic Plan for the Elimination of Tuberculosis in the United States, 1989).

LA FRONTERA ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS

La frontera política que separa México y Estados Unidos cubre una extensión de 3,141 km. o 1,952 millas entre el Golfo de México y el Océano Pacífico. Los estados fronterizos comparten tres grandes regiones desérticas: el desierto de Altar o de Sonora, el desierto de Mojave y los desiertos de Chihuahua que se extiende por los estados de Texas y Nuevo México. Texas y Chihuahua son los estados geográficamente más grandes en sus respectivos países (excepto Alaska) pero contiene áreas que son despobladas en su mayor parte.

Se han propuesto por lo menos tres criterios de delimitación del espacio fronterizo entre México y Estados Unidos (Gasca Zamora, José, 2002). El primero se refiere a los 39 municipios mexicanos y los 25 condados estadounidenses estrictamente fronterizos. El segundo, el más utilizado, es cuando se reconocen los programas binacionales de protección del medio-ambiente derivados del «Acuerdo de La Paz» de 1983, el que define la región fronteriza como una franja territorial de 100 kilómetros (62 millas) hacia el interior de cada país, tomando como referencia la línea internacional. El tercer y último criterio se refiere a delimitar el espacio fronterizo a partir del conjunto de las entidades federativas del suroeste de Estados Unidos: California, Arizona, Nuevo México y Texas y las del norte de México: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas. Consideramos que este sea el criterio más apropiado para definir la frontera, por tomar en consideración a la totalidad de la dinámica histórica, económica y social, así como la político-administrativa de esos estados.



En toda la región fronteriza, las seis áreas metropolitanas más pobladas son:

ÁREA	POBLACIÓN (MILLONES) (2001)
San Diego-Tijuana	4.0
Mexicali-Calexico	0.8
El Paso-Ciudad Juárez	1.9
Laredo-Nuevo Laredo	0.4
Brownsville-Matamoros	0.5
Harlingen/McAllen-Reynosa	1.0

En términos sociales y económicos, cuatro de las siete ciudades y cinco de los condados más pobres de Estados Unidos se encuentran en la frontera de Texas con México. Como un todo, los condados del lado estadounidense de la frontera han experimentado durante más de 30 años un aumento del desempleo y descenso del ingreso per cápita. Un ejemplo de ello es la ciudad de El Paso, Texas, donde la pobreza es dos veces mayor que el promedio nacional y el ingreso promedio, tres veces menor, es fruto de lo que David Simcox llama de «crecimiento sin prosperidad» (Simcox, David, 1993). El acceso a la salud también es deficiente en el lado estadounidense de la frontera. El Paso, con una tasa de 35% de personas sin seguro de salud, tiene la tasa más alta de todas las ciudades del país (Roberts, Chris, 2003).

Por otro lado, los seis estados del norte de México se encuentran entre las entidades federativas con el menor índice de pobreza extrema en el país, y también con la menor tasa de desempleo (Rodríguez, Israel, 2003).¹⁸ Sin embargo, los contrastes en las condiciones de vida de la mayoría de la población permanecen grandes, comparados con las personas que viven en el lado norteamericano de la frontera.

La crisis de la deuda externa en América Latina iniciada en México en 1982, puso fin al modelo económico de substitución de importaciones, con la implementación en su lugar del modelo de globalización neoliberal (Homes Noria y Antonio Ugalde, 2003, pp. 2016-2022) o de libre mercado, del que la firma del Tratado de Libre Comercio del Atlántico Norte (TLCAN), inaugurado el 1 de enero de 1994, es uno de sus componentes. Estos factores económicos y políticos son señalados como las principales causas del incremento de la migración mexicana hacia los estados del norte, en busca de trabajos en la industria maquiladora y hacia los Estados Unidos.

Al cumplir sus primeros 10 años, se observa que en términos económicos, el TLCAN ha sido un gran éxito sobre todo para las corporaciones trasnacionales. La exportación mexicana aumentó en un 600% entre 1993 y 2002 y la inversión extranjera directa (IED) se ha triplicado entre 1985 y 2002 alcanzando a 55 mil

¹⁸ La pobreza extrema, es de alrededor de 10%, mientras los estados del sur alcanzan un porcentaje de hasta más de 40%. El artículo comenta las tasas oficiales de desempleo y de pobreza hechos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.



millones de dólares en ese periodo (Arroyo Picard, Alberto, 2004). La productividad mexicana también aumentó en un 45% desde 1995. Además, en esos años la economía mexicana se tornó completamente interligada con (o dependiente de) la de su vecino del norte, ya que el 65% de la importación mexicana proviene de los Estados Unidos, mientras que el 89% de su exportación se dirige a ese país.

Como modelo de desarrollo, sin embargo, el TLCAN no ha cumplido con sus promesas. La tasa del producto interno bruto per cápita se mantuvo el mismo que en 1980. En 2002 sólo el 4% de la materia prima utilizada en la industria maquiladora era de origen mexicano, lo que significa poco o ningún crecimiento de la industria doméstica (Hargrove, Basil "Buzz, 2004, p. 34). Por otra parte, tanto la pobreza absoluta como la pobreza relativa han aumentado. De una población total aproximada de 104 millones de habitantes, 54 millones de mexicanos viven en la pobreza (menos de \$2 dólares por día) mientras 21 millones viven en extrema miseria (con menos de \$1 dolar por día) (Brown, Garrett, 2004, p. 4).

