

EDITORIAL

Vigilancia de salud reproductiva en la región fronteriza de México – Estados Unidos: más allá de la frontera (y hacia el futuro)

Milton Kotelchuck, PhD, MPH

Cita sugerida para este artículo: Kotelchuck M. Vigilancia de salud reproductiva en la región fronteriza de México – Estados Unidos: más allá de la frontera (y hacia el futuro). *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0098_es.htm. Visitado [fecha].

Esta edición de *Prevención de Enfermedades Crónicas (PCD)*, por sus siglas en inglés) celebra la terminación de una iniciativa de vigilancia de salud reproductiva sumamente innovadora y audaz: el Proyecto para la Salud de la Mujer de las Ciudades Hermanas de Matamoros–Brownsville (BMSCP, por sus siglas en inglés). Este proyecto, patrocinado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y hecho posible mediante una colaboración institucional binacional, venció el reto de obtener datos de salud reproductiva comparables en ambos lados de la frontera México – Estados Unidos para examinar los retos únicos de salud reproductiva que se encontraron en la región de la frontera. Anteriormente no existían dichos datos de salud reproductiva ni un mecanismo para obtener dichos datos, ni siquiera se pensaba que esto fuera posible. Como lo indican los artículos y editoriales en este número, el BMSCP ha tenido éxito.

Como profesional de la salud pública que ha vivido y trabajado en ambos países, yo trato 3 asuntos: 1) las oportunidades y beneficios de la experiencia del BMSCP que van más allá de la región fronteriza y que podrían mejorar la salud reproductiva de las mujeres en ambos países; 2) lecciones aprendidas para mejorar el desarrollo de los sistemas de datos y recopilación de información de salud reproductiva entre naciones; y 3) el reto de la sustentabili-

dad y la implementación continua, e incluso la expansión, del modelo del BMSCP en las otras ciudades hermanas de la frontera.

Nueva información de salud reproductiva

Se han logrado (o se podrían lograr) varios beneficios en la información de salud reproductiva que van más allá de la región de la frontera a partir del sistema de datos de salud reproductiva del modelo del BMSCP. Primero, la salud reproductiva latina se ha estudiado relativamente poco en los Estados Unidos. El modelo del BMSCP, si se extendiera a través de la región de la frontera, constituiría una nueva fuente principal de información crítica y única acerca de las prácticas de salud reproductiva, uso del cuidado de la salud, y estado de salud de las mujeres y bebés de ascendencia mexicana, quienes fueron la mayoría de los que respondieron al BMSCP. La información acerca de las actitudes acerca de la lactancia o del uso de anticonceptivos, por ejemplo, podrían proporcionar valiosos conocimientos acerca de las comunidades mexicanas alejadas de la frontera. Adicionalmente, la información de salud reproductiva del lado mexicano de la frontera permitiría realizar examinar el efecto de la herencia mexicana de las mujeres sin los asuntos de confusión del estado de documentación o inmigración.

Segundo, tal vez porque el principal interés del BMSCP fue la región de la frontera común, decidió no enfocarse en asuntos de migración. Muchas de las mujeres en Matamoros y otros pueblos fronterizos son migrantes de la provincia mexicana. Satisfacer las necesidades de

salud reproductiva de poblaciones sumamente móviles en México y en los Estados Unidos es un reto de salud pública (un programa que trata el problema es el programa de salud para migrantes mexicanos Vete Sano, Regresa Sano) (1). La base de datos del BMSCP contiene indicios acerca del importante impacto de la migración que requieren un análisis futuro.

Tercero, el BMSCP es una serie de datos única para estudiar la transculturación (del lado de los EEUU) y la retención/herencia cultural (del lado mexicano). Los asuntos relacionados con la transculturación (positivos y negativos) son el tema central de la literatura más reciente sobre salud maternal e infantil (SMI) en las poblaciones de inmigrantes. Los datos del BMSCP revelaron que las mujeres de herencia mexicana en el lado estadounidense de la frontera ya muestran algunas diferencias de comportamiento con respecto a sus contrapartes en el lado mexicano de la frontera; es menos probable que amamenten y es más probable que beban alcohol. La residencia estadounidense parece haber comenzado a cambiar algunas prácticas de salud reproductiva (2).

