

ARTÍCULO ESPECIAL

Globalización y salud en la región San Diego-Tijuana

Leonel Villa-Caballero,^{a*} Víctor Manuel Caballero-Solano^b
y Olga Alicia Andrade-Barreto^c

^aDepartment of Family and Preventive Medicine, University of California, San Diego, CA, Estados Unidos

^bSecretaría de Salud, Morelos, México

^cRadiology Department, Scripps Clinic, San Diego, CA, Estados Unidos

Recibido en versión modificada: 28 de abril de 2008

Aceptado: 9 de mayo de 2008

RESUMEN

En este ensayo se describen algunas las circunstancias de esta zona del mundo y sus consecuencias para la salud pública de Norteamérica. La globalización se define como el intercambio de bienes y servicios facilitado por la reducción de barreras en el mercado internacional. Un ejemplo de este proceso se encuentra en la frontera San Diego-Tijuana. Los efectos socioeconómicos y culturales regionales tienen un impacto profundo en los aspectos de la salud no solamente para la población de esta zona sino también para los sistemas de salud de México y Estados Unidos. En este punto se reúnen el poderío económico y el subdesarrollo al mismo tiempo, resultando desigualdades en la salud, aumento de enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas y otras, en donde la pobreza y migración constituyen un detonante mayor. La solución a la problemática en esta realidad fronteriza de salud está aún por determinarse.

Palabras clave:

Globalización, desigualdad en salud, San Diego-Tijuana, migración

SUMMARY

The international process of trading goods and services with significant reduction in barriers known as globalization is clearly observed at the San Diego-Tijuana region. This essay addresses issues arising at this unique geographical area associated with the globalization process and its public health consequences. Social, cultural and political aspects have very important implications on the health status of the U.S-Mexican population and in the health care systems on both sides of the border. One of the most powerful world economies borders a developing country resulting in a dramatic comparison that has negative outcomes such as health disparities, high prevalence of chronic diseases and new epidemiological risks. Poverty and migration are a few of the contributing factors triggering this asymmetrical relationship. Challenges in border health require a comprehensive binational participation and the solutions are yet to be determined.

Key words:

Globalization, health disparities, San Diego-Tijuana region, migration

La región San Diego-Tijuana

Esta región fronteriza que reúne a México y Estados Unidos posee características socioeconómicas especiales que la distinguen del resto de la geografía mundial con una problemática de salud que afecta a las poblaciones de ambos países. Esta región refleja el contraste real entre las condiciones de las economías de los países del primer y tercer mundo. La relación de vecindad entre los dos países converge en un punto común que es la frontera, donde se facilita el flujo constante de bienes, servicios y seres humanos. El flujo migratorio humano legal e ilegal que ocurre a través de esta región contribuye a la permanencia de algunas entidades patológicas en las poblaciones a ambos lados de esta línea. La brecha en el desarrollo económico-tecnológico entre las sociedades norteamericana y mexicana

muestra el contraste entre el norte y el sur de manera cruda, lo que genera una gran cantidad de interrogantes al observador de los problemas de salud de la región. Algunas de estas preguntas son: ¿Cuál ha sido el beneficio en el área de la salud obtenido de esta vecindad entre México y Estados Unidos? ¿Cuáles son las enfermedades que amenazan la salud de la región? ¿Cuál es el impacto real en el área de la salud que ha tenido el Tratado de Libre Comercio?

Alrededor de 50 millones de personas cruzan al año la frontera San-Diego Tijuana, haciéndola la línea más transitada del mundo. Esta frontera que divide las dos Californias representa el encuentro del desarrollo con el subdesarrollo, desde este punto hasta el cono sur.¹

La región San Diego-Tijuana tiene una área de aproximadamente 200 km² y comprende una población de cerca de cuatro millones de habitantes (dos millones en San Diego y

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Leonel Villa-Caballero. Department of Family and Preventive Medicine, University of California, San Diego, 9500 Gilman Dr, La Jolla, CA 92093-0622, USA. Tel.: 858 457 7280. Fax: 858 457 7282. Correo electrónico: lvillaca@ucsd.edu

1.5 millones en Tijuana) y es uno de los puntos más importantes de la línea fronteriza que divide a Estados Unidos y México.² El contraste entre las dos ciudades es evidente y se manifiesta en múltiples aspectos, como la urbanización de la zona metropolitana, prestación de servicios, planeación del crecimiento e infraestructura a mediano y largo plazo, la protección del medio ambiente, seguridad pública y los sistemas de atención para la salud.