El resultado más visible de ese modelo económico adoptado a partir de 1982 es, sin duda, la migración. En noviembre de 1993 el secretario de estado, Warren Christopher, afirmaba que «es a la medida que la economía mexicana prospere, salarios más altos y mejores oportunidades van a reducir la presión para la migración ilegal a los Estados Unidos» (Ferris, Susan, 2003, p. 16).¹⁹ En las palabras del entonces presidente de México, Carlos Salinas de Gortari, la intención del TLCAN era «exportar mercancías, no personas» (Massey, Douglas, 2000). Diez años después del inicio de la implementación de ese tratado, el resultado es claramente el reverso, ya que México, incapaz de «exportar suficientes mercancías para hacer funcionar la estrategia del TLCAN, ha tenido que continuar exportando a su gente» (Faux, Jeff, 2004, p. 97).

En el año 2000, el censo mexicano indicaba un crecimiento de la población en los seis estados de la frontera norte de entre 3.6% y 5.5%, en comparación con el promedio nacional de 1.7% al año. Ese crecimiento es atribuido en su mayor parte a los migrantes provenientes de los estados del centro y sur de México, en busca de trabajo en la industria maquiladora, único sector donde la oferta de empleo se duplicó entre 1994 y 2000, mientras se estancaba en el resto del país (Faux, Jeff, 2004, p. 98).

El promedio anual de la migración mexicana hacia los Estados Unidos, que entre los años 1930 a 1980 había sido de 30 mil personas, en la década de los ochenta pasó a ser cerca de 170 mil por año, y en la década de los años noventa fue de 360 mil. Sólo para el año 2003, la estimativa del Consejo Nacional de Población (Conapo) era de que 400 mil mexicanos habrían emigrado hacia los Estados Unidos. Durante las últimas «dos décadas perdidas para la economía de América Latina», la población de origen latinoamericano y caribeño en Estados Unidos pasó de 4.4 a 14.5 millones, de la cual cerca de 30% es de origen mexicano.

¹⁹ Rica en datos estadísticos, es un testimonio de la crisis del neoliberalismo en México e indica las principales opciones de salida para el país.



Tal vez el indicador más positivo de la migración sea el creciente monto de las remesas monetarias enviadas por los migrantes a sus países de origen. Las remesas enviadas por los emigrantes mexicanos a sus familiares pasó de 2.5 mil millones en 1990 a 13.3 mil millones (Gonzalez Amador, Roberto, 2004)²⁰ en 2003, ha alcanzado la cifra de 23 mil millones en 2006 y se ha convertido en la más importante inversión extranjera directa (IED) al país. Un número cada vez mayor de familias mexicanas²¹ y de otros países de América Central, del Sur y del Caribe cuenta, para su sobrevivencia, con la remesa de sus familiares que viven y trabajan en Estados Unidos y Europa.

A pesar de reprimido y criminalizado, el movimiento de los trabajadores por las fronteras ha sido fundamental para la economía de los dos países, y de las regiones expulsadoras de inmigrantes, así como de sus familiares. Sin embargo, el crecimiento del flujo de remesas enviadas por trabajadores inmigrantes a sus hogares, difícilmente puede ser considerado una estrategia práctica para el desarrollo económico (Faux, Jeff, 2004, p. 97),²² por más espectacular que éstas sean.

La inmigración de trabajadores indocumentados se ha incrementado en los últimos diez años, ante la ausencia de una política migratoria compatible con un modelo económico que pretendía dar libre movimiento únicamente a las mercancías. Aunque notoriamente difícil de obtenerse una estimativa exacta, el porcentaje de inmigrantes indocumentados entre 1993 y 1997 era de 48%. Entre 1998 y 2000 ese porcentaje fue de 63%, y entre 2001 y 2003 fue de 75% (Robles Nava, Francisco, 2004).²³ En 2003 había en EUA entre siete y nueve millones de inmigrantes indocumentados, de los cuales se calculaba que cuatro millones fueran de origen mexicano.

Es necesario recordar, además, a las víctimas fatales de la actual política migratoria que se ha convertido en un nuevo factor de amenaza a la salud pública.

²⁰ Los tres estados que en 2003 recibieron más remesas del exterior sumando el 31.5% del total fueron: Michoacán, Jalisco y Guanajuato. La entidad federativa que recibió la menor cantidad de remesas fue Baja California Sur sumando un total de 18 millones de dólares o el 0.13% del total. Por otra parte, en 2003 el Consejo Nacional de Población (Conapo) reveló que de los 2 mil 443 municipios existentes en el país, apenas 93 nunca recibieron remesas del extranjero y tampoco tienen habitantes con antecedentes migratorios.

²¹ Entre 1992 y 2000 hubo un aumento en 90% en el número de hogares receptores de remesas, actualmente en torno a 1.2 millones de hogares. Uno de cada 10 hogares receptores son en poblaciones con menos de 2,500 habitantes (Conapo).