La paradoja del nacimiento entre las latinas en los Estados Unidos (especialmente las inmigrantes de primera generación, que con frecuencia carecen de un seguro médico o educación amplia), es que los resultados son comparables con los resultados para poblaciones blancas estadounidenses y mucho mejores que los de la comunidad afro-americana (3,4). Estos resultados de nacimientos de latinas empeoran ligeramente de la primera a la segunda generación de inmigrantes. La creciente literatura SMI sugiere que la transculturación a corriente estadounidense convencional durante generaciones tiene consecuencias negativas para la salud reproductiva y algo en la cultura latina es más saludable para la reproducción. De hecho, los investigadores encontraron evidencia de que los índices de bajo peso al nacer fueron menores en Matamoros que en Brownsville (2). La razón de que esto ocurra no se comprende muy bien; tal vez se pierden los factores protectores tales como el apoyo social o se tienen presentes nuevos factores negativos tales como una mayor exposición a la violencia y a la comida rápida. Al restringir el análisis de la paradoja latina con los datos estadounidenses, limitamos nuestra capacidad de entenderla. Los archivos de datos del BMSCP podrían proporcionar conocimientos críticos y datos únicos con respecto a temas de transculturación tales como migración de regreso entre fronteras, características de las mujeres (y hombres) en

edad reproductiva que emigran y que no lo hacen, diferencias en hábitos nutricionales, cambios en la cohesión social, y participación en varios programas de salud estadounidenses.

De igual manera, desde una perspectiva nacional mexicana, la conservación de herencia cultural se puede ver como lo inverso de la transculturación estadounidense. En años recientes, el gobierno mexicano ha dado muchos pasos para extender los derechos de la ciudadanía mexicana más allá de sus fronteras (por ejemplo, permitiendo el voto y la elegibilidad para programas de salud gubernamentales). El bienestar reproductivo y las tradiciones de nacimiento de las mujeres de herencia mexicana (en cualquier país) deberían ser un tema de interés para los líderes de la salud pública mexicana.

Adicionalmente, la región de la frontera puede ser su propia cultura transnacional distinta, mezclando características de ambos países en un nuevo híbrido distinto de la cultura tradicional mexicana o estadounidense. De hecho, la mezcla cultural en las fronteras es con frecuencia la manera en que la cultura se transforma y transmite en ambas direcciones. Se desconoce el grado al que los comportamientos de salud reproductiva se mezclan y transforman en la frontera de México – Estados Unidos. Y aunque la cultura de la región de la frontera puede ser distinta, muchas mujeres en edad reproductiva entran y salen de la misma.

Finalmente, el BMSCP proporciona un mecanismo para comparaciones de políticas de salud reproductiva entre países. Las políticas y prácticas nacionales son difíciles de evaluar, pero una comparación natural puede ser correcta a través de la frontera de México – Estados Unidos. La información obtenida uniformemente de mujeres de herencia cultural similar en ambos lados de la frontera permite examinar el efecto de las políticas nacionales/regionales. Por ejemplo, las políticas normativas del gobierno mexicano esperan que la lactancia comience a las 2 horas del nacimiento, sin distribución en el hospital de fórmula o de otras alternativas, lo que contrasta dramáticamente con la ausencia de políticas que alienten la lactancia en los Estados Unidos. Los índices de lactancia postnatal inmediata (82% para México, 63% para los Estados Unidos) reflejan estas diferencias de política (5). Por otro lado, los Estados Unidos tienen una política de prueba prenatal agresiva para el virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH) que produjo índices de prueba prenatal en

Brownsville del 95%, mientras que las limitadas políticas de pruebas mandadas (antes del 2007) en México tuvieron como resultado un índice del 58% en Matamoros (6).