Muchos de los determinantes sociales que afectan los sistemas de salud en la zona fronteriza de Estados Unidos (desigualdad social, pobreza, desempleo, barreras para el acceso a la salud, carencia de seguro médico, discriminación hacia minorías étnicas, alta prevalencia de enfermedades crónicas), representan una expresión de lo que ocurre en otras regiones de ese país.³ En la actualidad, el sistema de salud norteamericano se encuentra en una severa crisis financiera debida a múltiples causas como los elevados costos relacionados al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, al envejecimiento de su población (mayoritariamente caucásica), así como al déficit en los presupuestos para los regímenes de pensiones e invalidez.⁴ En el caso específico de San Diego, existen cambios en el patrón demográfico de la población infantil y adulta y un aumento de las enfermedades cardiovasculares y diabetes, obesidad, altos niveles de alcoholismo, drogadicción y asma bronquial, entre otras.⁵

De acuerdo a lo informado por las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, existen puntos de similitud epidemiológica en Estados Unidos y México. Por ejemplo, algunos estados del norte de México (Baja California) muestran una prevalencia elevada de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y diabetes) en comparación a los niveles de estas entidades en el centro de México.⁶ También en poblaciones fronterizas se ha informado aumento en las enfermedades transmisibles como tuberculosis y el sida, y la permanencia de altos niveles de desnutrición, alcoholismo y otras toxicomanías,⁷ las cuales han crecido de modo alarmante particularmente en poblaciones migrantes indígenas del centro y sur de México.

Los estados fronterizos de México informan gastos de consideración en el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas en comparación con el centro y sur del país.^{8,9} Así, la frontera muestra una situación de alto riesgo para la salud individual de sus pobladores y para la economía de las instituciones de la región. Esta situación condiciona un problema potencial de gran magnitud y de elevada vulnerabilidad epidemiológica. Especial mención merecen algunas situaciones de riesgo como la posible utilización de armas biológicas, la aparición de brotes epidémicos de rápida diseminación como la gripe aviar y otras que han sido consideradas como una amenaza real después de los hechos ocurridos en Asia en años recientes.¹⁰ Debido a esta vulnerabilidad epidemiológica, sería adecuado incrementar los esfuerzos y atención a la necesidad y demanda de esta zona de alta movilidad humana, y reorientar los recursos y presupuestos para disminuir las enfermedades de mayor prevalencia y reducir la ocurrencia de eventos que afecten la seguridad nacional de ambos países, principalmente des-

pués de lo acontecido el 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos.

Globalización y salud, ¿inseparables?

En la región San Diego-Tijuana se puede apreciar el proceso de globalización de bienes y servicios de manera fehaciente. Por definición, la globalización favorece el intercambio comercial de los mercados sin restricciones entre las naciones.¹¹ Sin embargo, esta competencia mercantil liberal no siempre ocurre entre naciones con similar capacidad económica, lo cual condiciona desequilibrios entre los países grandes y pequeños, ocasionando brechas de desarrollo considerables.

La situación de la frontera entre las dos Californias refleja de manera pragmática esta relación asimétrica entre sociedades con diferente poder económico. Como se sabe, Estados Unidos continúa situado en el grupo de las ocho naciones más desarrolladas del mundo y tiene una gran influencia sobre las organizaciones de control financiero internacional. Instituciones como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial determinan los destinos económicos de México y otros países en desarrollo a través de los convenios comerciales y préstamos. Es importante mencionar que la relación comercial de esa nación con países de similar capacidad económica como algunos europeos, se ha visto amenazada en la última década por el alto dinamismo y explosión económica de la India y China.¹²

Desafortunadamente, México se encuentra en el otro lado de la ecuación, ya que manifiesta rezagos significativos y dependencia económica de consideración en las áreas industrial, tecnológica, agrícola y científica, lo que lo hace dependiente de la importación de insumos básicos y de servicios provenientes de otros países.¹³

A 10 años de la firma del Tratado de Libre Comercio entre los gobiernos de Canadá, Estados Unidos y México (TLC), queda aún pendiente hacer un análisis estricto de los efectos que ha tenido para la salud de las poblaciones que han vivido este convenio económico. El principal propósito de este tratado firmado en 1994 fue favorecer el intercambio comercial y el equilibrio económico y condiciones de vida entre los tres países de América del Norte. Durante los primeros años del TLC, en México se observó una expansión de las corporativas manufactureras transnacionales, las cuales se asentaron en diversas zonas y principalmente en ciudades de la franja fronteriza como Tijuana.