²² Consciente de esa realidad, el presidente de Brasil, Luis Ignacio da Silva, Lula, hablando en Nueva York a los inmigrantes brasileños durante su visita en julio de 2004 afirmó que a pesar de ser importante para los familiares y para el país las remesas de los migrantes, «la gran contribución que en verdad ustedes van a dar es el día en que puedan volver a Brasil y vivir dignamente en el país», refiriéndose al día en que el país pueda dar trabajo digno a su población. Dos semanas después de la entrevista dada a la mayor cadena de TV del país, Globo Internacional, dos brasileños se murieron intentando cruzar la frontera por el desierto entre Chihuahua y Texas y otros 20 fueron apresados por la patrulla fronteriza de EUA.

²³ Un promedio de 437 mil personas salieron de México, la mayoría sin papeles, hacia EUA en los últimos tres años, *La Opinión*, 27 de enero de 2004. El artículo comenta datos recientes publicados por el Conapo, con relación a tendencia migratoria mexicana a los Estados Unidos en los últimos años.



Entre 1994 y 2006, cerca de 4,000 personas murieron cuando intentaban cruzar las fronteras por regiones cada vez más peligrosas e inhóspitas. De esas personas, un promedio anual de más de 400 han muerto en los últimos años (2000-2006).

LA TUBERCULOSIS A LO LARGO DE LA FRONTERA

Como enfermedad infecciosa, la tuberculosis no conoce fronteras geográficas, políticas, económicas o de clase social, aunque más de 95% de sus víctimas se encuentren entre los más pobres de todo el mundo. Entre esos pobres se encuentran también las minorías étnicas del primer mundo y, a partir de las últimas dos décadas, los inmigrantes provenientes de los países del tercer mundo, así como los migrantes dentro de la frontera de los países, en su gran mayoría en búsqueda de mejores condiciones de vida.

En los Estados Unidos, el censo de 2000 indicaba que, por primera vez, la mayoría (51%) de la población nacida en el extranjero (*foreign-born*) era proveniente de América Latina y el Caribe, de los cuales 28.7% corresponde a México (U.S. Department of Commerce 2001, p. 10).

Consciente de la importancia cada vez mayor de los inmigrantes como factor de riesgo para la transmisión de la tuberculosis, en 1986 los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) incluyeron la categoría «país de nacimiento» (*birth country*) al formulario de notificación de la tuberculosis. A partir de esa fecha, los inmigrantes aparecen en las estadísticas como «nacidos en el extranjero», o *foreign-born*, y ocupan una proporción cada vez más relevante de los casos de tuberculosis comparados con los nacidos en el país (*U.S.-born*).

Así, por ejemplo, en 1991 el 73% de los casos reportados se encontraba entre las personas nacidas en Estados Unidos (19,161 casos) mientras el 27% se encontraba entre personas nacidas en el extranjero o inmigrantes (6,982).²⁴ En 2001, por primera vez, en el nivel nacional prácticamente se ha nivelado en 50% de los casos de tuberculosis entre esos dos grupos (7,845 y 7,865 respectivamente).

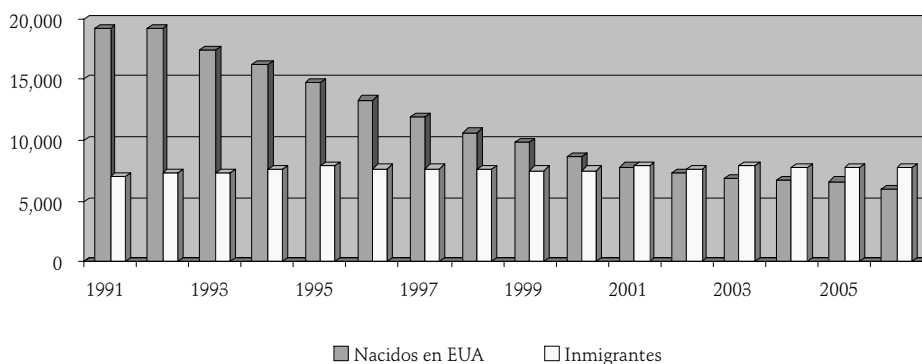
En 2006 los inmigrantes sumaron el 57% (7,799 casos) del total de casos de tuberculosis en la Unión Americana. (Véase gráfico 1). Entre los estados fronterizos, California (2,779) y Texas (1,585), fueron los estados con el mayor número de casos en 2006, de los cuales el 76.6% era entre los inmigrantes en el estado de California y el 47.9% en Texas. (Véase cuadro 1).

²⁴ Véase CDC, *Reported Tuberculosis in the United States. Mycobacterium Tuberculosis, 2006*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, CDC, Septiembre 2006. Sobre la epidemiología de la tuberculosis en la frontera de México y Estados Unidos véase Schneider, Eileen, Kayla F. Laserson, Charles D. Wells *et al.*, «Tuberculosis along the United States-Mexico border, 1993-2001», *Rev Panam de Salud Pública*, julio de 2004, vol. 16, núm. 1, pp. 23-34, también en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000700004&lng=en&nrm=iso.