Métodos del sistema mejorado de datos de salud reproductiva

Las experiencias metodológicas del BMSCP también proporcionaron nuevos conocimientos y un modelo innovador para mejorar otros sistemas de datos de salud reproductiva y métodos de recopilación de datos. Primero, el BMSCP demuestra que la recopilación de datos transnacional se puede estandarizar entre países con diferentes sistemas de datos y lograr un alto nivel de confiabilidad y utilidad. La cooperación binacional facilitó instrumentos de recopilación equivalentes en ambos idiomas, capacitación común para los recopiladores de datos, supervisión común de la recopilación de datos y una administración centralizada de la base de datos.

Segundo, el BMSCP mostró que un diseño de muestreo que utilizó hospitales grandes de maternidad podría capturar con precisión la experiencia de salud reproductiva maternal para todos los nacimientos en la región de la frontera. La muestra de hospital capturó 92,7% de los nacimientos de Matamoros y 98,2% de los nacimientos del condado de Cameron con un sesgo mínimo entre los nacimientos registrados en el área y los nacimientos participantes en el estudio. Los hospitales, especialmente los hospitales grandes, son ahora los sitios normativos para nacimientos y se pueden utilizar para construir marcos de muestreo representativos de alta calidad. Adicionalmente, el BMSCP mostró que los hospitales permitirían y facilitarían la recopilación de datos.

Tercero, el BMSCP mostró que un cuestionario similar al usado en el Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo, (PRAMS, por sus siglas en inglés), un sistema que realiza muestras de nuevas madres mediante actas de nacimiento y después recopila los datos de comportamiento, médicos y de otro tipo durante los 2 a 6 meses posteriores al parto mediante correo y teléfono, se puede implementar sistemática y eficazmente entre 1 a 2 días de nacimiento en múltiples instalaciones hospitalarias. Este tiempo de la recopilación de datos del BMSCP reduce la duración "retrospectiva" de la mayoría de los instrumentos de recopilación de datos postnatales, cambia el balance de información retrospectiva actualmente recopilada, y

debería reducir el sesgo de memoria, especialmente en cuanto a la información del nacimiento.

Cuarto, no se requirieron enlaces con actas de nacimiento para implementar el modelo del BMSCP. Esto es una ventaja en México, en donde los sistemas de registro de nacimientos todavía están en desarrollo y en los Estados Unidos, en donde se evitaron 2 obstáculos: obtener la autorización para acceder a datos confidenciales y los aspectos metodológicos asociados con los esfuerzos de relación de datos subsiguientes.

Quinto, desde el nivel práctico del instrumento, el BMSCP demostró las limitaciones de algunas preguntas ampliamente utilizadas en encuestas de los Estados Unidos que se emplearon para esta población. Como por ejemplo, las preguntas para clasificar la raza u origen étnico o para medir de manera precisa la altura y el peso. El BMSCP representa un tipo de prueba cognitiva para elementos de datos de encuestas entre mujeres de herencia mexicana.

Aunque el BMSCP se concibió como un modelo para la cooperación fronteriza binacional entre México y los Estados Unidos, la recopilación de datos comunes puede inicialmente ser una actividad más fácil que muchas otras para la cooperación transnacional en salud pública. No requiere la implementación de cambios en las prácticas del sistema de cuidado de la salud. Además, establece un precedente (y los lazos personales y profesionales) para sustentar otras intervenciones más activistas y esfuerzos cooperativos en la salud pública en el futuro.