Estas compañías recibieron privilegios y beneficios económicos durante el final de la década de los noventa. Las empresas manufactureras de electrónica, textiles y de otros insumos contrataron personal que habitaba esta área, manifestando un crecimiento significativo que además de ofrecer salarios bajos y pocas prestaciones, realmente retribuyeron poco al sistema fiscal mexicano.¹⁴ Desafortunadamente, estas maquiladoras de capital extranjero no generaron divisas, participando muy poco en el crecimiento industrial del país y debido a su alta movilidad no ocurrió una reactivación real de la planta productiva local y nacional. Entre 1993-

1998, solo 10% de los empleos del sector de exportaciones fueron creados en esta región.¹⁵ Además, la instalación de estas compañías tuvo un impacto ecológico negativo en la región y muchas de ellas tuvieron poco cuidado en el manejo de los residuos y desechos, propiciando el depósito de sustancias peligrosas, favoreciendo un número de casos de contaminación ambiental, deterioro de la calidad del aire, agua y subsuelo.^{16,17} Estas compañías maquiladoras tampoco ofrecieron seguridad sanitaria oportuna o efectiva a sus trabajadores ni tampoco programas efectivos de prevención de enfermedades. Las repercusiones de salud que se informaron en personas que laboraron en maquiladoras fueron mieloma múltiple, alteraciones en la menstruación, problemas en el embarazo y el nacimiento de niños con defectos en el cierre del tubo neural y anencefalia, así como depresión, entre otras condiciones crónicas.¹⁸⁻²⁰

Ante la apertura de otros mercados en algunos países asiáticos, muchas de estas manufactureras emigraron y cerraron sus plantas en Tijuana, trasladándose a China, Vietnam, Malasia y otras naciones donde la mano de obra es más barata, dejando a miles de trabajadores mexicanos en clara indefensión, sin empleo ni salario y con las mismas o peores circunstancias de salud.^{19,20}

Aunque hay una serie de retos para la salud general en países en desarrollo, existen retos particulares en esta región de la frontera que la distinguen del resto de la geografía. Esta relación de vecindad forzada con Estados Unidos pone a prueba la fortaleza de los sistemas de salud que brindan el Estado mexicano y el sistema de salud norteamericano. El sistema mexicano se caracteriza en general por otorgar una atención a la salud institucionalizada con servicios médicos subsidiados por el gobierno y por un sistema de seguridad social para dar servicios de salud general a la planta de obreros, trabajadores del Estado y población general.

En México, la participación de la medicina privada contribuye en menor porcentaje en la atención a la salud de la población general en comparación a la medicina institucionalizada. En Estados Unidos, el sistema de salud está caracterizado por la participación de capital privado y de las compañías aseguradoras de salud que hacen contratos de servicios médicos con los hospitales y otras instituciones individuales. Aunque existe un sistema de pensiones y de apoyo a poblaciones que viven en condiciones desfavorables y para la vejez (programas *Medicare* y *Medicaid*), estos sistemas no son de servicio universal, ya que el acceso a éstos tiene condiciones y requisitos a cubrir.

En el modelo norteamericano, la atención a la salud no se considera un derecho sino como un bien de consumo, el cual se obtiene como beneficio de la actividad laboral que el individuo desempeña. Resulta así que en casos de pobreza, desempleo o invalidez, los individuos tienen menores posibilidades de recibir atención médica apropiada, salvo en condiciones especiales o de urgencia. Existen programas federales y estatales para pacientes mayores de 60 años y para los que se encuentran en lo que el gobierno considera "por debajo de la línea de pobreza". En la mayoría de estos programas, el acceso a servicios de medicina preventiva es

restringido y para recibir atención de urgencia es necesario que el individuo realice un depósito monetario variable a fin de recibir la atención médica solicitada. Este sistema tiene un perfil de medicina altamente tecnificado, orientado a solucionar *indicadores de salud*, cubriendo requisitos de *estándares de cuidado y manuales de procedimiento* para cada enfermedad, con un contacto humano limitado que ha mostrado deficiencias en la calidad de los servicios y en los logros de ciertos indicadores y resultados a largo plazo. Este modelo se encuentra en una profunda crisis económica en la actualidad debido a lo cuantioso de su operación e ineficiencia, como también sucede en otros sistemas de salud. La discusión de este tema excede el propósito del presente trabajo.¹⁸⁻²⁰