GRÁFICO 1

Número de casos de tuberculosis.²⁵
Comparación entre nacidos en EUA e inmigrantes, 1991-2006



Además, 27 estados reportaron en 2006 que sus casos de tuberculosis han sido 50% o más entre los inmigrantes. La tasa de tuberculosis en 2006 entre los inmigrantes fue de 22.0 por 100 mil o 9.5 veces mayor que entre las personas nacidas en el país (2.3 casos por 100 mil).

En 2002 el 12.2% de la población de Estados Unidos nació en el extranjero, de los cuales el 52% era latinoamericano y el 28.7% era de México. Sin embargo, América Latina y el Caribe fueron las regiones de origen del 45% de los casos de tuberculosis, el 25% de éstos de origen mexicana (CDC, 2005, p. 19).²⁶

El cuadro 1 (abajo) muestra el porcentaje de tuberculosis en los últimos nueve años (1998-2006) entre los nacidos en Estados Unidos (EUA), los nacidos en el extranjero (EXT) y los nacidos en México (MX) en los cuatro estados fronterizos del sur de la Unión Americana en comparación con el promedio nacional.

La incidencia de tuberculosis es mayor que el promedio nacional en California y Texas en el lado estadounidense. En el lado mexicano, en todos los estados menos Chihuahua, la incidencia es mayor que el promedio nacional (véase cuadro 2).

Los estados de Chihuahua y Coahuila han reportado tasas más semejantes al promedio nacional, mientras en el lado estadounidense Arizona y Nuevo México han reportado tasas abajo del promedio nacional, con excepción de 2003, cuando Arizona reportó una tasa de 5.3 por 100,000 habitantes.

En 2005, California (8.0) y Texas (6.7) se encontraban entre los 13 estados que reportaron tasas más altas que el promedio nacional. Además, la tasa promedio de los cuatro estados fronterizos (7.1) continuó más alta que en 2002, cuando alcanzó su nivel más bajo (6.0) a pesar de que la tasa de Nuevo México (2.0) haya continuado descendiendo.

²⁵ *Ibidem*, p. 107.

²⁶ Esa proporción no ha cambiado mucho en 2006 conforme el reporte de los CDC correspondiente a ese año.

CUADRO 1

Porcentaje de tuberculosis entre los nacidos en EUA,
en el extranjero (EXT) y en México (MX)

	% EN 1998			% EN 1999			% EN 2000		
	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX
Arizona	61.0	39.0	69.6	58.8	40.8	62.6	43.3	55.9	66.4
California	29.9	69.6	31.4	29.8	69.4	32.7	27.6	72.0	31.8
Nuevo México	69.1	30.9	66.6	70.3	29.4	89.4	60.9	35.0	87.5
Texas	62.5	37.2	59.2	60.3	39.3	56.1	59.3	41.0	60.6
Estados Unidos	58.1	41.3	23.1	56.0	43.1	23.2	53.2	46.1	23.4

	% EN 2001			% EN 2002			% EN 2003		
	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX
Arizona	52.6	46.0	61.7	49.9	51.7	75.7	40.7	58.0	69.0
California	25.2	74.0	32.1	24.0	75.2	34.0	24.3	75.0	34.0
Nuevo México	77.8	22.0	66.7	63.2	35.1	65.0	57.1	40.8	75.0
Texas	56.8	43.0	54.8	57.6	42.2	58.2	55.3	44.6	57.9
Estados Unidos	49.1	49.3	23.4	48.4	50.8	24.6	46.4	53.1	26.0

	% EN 2004			% EN 2005			% EN 2006		
	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX	EUA	EXT	MX
Arizona	42.3	57.0	63.9	38.8	60.1	65.1	40.6	56.8	65.9
California	24.0	75.5	32.0	22.6	76.8	32.3	23.0	76.6	31.5
Nuevo México	54.8	45.2	89.5	53.8	46.2	72.2	26.0	47.9	87.0
Texas	55.4	44.6	58.6	51.9	48.1	57.6	52.1	47.9	51.4
Estados Unidos	46.0	53.8	25.4	45.2	54.6	25.2	43.1	56.6	24.7

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Por su parte, continúa la tendencia a los recortes en el presupuesto nacional para los programas de control de la tuberculosis financiados por el CDC, de 5.5 millones de dólares correspondiente al año fiscal de 2005²⁷ y del 16% para 2007, al mismo tiempo que el Congreso ha aprobado un aumento en los fondos para el bioterrorismo y las pandemias de influenza (Gorman, Christine, 2006, pp. 60-61).

Los estados fronterizos de México y de Estados Unidos con tasas más elevadas, reflejan las actuales rutas de la migración mexicana de los estados centrales y del sur del país hacia los estados de la frontera norte y a la Unión Americana. Los estados de Baja California y Tamaulipas se han convertido en los principales estados destinatarios de la migración fronteriza permanente y de la migración temporaria para los migrantes de México, de América Central y de Sudamérica con destino a los Estados Unidos y Canadá.