Recomendaciones para la sustentabilidad

El BMSCP se concibió como un proyecto de viabilidad y probó ser productivo y exitoso. Sin embargo, su éxito verdadero será demostrado únicamente si se implementa en un sistema de vigilancia binacional amplio y continuo de salud reproductiva fronteriza (y si se utiliza finalmente para ayudar a mejorar la salud reproductiva y los programas de salud fronterizos). Los autores de los editoriales y artículos del BMSCP en esta edición de *PCD* claramente desean sostener el modelo del BMSCP y apoyan su desarrollo en los 14 pares de las ciudades hermanas de la frontera. La comunidad de salud de la frontera también debería participar y pedir vehementemente su adopción. La visión existe, el reto es cómo llegar allá desde aquí.

La reproducción y sustentabilidad requieren un plan deliberativo. Algunas sugerencias prácticas:

- Generar disposición política. Encontrar más promotores de salud en la comunidad fronteriza y más allá.
- Establecer un comité consultivo con compromiso.
- Preparar una declaración de la misión y metas.
- Ser una presencia visible continua, y seguir proponiendo un sistema de vigilancia de la salud reproductiva fronteriza.
- Alentar un esfuerzo inmediato para reproducir el modelo BMSCP en 1 par más de ciudades hermanas fronterizas. Esto iniciaría el movimiento de un proyecto de demostración a una investigación transnacional. Proporcionaría respuestas a preguntas tales como: ¿Se puede mantener la calidad? ¿Se puede desarrollar un nuevo liderazgo local? ¿Cuánto cuesta reproducir el proyecto?
- Desarrollar un plan específico de implementación y empezar posiblemente con metas de implementación menos ambiciosas. Comenzar con un número limitado de ciudades hermanas y luego como PRAMS, ir avanzando poco a poco hasta complementar todas las ciudades hermanas. La recopilación de datos se podría implementar cada tercer o cuarto año. El cambio es lento pero se requiere periodicidad para ver tendencias.
- Considerar tener un personal principal (por ejemplo, entrevistadores y supervisores) que pueda ir de un sitio a otro para ahorrar dinero en la capacitación. Crear puestos de tiempo completo y desarrollar un personal experimentado.
- Ver los asuntos financieros con anticipación. El costo no debería ser la principal barrera para una implementación adicional. El BMSCP estimó que su desembolso de efectivo era de \$150.000 USD. Los costos reales son sin duda un tanto más altos, ya que se recibe mucho apoyo en especie del CDC, hospitales fronterizos, y el Departamento de Salud Fronteriza, pero los desembolsos de efectivo serán de todas maneras pequeños. Las ciudades hermanas podrían hacer licitaciones para (y financiar) los esfuerzos de recopilación de datos de salud reproductiva de su propia área; o los estados podrían financiar a todas las ciudades hermanas en sus fronteras. Los estados mexicanos han indicado una disposición para sufragar costos de personal y ayudar con el acceso.
- Usar los datos recopilados por el BMSCP en publicaciones profesionales. Los artículos presentados en esta publicación también son claves para la sustentabilidad. Las publicaciones extienden el valor del BMSCP más allá de la región de la frontera. Estos artículos iniciales son

un excelente comienzo y un indicio de las oportunidades para análisis de datos posteriores.

También recomiendo alguna revisión y aumento del contenido del cuestionario actual del BMSCP para definir mejor su nicho de recopilación de datos, enfocarse más en los asuntos principales de salud reproductiva que enfrenta el área de la frontera e incrementar su atracción para otras constituciones no fronterizas. Específicamente:

Experiencias maternas de parto

Una de las características únicas del BMSCP es que recopila datos (directamente de la madre) inmediatamente después del nacimiento. No hay ninguna otra fuente de información actual sobre experiencias maternas de parto en la comunidad latina. Los índices de nacimientos por cesárea del 37% en ambos lados de la frontera sugieren la necesidad de este enfoque.

Salud de las mujeres durante el curso de vida

El BMSCP podría ser una fuente de información sobre cuidado de la salud y salud de pre-concepción e inter concepción. Los modelos de curso de vida se usan cada vez más para explicar las disparidades de salud reproductiva. La diabetes, hipertensión y la obesidad son todas enfermedades crónicas prevalentes en la comunidad latina, y todas estas condiciones se originan con frecuencia en los años reproductivos.