Debido al elevado costo de la atención médica y los medicamentos en San Diego, un creciente número de pacientes norteamericanos atraviesan la *línea* frecuentemente para adquirir medicamentos a un costo menor y a fin de recibir atención médico-dental y con menores restricciones en Tijuana. Esta situación ha contribuido a un incremento en la participación de aseguradoras de salud que laboran a ambos lados de la frontera, además del incremento inusual del número de farmacias en Tijuana. Esta demanda ha generado abusos y situaciones de prácticas irregulares por la venta de productos adulterados o de uso controlado.²¹

La regulación sanitaria mexicana enfrenta así un gran reto para lograr un mayor control en la venta y calidad de medicamentos en esta región. Esta situación tiene un gran impacto social debido a las restricciones para el ingreso a territorio norteamericano de medicamentos, material médico y otros insumos provenientes de México. Como ha sucedido en la venta de medicamentos procedentes de Canadá hacia Estados Unidos y debido a la demanda creciente del sector público, se han planteado las reformas de ley para permitir la adquisición de estos insumos, pero éstas no han logrado ser aprobadas por el congreso norteamericano. Esto se debe a múltiples factores y a la influencia de la *Food and Drug Administration*, así como al interés multimillonario de compañías farmacéuticas que rechazan estas importaciones.

Mención aparte merecen las clínicas de "tratamientos alternativos" que desde hace más de una década han aflorado y operan en la franja fronteriza, las cuales atraen pacientes de Estados Unidos y otros países. Éstas ofrecen tratamientos médicos para diversas enfermedades de difícil control (cáncer, diabetes u otras) en las que se llevan a cabo prácticas poco ortodoxas con tratamientos no autorizados y restringidos. Además de representar un problema para la vigilancia sanitaria, las autoridades locales y federales en México encaran un problema ético-legal al autorizar la operación de este tipo de clínicas.

El alto nivel de movilidad humana que existe en esta frontera determina una condición de alto riesgo epidemiológico para situaciones como la posible utilización de armas biológicas, amenaza de atentados bioterroristas y de epidemias de rápida evolución como la gripe aviar y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). La diseminación de éstas tendría consecuencias graves para toda la región y para el

resto del país, con una probable rápida extensión al interior de México y Estados Unidos.

Con el propósito de favorecer la comprensión de estas condiciones de riesgo sanitario para la región, agrupamos en un listado las entidades que a nuestro criterio representan focos de atención en esta frontera. Debido a que la descripción y análisis de estas condiciones exceden las dimensiones de este manuscrito, se refieren en el cuadro I.

Migración y salud

Un tema particularmente sensible para las sociedades de ambos países es el concerniente a la migración en general y a las condiciones de vida que amenazan la salud de los migrantes mexicanos indocumentados. Miles de migrantes viajan de diferentes puntos de México y del resto del mundo a Tijuana y áreas vecinas buscando ingresar a Estados Unidos. Aunque la mayoría de los migrantes que buscan internarse en este punto tienen origen mexicano, muchos otros provienen de Centro y Sudamérica, Europa y Asia y se asientan en esta ciudad de manera temporal o permanente. Estos asentamientos humanos han provocado cambios en el patrón demográfico, la oferta laboral y la demanda de salud en Tijuana.^{22,23} Estos migrantes buscan trabajo y arriesgan su patrimonio económico personal-familiar y su vida en el intento de cruzar *la línea*.

Este flujo de migración tiene una etiología multifactorial, pero uno de los principales y más frecuentes es la falta de oportunidades laborales y la pérdida del poder adquisitivo, que en el caso México decayó más de 25% a partir de los años 1994-1998.²⁴ Debido a los dispositivos de seguridad en

la frontera de California, los intentos por cruzar la frontera se han retirado hacia otras áreas menos pobladas como en el este del condado Imperial y hacia los estados de Arizona y Nuevo México. El cruce por esas zonas desérticas representa un alto riesgo por las elevadas temperaturas que condicionan deshidratación severa y alta mortalidad de los individuos, particularmente durante la temporada de verano.²⁵ Estas dificultades no han reducido los intentos de los migrantes mexicanos por cruzar la frontera.