²⁷ Véanse notas de la reunión de 23-24 de junio de 2003, del Consejo Asesor de CDC para la Eliminación de la Tuberculosis (ACET por su sigla en inglés).



CUADRO 2

Tasa* de tuberculosis pulmonar en los estados fronterizos de México y Estados Unidos, 1995-2005

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
EUA	8.0	5.6	6.8	6.4	5.8	5.6	5.2	5.1	4.9	4.7	4.6
Arizona	6.4	6.5	5.4	5.5	5.1	5.4	4.8	5.3	4.7	4.7	5.1
California	13.5	12.6	11.8	10.9	9.7	9.7	9.0	9.1	8.3	8.0	7.6
Nuevo México	5.2	4.1	3.9	3.7	2.5	3.0	3.1	2.6	2.2	2.0	2.5
Texas	11.0	10.3	9.2	8.2	7.2	7.7	7.1	7.2	7.5	6.7	6.7
Estados fronterizos	9.0	8.3	7.6	7.0	6.1	6.4	6.0	7.9	7.5	7.1	6.9

México	18.2	20.7	18.7	17.2	15.8	16.1	15.1	14.4	13.7	14.3	12.8
Baja California	36.0	28.9	35.1	33.8	36.6	57.4	48.1	41.6	41.5	44.3	38.2
Chihuahua	23.7	14.4	16.4	19.0	15.0	17.6	18.2	15.4	11.1	13.7	15.0
Coahuila	19.8	18.6	22.5	19.0	16.5	17.9	17.2	17.3	18.8	18.5	15.8
Nuevo León	26.0	29.3	36.6	25.9	26.7	31.1	27.9	28.8	21.9	20.3	19.8
Sonora	26.8	19.7	19.2	21.1	21.3	22.6	21.7	23.0	25.5	31.3	23.4
Tamaulipas	31.3	33.0	38.5	34.5	38.0	35.4	35.8	30.6	31.1	33.1	32.6
Estados fronterizos	27.1	24.1	28.0	25.5	25.7	30.3	28.2	26.3	24.6	26.3	24.0

Fuentes: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (Cenavece). Programa Nacional de Tuberculosis, México.

* Casos por 100,000 habitantes.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Los factores socioeconómicos y políticos heredados de las últimas décadas, y el consecuente deterioro de las condiciones de vida en los países del tercer mundo, indican que la esperanza de los países del primer mundo de eliminar la tuberculosis en un futuro próximo depende, cada vez más, del éxito que éstos obtengan entre los inmigrantes y entre las demás «minorías», donde se encuentra el segundo factor de riesgo más importante. Como ha sido desde mediados del siglo xx, la pobreza se destaca como el mayor factor de riesgo para la tuberculosis.

En el mundo actual dominado por el neoliberalismo, la globalización de la pobreza y por ende de las enfermedades infecciosas, éstas son favorecidas sobre todo por la migración, a la cual ninguna frontera es impermeable. Sin embargo, el «mercado libre» que se pretende establecer entre países con economías desiguales no puede mantener cautivo por mucho tiempo en un solo lado de las fronteras nacionales, a la «mercancía» más importante de ese mismo mercado: la mano de obra de los trabajadores.²⁸ De igual forma, los acuerdos económicos internaciona-

²⁸ Véase a título de ejemplo a ese respecto y al efecto del TLCAN en la migración mexicana a los Estados Unidos, el capítulo sobre «Migración Laboral» de Sandoval, Juan Manuel en *Resultados del*



les no deben seguir privilegiando unos factores productivos en detrimento de otros, ni dejar de incluir la cooperación y el diálogo en las áreas de la salud y la educación, elementos fundamentales para romper el ciclo vicioso de la pobreza y la tuberculosis.

Mientras en el primer mundo las mejores condiciones de vida y disponibilidad de recursos humanos y materiales permiten que la tuberculosis se mantenga bajo control, muchos de los países del tercer mundo se encuentran al borde de una catástrofe.²⁹

Hay mayor conciencia, acumulada durante los últimos años, de que la salud es uno de los derechos humanos fundamentales, de responsabilidad de los estados y organizaciones sociales (Secretaría de Salud (ssa), México, 2001, p. 18),³⁰ para tal efecto se deben seguir acciones concretas que realicen esos derechos en la práctica, utilizando para ello todos los recursos disponibles en el ámbito local, nacional e internacional. La experiencia de las últimas décadas en las acciones internacionales contra la tuberculosis, indica que la lógica del mercado mundial con su ley sagrada de la oferta y la demanda, es incapaz de interesarse por invertir en la producción de nuevas medicinas para combatir la tuberculosis, ni mucho menos de vacunas porque, como afirma cínicamente el ejecutivo de una compañía de fármacos, aunque «la tuberculosis es una enfermedad que amenaza la vida», ella, [la vida] «no tiene valor comercial» (Reichman, Lee y Janice Hopkins, 2002, p. 179).³¹

Tratado de Libre Comercio de América del Norte en México: Lecciones para la negociación del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas, México, Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio, Oxfam Internacional, 2001, pp. 82-90. Según el autor, la migración de trabajadores no puede ser entendida como un fenómeno aislado al movimiento de mercancías y de capital.