Historia de migración

El cuestionario del BMSCP podría obtener más o mejor información sobre la migración que otros cuestionarios, por ejemplo, el tiempo que los migrantes pasan en la región fronteriza, extensión de la migración a otros familiares, actitudes y expectativas sobre la migración apoyos de la familia cercana y necesidades de servicio social y de salud debidas a la migración.

Transculturación/ identidad cultural/ identidad de la región fronteriza

Como ya se mencionó, el BMSCP proporciona una base de datos extraordinaria para estudiar la transculturación y la identidad cultural. Podría explorar la fuerza de esa identidad y ayudar a explicar la paradoja del resultado de nacimiento latino.

Salud reproductiva latina

El cuestionario del BMSCP podría proporcionar una oportunidad única para examinar temas como las teorías o hipótesis acerca de la cohesión social latina, actitudes acerca del cuidado prenatal, uso de medicinas herbolarias y de venta libre, así como los cambios en los hábitos alimenticios. Este instrumento de recopilación de datos se debería escribir directamente para explorar la salud latina.

Relevancia para la política en SMI

El cuestionario del BMSCP debería reforzar su enfoque político. Debería comenzar directamente con preguntas de política, comparar las variaciones conocidas en prácticas y política nacional, y después examinar la salud reproductiva subsiguiente y las asociaciones para el cuidado de la salud. Notablemente subdesarrollados fueron los esfuerzos para evaluar la participación en o el efecto de los programas de salud reproductiva (tales como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [WIC, por sus siglas en inglés]).

Esta edición de *PCD* celebra el éxito del proyecto de demostración del BMSCP para obtener y usar datos de salud reproductiva binacional comparables de la región de la frontera. Sin embargo, el BMSCP no debería ser una historia de éxito de una sola vez sino que merece ser continuado. Finalmente, el proyecto ha mejorado nuestra base de conocimientos para mejorar la salud y el bienestar de las madres, bebés y familias en el área de la frontera y en todos los Estados Unidos y México.

Reconocimiento

Un Agradecimiento especial a la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos por proporcionar la traducción del inglés al español de esta editorial.

Información del autor

Milton Kotelchuck, PhD, MPH, Profesor y Miembro Emérito, Departamento de Salud Maternal e Infantil, 715 Albany St T5W, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, Boston, MA 02118. Teléfono: 617-414-1467. Fax: 617-414-1469. E-mail: mkotelch@bu.edu.

Referencias

1. Sanchez Zepeda JM. Programa Vete Sano, Regresa Sano. Guadalajara (MX): Direccion General de Promocion de la Salud. <http://dgps.salud.gob.mx/interior/vete/sano.html>. Accessed June 25, 2008.
2. Hessol NA, Fuentes-Afflick E. Ethnic difference in neonatal and postneonatal mortality. *Pediatrics* 2005;115(1):e44-51.
3. Hummer RA, Powers DA, Pullum SG, Gossman GL, Frisbie WP. Paradox found (again): infant mortality among Mexican-origin population in the United States. *Demography* 2007;44(3):441-57.
4. Galván González FG, Mirchandani GG, McDonald JA, Ruiz M, Echegollen Guzmán A, Castrucci BC, et al. Characteristics of young women who gave birth in the US-Mexico border region, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0060.htm
5. Castrucci BC, Echegollen Guzmán A, Saraiya M, Smith B, Lewis K, Coughlin SS, et al. Cervical cancer screening among women who gave birth in the US-Mexico border region, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0063.htm
6. Gossman GL, Carrillo Garza CA, Johnson CH, Nichols JJ, Castrucci BC, McDonald JA, et al. Prenatal HIV testing in the US-Mexico border region, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/08_0106.htm