Quizá lo más preocupante de la situación actual de los migrantes es que viven en un *limbo* social, legal y de salud, ya que estos trabajadores son considerados ilegales ante el sistema de Estados Unidos, sufren de rechazo social y no se les ofrece ayuda o garantías para su salud, quedando en condiciones de indefensión y vulnerabilidad en un país ajeno.²⁶ Los migrantes que logran cruzar la frontera y obtener un trabajo remunerado, generalmente lo hacen en condiciones de clandestinidad e indefensión laboral, con una gran carencia de presentaciones y beneficios, lo cual los aísla socialmente y les impide recibir tratamiento médico preventivo o correctivo apropiado de manera regular (vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas, prevención del cáncer, control de embarazo, diagnóstico de diabetes y enfermedades metabólicas),²⁰ quedando la atención médica de este grupo migrante restringida a situaciones de urgencia médica (accidentes, procedimientos quirúrgicos menores, etc.) que les impide alcanzar un nivel de salud semejante a la población general norteamericana.²⁶

Los medios masivos de comunicación en Estados Unidos han contribuido a una promoción negativa de la figura del migrante indocumentado, que favorece el rechazo de sectores diversos de la sociedad norteamericana que buscan por varios recursos legales formular leyes para que se le niegue la atención y servicios médicos. En este argumento se le culpa a estos trabajadores como los causantes del déficit y problemas en el sector salud, al incremento en los presupuestos locales, saturación de servicios y amenaza a la seguridad nacional. Este rechazo ocurre de manera cotidiana a pesar de que representa una violación a los derechos humanos internacionales y que es éticamente inapropiado e inadmisible. Desgraciadamente no parece haber una posición esperanzadora por parte del sector gubernamental de Estados Unidos, pero tampoco de apoyo a estos trabajadores por parte de México.

En México, el apoyo a la salud del migrante de esta región se ha limitado a programas de ayuda práctica ofreciendo elementos que mejoren su hidratación durante su travesía por las zonas desérticas, así como programas más establecidos como la *ventanilla de salud*, donde se ofrece información y referencia para la atención médica en diversas ciudades norteamericanas. Otra iniciativa es el programa *Vete sano, regresa sano*, que da información preventiva y capacitación acerca de las enfermedades de mayor incidencia en población migrante en tránsito.²⁷ Aunque estos programas son de gran valía, no resuelven el problema de fondo respecto a las inadecuadas condiciones de salud y a las enfermedades que enfrenta este grupo.

Las poblaciones migrantes que viven por tiempo más prolongado en Estados Unidos también enfrentan distintos

Cuadro I. Retos en la salud para la región San Diego-Tijuana

-
- El proceso de culturización y enfermedades cardiovasculares y metabólicas
 - Diabetes mellitus y obesidad
 - Enfermedades infecciosas, hepatitis viral crónica y tuberculosis. ¿Gripe aviar?
 - Incremento en la prevalencia de sida y otras enfermedades de transmisión sexual
 - Cirrosis hepática
 - Transición demográfica y nutricional
 - Salud en las maquiladoras
 - Enfermedades ocupacionales
 - Intoxicación por plomo y otros metales
 - Cuidado prenatal, embarazo de alto riesgo y abortos
 - Cáncer mamario y cervicouterino
 - Asma bronquial y otras enfermedades respiratorias
 - Alcoholismo y drogadicción
 - Enfermedad dental
 - Hábitos fronterizos y salud. Venta de fármacos sin control y la demanda del público norteamericano de medicamentos
 - Pobreza y desnutrición. Salud en poblaciones migrantes
 - Seguros médicos y la americanización de la atención de la salud
 - Bioterrorismo y seguridad nacional
 - Contaminación ambiental y uso del agua
-

retos en la salud debido a su exposición constante a los efectos de la culturización y hábitos de la sociedad norteamericana. Al proceso continuo de asimilación de hábitos (que incluye la dieta, recreación y otros) por una población minoritaria ante la cultura y costumbres de una sociedad dominante (la estadounidense en este caso) se le define como *culturización*.²⁸ Este fenómeno se ha asociado con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular e hiperlipidemias, así como mayor frecuencia de alcoholismo y otras toxicomanías en poblaciones mexicoamericanas, peruanas y dominicanas que viven en Estados Unidos.^{28,29} Se puede plantear que existe una correlación entre el tiempo de exposición a la cultura norteamericana y la presentación de estas condiciones patológicas en las poblaciones expuestas.