²⁹ Ya es abundante la literatura que alerta sobre la amenaza en que se encuentran los sistemas de salud en los países más ricos y sobre el inminente colapso en los países más pobres y en la antigua Unión Soviética, uno de los efectos de la «globalización». Véase por ejemplo: Garret, M., *The coming plague, Newly emerging diseases in a world out of balance*, Nueva York, Penguin Books, 1995; Cueto, M., *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, IEP, 1997; Buj Buj, Antonio, «¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000)», *Scripta Nova*, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, núm. 94 (95), 1 de agosto de 2001; véase también la obra ya citada de Reichman, Lee B. y Janice Hopkins Tanne, *Timebomb...*, McGraw-Hill.

³⁰ El *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud*, afirma en ese sentido que «la protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social», véase también la *Declaración de Alma-Ata de 1978, «Salud para Todos»*, disponible en: <http://www.phmovement.org/charter/almaata.html>, así como el artículo de Debabar Banerji, «Salud para todos, parte de la lucha por un mundo más justo», en *Revista del Sur* (145/146) noviembre/diciembre 2003, en <http://www.redtercermundo.org.uy>. Una Segunda Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos, fue realizada en Cuenca, Ecuador del 17 al 23 de julio de 2005 (http://www.redtercermundo.org.uy/texto_completo.php?id=2838)

³¹ El propio Institute of Medicine en *Ending Neglect* argumenta contra la falsa suposición de «falta de mercado» para nuevos fármacos antituberculosis diciendo que actualmente el gasto mundial con los cuatro fármacos antituberculosis es alrededor de \$800 a \$900 millones de dólares por año, cuando el costo que comúnmente se cita para desarrollar un nuevo fármaco es de \$350 millones.



Como «no es posible levantar un cordón sanitario de protección» en las fronteras, el mejor de los argumentos que justifica el envolturamiento de los Estados Unidos y de otros países desarrollados en el esfuerzo de control de la tuberculosis mundial, más allá del estrecho interés propio, es el «deber moral de actuar para salvar la vida de millones, que de otro modo se morirían» (Reichman, Lee y Janice Hopkins, 2002, p. 153).³²

Armado de ese «elevado argumento humanitario», el Instituto de Medicina en la obra *Ending Neglect* pretende superar el *impasse* levantado por la razón de mercado de las compañías de fármacos a través de sus recomendaciones, sobre el «papel de Estados Unidos en el control de la tuberculosis mundial». (Institute of Medicine, 2000, pp. 149-158). Ese país, junto con otras naciones industrializadas, serían los únicos con los recursos científicos, tecnológicos y financieros necesarios para un compromiso de largo plazo, como lo requiere el desarrollo de una vacuna. El nombrado Instituto concluye sus recomendaciones recordando el reporte de 1998, titulado *The Future of Public Health*, de que «los intereses vitales de nuestra nación son claramente mejor servidos por el compromiso sostenido y fortalecido de Estados Unidos en la salud mundial» (Institute of Medicine, 2000, p. 158). Muy diferente es una propuesta desde España que considera que, en estos momentos, en la ausencia de una «vacuna milagrosa, [...] la mejor de las opciones consiste en evitar las situaciones de pobreza, de hacinamiento o de segregación de los grupos sociales menos favorecidos» (Buj Buj, Antonio, 2001, p. 17).

Por lo tanto, la tarea de controlar, y de eventualmente eliminar la tuberculosis, difícilmente obtendrá algún éxito, si la actual «civilización imperfecta» basada en el «interés propio» de los países más poderosos permanece intacta. Esa civilización que hoy predica la fatalidad de la globalización, se olvida, o no le interesa recordar, de que todo hecho histórico es un hecho construido por personas humanas y por instituciones capaces de intervenir en favor de la vida y de los derechos humanos o, en cambio, del sacrificio de los mismos en el altar de una ideología que se pretende superior, llámese «democracia», «mercado libre», o «mundo civilizado».

Un nuevo espíritu de colaboración basado más en la solidaridad que en una ética del interés propio (la ética del mercado) (Cfr. Hinkelammert, Franz J., 2005), en un auténtico respeto por los derechos humanos y la dignidad de la vida y no tanto en la racionalidad y supremacía técnica, económica o política, se hacen indispensables para superar el colonialismo y las barreras creadas por las diferencias históricas, culturales, políticas y económicas entre los países del primer y del tercer mundos.

Este hecho definitivamente justificaría, inclusive «en términos de mercado», la inversión en el desarrollo de nuevos fármacos y de nuevas vacunas. Véase *op. cit.*, p. 140.

³² Sin embargo, es obvio que los gobiernos de los países más desarrollados actúan sobre todo motivados por interés propio –o por sus «intereses vitales» como lo sugiere el Instituto de Medicina– en conformidad con la receta de la ética dominante del «mercado libre», y muy raramente por motivos genuinamente humanitarios.