Un aspecto de investigación en salud pendiente en esta región es determinar el nivel de culturización y las tendencias que muestra la población fronteriza en México respecto a los usos y costumbres norteamericanos.

Buscando soluciones

Ante esta situación de reto para la salud de la región, la lógica operativa indicaría que la mejor forma de resolver el problema de salud que atañe a los dos países es el enfoque a partir de una perspectiva incluyente y bilateral. Sin embargo, esto no ha podido concretarse, a pesar de los esfuerzos de instituciones y organismos en diversos programas binacionales que han intentado resolver problemas específicos que atañen a las "ciudades hermanas" a lo largo de la frontera México-Estados Unidos.³⁰ Así, en muchos casos éstos se quedan como proyectos con buenas intenciones, pero que desafortunadamente no han tenido un impacto sostenido para las condiciones de salud de la región.³¹ Mejorar la salud regional requiere inversión económica y social similar a la empleada en la aplicación de políticas económicas para ambos países, como los esfuerzos invertidos para el TLC.

Una manera de fortalecer las áreas de atención de la salud de este punto geográfico es conocer más acerca de las circunstancias que determinan la prevalencia de enfermedades en el ambiente fronterizo. Estos esfuerzos requieren ir más allá del ámbito hospitalario y tener una visión amplia con participación de la sociología, antropología, economía de la salud y psicología social, para explicar los eventos que acontecen. Este nuevo enfoque requerirá la perspectiva de la investigación científica basada en la realidad y la evaluación del medio ambiente y microcosmos fronterizo con la participación y esfuerzo bilateral de instituciones mexicanas y estadounidenses para la búsqueda de soluciones incluyentes, orientadas desde el ámbito académico pero con el apoyo oficial y de la iniciativa privada.

Algunas instituciones de ambos países han mostrado su voluntad de trabajar en este sentido y sus esfuerzos han arrojado frutos en proyectos específicos para mejorar las condiciones de ciertas enfermedades;³¹ sin embargo, muchos de los efectos positivos de estos programas han sido aislados y han quedado inconclusos. Una de las principales

limitantes es contar con el apoyo federal y local para un adecuado funcionamiento y viabilidad a mediano y largo plazo. Esto debe realizarse, además, utilizando una perspectiva que los acerque a la realidad y permitir la solución oportuna y adecuada de los problemas que aquejan a los pobladores de esta compleja región del mundo.

Agradecimientos

El autor principal agradece al *Fellowship Grant* del NIH-IRACDA-UCSD(NIH-GM068524), al National Cancer Institute Minority Research Supplement R21CA115615-01 y al grant Export NIH/NCMHD-P60MD000220.