BIBLIOGRAFÍA

- «A Strategic Plan for the Elimination of Tuberculosis in the United States» (1989), *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), CDC, 21 de abril, vol. 38, núm. S-3.
- AGUAYO QUEZADA, Sergio (editor) (2000), *El Almanaque mexicano. Un compendio exhaustivo sobre México en un lenguaje accesible y claro*, México, Grijalbo.
- ALMAGUER GONZALEZ, José Alejandro (2003), «La Medicina Mexicana en el contexto intercultural», Díptico, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de Salud (SSA), México.
- ARROYO PICARD, Alberto (2001), «Mitos y realidades de la inversión extranjera», *Resultados del Tratado de Libre Comercio de América del Norte en México. Lecciones para la negociación del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas*, Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio, Oxfam Internacional.
- BANERJI, Debabar (2003), «Salud para todos, parte de la lucha por un mundo más justo», *Revista del Sur* (145/146) noviembre/diciembre, en <http://www.redtercermundo.org.uy>
- Binational Tuberculosis Campaign «White Paper» (1995), diciembre.
- BLOOM, Barry R. y Joshua A. Salomon (2005), «Enlightened Self-Interest and the Control of Tuberculosis», *The New England Journal of Medicine* 353(10) septiembre 8, pp. 1057-1059.
- BROWN, Garrett (2004), «NAFTA's 10 Years: Portrait of a Failure», *Maquiladora Health & Safety Network Newsletter*, vol. VIII, núm. 1, 12 de abril.
- BUJ BUJ, Antonio (2001), «¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000)», *Scripta Nova*, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona núm. 94 (95), 1 de agosto.
- CALVA, José Luis (2000), *México más allá del neoliberalismo. Opciones dentro del cambio global*, México, Plaza y Janés, 311 pp.
- CDC (1998), «Recommendations for Prevention and Control of Tuberculosis Among Foreign-Born Persons. Report of the Working Group on Tuberculosis Among Foreign-Born Persons», *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) 47, septiembre No.RR-16, pp. 1-30.
- _____ (2004), «Trends in Tuberculosis-United States, 1998-2003», *MMWR* (marzo 19, 53 (10); pp. 209-214. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5310a2.htm>
- CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES (Cenavece), Programa Nacional de Tuberculosis:
<http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/default.asp?id=taesplus>.
 Información Epidemiológica: <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD (2000), *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*, México, FCE-Secretaría de Salud.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (Conapo) (2002), *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*, México.
- Diez Contra la Tuberculosis* (1999), «Minutas de la reunión del Consejo Directivo de DCT», San Antonio, 1 de junio.
- _____ (1996), «Módulo Detección y Diagnóstico», Módulos de Capacitación TAES, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, México.



- DORMANDY, Thomas (1999), *A History of Tuberculosis. The White Death*, The Hambledon Press, London and Rio Grande, 433 pp.
- ESCOBEDO, Miguel, M.D., M.P.H., Federico G. de Cosio, M.D., M.P.H. (1997), «Tuberculosis and the United States-Mexico Border», *Journal of Border Health*, enero-marzo, vol. II, núm. 1, pp. 40-47.
- FAUX, Jeff (2004), «Economía y democracia en la 'constitución' del TLCAN», *Foreign Affairs en Español. TLCAN, diez años después*, vol. 4, núm. 1, pp. 91-105.
- FARMER, Paul (1996), «Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases», *Emerging Infectious Diseases*, vol. 2, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 259-269.
- (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, The University of California Press, 419 pp.
- FERRIS, Susan (2003), «How economic reforms have failed Mexico. 20 years later, 50% still poor», *Austin American-Statesman*, 10 de agosto, p. A16.
- FORUM SOBRE ASUNTOS FRONTERIZOS DE TUBERCULOSIS (2006), de la Semana Binacional de Salud de 2006, El Paso, 10 y 11 de octubre.
- FRANCO, Alvaro G. (2001), «La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana», *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19(2): 43-55.
- GASCA ZAMORA, José (2002), *Espacios transnacionales. Interacción, integración y fragmentación en la frontera México-Estados Unidos*, México, Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 207 pp.
- GARRET, M. (1995), *The coming plague. Newly emerging diseases in a world out of balance*. Nueva York, Penguin Books.
- GEITER, Lawrence (editor) (2000), *Ending Neglect. The Elimination of Tuberculosis in the United States*, Institute of Medicine, Washington, National Academy Press.
- GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT (2008), en http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. El perfil de la tuberculosis en Brasil (Country Profile, Brazil) se encuentra en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/bra.pdf.
- GONZALEZ AMADOR, Roberto (2004), «Las remesas de EU mantienen el consumo interno en México», *La Jornada*, México, 4 de febrero.
- GORMAN, Christine (2006), «What Ails the CDC», en la revista semanal *Time*, Nov. 27.
- HARGROVE, Basil «Buzz» (2004), «Evaluación de una década. Efectos y nuevas posibles direcciones», *Foreign Affairs en Español*, vol. 4, núm. 1, p. 34.
- HERNÁNDEZ GÓMEZ, Lidia (2002), «Neoliberalismo y salud. Qué pasó en América Latina. La experiencia cubana», *Revista Cubana de Salud Pública*, 28 (3). Texto disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_3_02/spu07302.htm
- HERTZ, Noreena (2001), *The Silent Takeover. Global Capitalism and the Death of Democracy*, Nueva York, The Free Press, 247 pp.
- HINKELAMMERT, Franz J. (2005), *El sujeto y la ley. El retorno del sujeto reprimido*. EUNA, Heredia, 1a. ed. 2003, 1a. reimpresión, 524 pp.
- HOMES, Noria y Antonio Ugalde (2003), «Globalization and Health at the United States-Mexico border», *American Journal of Public Health*, diciembre, Vol. 93, núm. 12, pp. 2016-2022. http://www.sociologistswithoutborder.org/contributions/Globalization_and_Border_Health.pdf
- HOUSTON, Muiris (1999), *A History of Tuberculosis, The White Death*, London and Rio Grande, The Hambledon Press, 433 pp.



- INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH (ICMR) *Bulletin* (2002), «Tuberculosis and Poverty», vol. 32, núm. 3, marzo.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2000), *Ending Neglect. The Elimination of Tuberculosis in the United States*, Lawrence Geiter (editor), Washington, National Academy Press, 269 pp.
- INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE ON BEHALF OF THE STOP TB PARTNERSHIP, en *Detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza*:
http://www.stoptb.org/world.tb.day/WTBD_2002/default.asp
- MASSEY, Douglas S. (2000), «Free Trade and the Economic Underpinnings of Mexico-U.S. Migration», *Borderlines* 70, vol. 8, núm. 8, septiembre. Artículo disponible en:
<http://americaspolicy.org/borderlines/PDFs/bl70.pdf>
- MIGRANT CLINICIANS NETWORK-PROJECT HOPE (2002), *Manual para el manejo de pacientes binacionales con tuberculosis*, Austin, MCN-HOPE.
- Minutas de la primera Reunión Técnica Fronteriza de Diez Contra la Tuberculosis DCT*, (1997), realizada en Monterrey, Nuevo León, 6-7 de febrero.
- Overview: Binational Tuberculosis Symposium* (1996), Austin, 7-8 de febrero, p. 1.
- REICHMAN, Lee B. y Janice Hopkins Tanne (2002), *Timebomb. The Global Epidemic of Multi-Drug-Resistant Tuberculosis*, McGraw-Hill.
- ROBERTS, Chris (2003), «El Paso fights for Medicaid money», *The Daily Texas*, 28 de octubre.
- ROBLES NAVA, Francisco (2004), «Aumenta la cifra de emigrantes mexicanos. Un promedio de 437 mil personas salió de México, la mayoría sin papeles, hacia EU en los últimos tres años», *La Opinión*, México, 27 de enero.
- RODRÍGUEZ, Israel (2003), «Las cifras oficiales de desempleo y pobreza, irreales: OCDE», en *La Jornada*, México, viernes 27 de junio.
- SANDOVAL, Juan Manuel (2001), «Migración Laboral», *Resultados del Tratado de Libre Comercio de América del Norte en México. Lecciones para la negociación del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas*, México, Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio, Oxfam Internacional, diciembre.
- SCHNEIDER, Eileen, Kayla F. Laserson, Charles D. Wells *et al.* (2004), «Tuberculosis along the United States-Mexico border, 1993-2001», *Rev. Panam. Salud Pública*, julio, vol. 16, núm. 1, pp. 23-34. Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000700004&lng=en&nrm=iso
- SECRETARÍA DE SALUD (1996) *Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*, México, Módulos de Capacitación TAES.
- _____ (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud*, México, Secretaría de Salud, 207 pp.
- SIMCOX, David, «Immigration, Population and Economic Growth in El Paso, Texas. The Making of an American Maquiladora», Center for Immigration Studies. Texto disponible en: <http://www.cis.org/articles/1993/paper7.html>
- SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SINAIS): www.sinais.salud.gob.mx
- TEXAS REGIONAL OUTLOOK, *The Upper Rio Grande Region*:
<http://www.window.state.tx.us/ecodata/regional/uprio/counties/el Paso.html>
- U.S. Census Bureau (2001), *Profile of Foreign-Born Population in the United States: 2000*, U.S. Department of Commerce, diciembre.
- U.S. Commission on Migration Reform (1997), *Mexico/United States Binational Study on Migration, Migration Between Mexico & the United States*, 82 pp.



- U.S. Department of Commerce (2001), *Profile of Foreign-Born Population in the United States: 2000*, U.S. Census Bureau, diciembre, p. 10.
- WENDELL, Berry (2002), *Indian Council of Medical Research (ICMR) Bulletin*, en “Tuberculosis and Poverty”, Vol. 32, Núm. 3, marzo.
- WILKINSON, Richard y Michael Marmot (2003), *World Health Organization. Europe, Social Determinants of Health. The Solid Facts*, 2a. edición, WHO Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2008), *Global TB Control 2008*, Surveillance, Planning, Financing. Disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- _____ (WHO) (2004), *8th Annual Report on Global TB Control, Summary*, Texto accesible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/en/summary_en.pdf
- _____ (2003), *The World Health Report 2003. Shaping the Future*, WHO.
- _____ (2003), *Social Determinants of Health. The Solid Facts*, 2a. ed., Oficina Regional para Europa.