Referencias

1. Work Group Report: Preventing and controlling tuberculosis along the U.S.-Mexico border. MMWR 2001;50(RR-1):1-2.
2. Garza A, Rodríguez-Laniz A, Ornelas I. The health of the California region bordering Mexico. J Immigr Health 2004;6:137-144.
3. Morales LS, Lara M, Kington RS, Valdez RO, Escarce JJ. Socioeconomic cultural and behavioral factors affecting Hispanic health outcomes. J Health Care Poor Underserved 2002;13:477-503.
4. Schneider EC, Zaslavsky AM, Epstein AM. Racial disparities in the quality of care for enrollees in medicare managed care. JAMA 2002;287:1288-1294.
5. Reaven PD, Traustadóttir T, Brennan J, Nader P. Cardiovascular risk factor associated with insulin resistance in children persist into late adolescence. Diabetes Care 2005;28:148-150.
6. Rivera JA, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico; a rapid increase in communicable diseases and obesity. Public Health Nutr 2002;5:113-122.
7. Stratthee SA, Fraga WD, Case P, Firestone M, Brower KC, Pérez SG, et al. I live to inject and inject to live: High risk injection behaviors in Tijuana, Mexico. J Urban Health 2005;82(3 Suppl 4):S58-S73.
8. Arredondo A, Zúñiga A, Parada I. Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America; evidence from Mexico. Public Health 2005;119:711-720.
9. Membreño-Mann JP, Zonana-Nacach A. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Rev Med IMSS 2005;43:97-101.
10. Adungo FO, Adungo NI, Bedno S, Yingst SL. Influenza: the next pandemic: a review. East Afr Med J 2005;82:477-481.
11. Spiegel JM, Labonte R, Ostry AS. Understanding globalization as a determinant of health determinants: A critical perspective. Int J Occup Environ Health 2004;10:360-367.
12. Homeedes N, Ugalde A. Globalization and health at the United States-Mexico border. Am J Public Health 2003;93:2016-2022.
13. Cornia GA. Globalization and health: Results and options. Bull WHO 2001;79:834-841.
14. Yassi A, Wickstrom GJ, Palacios M. Globalization and health of the health care force. In J Occup Environ Health 2004;10:355-359.
15. Valdés-Ugalde JL. NAFTA and Mexico: A sectorial analysis. In: NAFTA in the new millennium. La Jolla, Center of US-Mexican Studies, UCSD; 2002. pp. 61-82.
16. Andreas P. A Tale of two borders: The U.S.-Mexico and U.S.-Canada lines After 9-11 (May 15, 2003). Center for U.S.-Mexican Studies. Paper andreas. Available at <http://repositories.cdlib.org/usmex/andreas>.
17. Carter DE, Pena C, Varady R, Suk WA. Environmental health and hazardous waste issues related to the U.S.-Mexico border. Environ Health Perspect 1996;104:590-594.
18. Schwartz NA. Childhood asthma on the Northern Mexico border. Med Anthropol Q 2004;18:214-229.
19. Hovell MF, Sipan C, Hofstetter CR, Du Bois BC, Krefft A, Conway J, et al. Occupational health risks for Mexican women: The case of the maquiladora along the Mexican-United States border. Int J Health Serv 1988;18:617-627.
20. Guendelman S, Jasis Silberg M. The health consequences of maquiladora work: Women on the U.S.-Mexico border. Am J Public Health 1993;83:37-44
21. Flaherty MP, Gaul GM. Millions of Americans look outside U.S. for drugs. Available at <http://www.washingtonpost.com>
22. Laniado-Laborin R, Moreno C, Vargas R, Deosransingh K, Woodruff SI, Sallis JF. Children who work on the streets of Tijuana. An epidemiological

- profile and the prevalence of experimentation with tobacco. *Salud Publica Mex* 1995;37:149-54.
- 23. **Romano E, Cano S, Laurer E, Jiménez A, Voas RB, Lange JE.** Tijuana alcohol control policies: A response to cross border high risk drinking by young Americans. *Prev Sci* 2004;5:127-34.
 - 24. **Cornelius WA.** Impact on NAFTA on Mexico to U.S. migration. In: NAFTA in the new millennium. La Jolla, Center of US-Mexican Studies,UCSD; 2002. pp. 287-304
 - 25. **Hansen E, Donohoe M.** Health Issues of migrant and seasonal farm workers *J Health Care Poor Under* 2003;14:153-163.
 - 26. **Weeks JR, Rumbaut RG, Ojeda N.** Reproductive outcomes among Mexico born women in San Diego and Tijuana: Testing the migration sensitivity hypothesis. *J Immigr Health* 1999;1:77-90.
 - 27. Programa Vete Sano, Regresa Sano. Disponible en: <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/acciones/vesano.htm>
 - 28. **Bethel JW, Schenker MB.** Acculturation and smoking patterns among Hispanics. *Am J Prev Med* 2005;29:143-148.
 - 29. **Lizarzaburu J, Palinkas LA.** Immigration, acculturation and risk factors for obesity and cardiovascular disease: A comparison between Latinos of Peruvian descent in Peru and in the United States. *Ethn Dis* 2002;12:342-352.
 - 30. Panamerican Health Organization. Leading causes of Mortality on the United States-Mexico border. *Epidemiological Bull* 1999;20:1-5.
 - 31. **Teufel-Shone NI, Drummond R, Rawiel U.** Developing and adapting a family based program at the US-Mexico border. *Prev Chronic Dis* 2005;2:1-9.