

A stylized illustration in a painterly style. On the left, a figure in a red hooded cloak carries a pink bag on a stick. In the center, a white envelope is shown. On the right, a family is depicted: a man in a blue shirt carrying a child on his back, and a woman in a blue dress. The background is a warm yellow.

MIGRACIÓN Y SALUD

A repeating pattern of the stylized illustration from the top section, showing families migrating across a landscape with a black and brown checkered ground. The scene is set against a yellow background with small white envelopes floating in the air.

MIGRATION AND HEALTH

Migración y Salud / Migration and Health, Año 2, Número 2, 2020, es una publicación anual editada por la Secretaría de Gobernación a través de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población. Avenida José María Vértiz No. 852 Col. Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México, Tel. (55) 5128 00 00 ext. 19512. <https://www.gob.mx/conapo>, rlopezv@conapo.gob.mx, Editores responsables: Rafael López Vega y Alejandra Reyes Miranda, Reservas de derechos al uso exclusivo No. 04-2019-101614350400-203, ISSN 2683-2488, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Diseño y cuidado editorial: Maricela Márquez Villeda y Blanca Estela Melín Campos. Responsable de la última actualización de este número Web: Alejandra Reyes Miranda. Unidad de Informática de la SGCONAPO, José Noel Torres Valdez, Tel. (55) 5128 00 00 ext. 19530, ubicado en el mismo domicilio. Fecha de última modificación: noviembre de 2020. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido siempre y cuando se cite la fuente y no sea para fines comerciales.

© Secretaría de Gobernación
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte
C.P. 03020, Ciudad de México
<http://www.gob.mx/conapo>

Iniciativa de Salud de las Américas.
Escuela de Salud Pública,
Universidad de California, Berkeley,
50 University Hall-MC 7360
Berkeley, CA 94720-7360.
<http://hia.berkeley.edu/>

Migración y Salud

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales, siempre que se cite la fuente.

El contenido de los artículos es responsabilidad de las y los autores.

© Secretariat of the Interior
National Population Council (CONAPO)
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte
C.P. 03020, Mexico City
<http://www.gob.mx/conapo>

Health Initiative of the Americas.
School of Public Health,
University of California, Berkeley,
50 University Hall-MC 7360
Berkeley, CA 94720-7360.
<http://hia.berkeley.edu/>

Migration & Health

Reproduction in whole or in part for non-commercial purposes is allowed, provided the source is cited.

The content of the articles is the responsibility of the authors.

AGRADECIMIENTOS

Este reporte es producto de la colaboración binacional entre la Secretaría de Gobernación de México, a través del Consejo Nacional de Población y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley, a través de la Iniciativa de Salud de las Américas.

El reporte ha sido posible gracias al trabajo de las siguientes personas:

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Gabriela Rodríguez Ramírez, Secretaria General
Rafael López Vega, Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional
Alejandra Reyes Miranda, Subdirectora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional

Iniciativa de Salud de las Américas, Universidad de California en Berkeley

Liliana Osorio, Directora
Xochitl Castañeda, Directora Fundadora
Stephany Pizano, Asistente de Dirección
Caroline Dickinson, Gerente Administrativa

Agradecemos a los miembros del Comité Binacional de Académicos y Científicos que llevaron a cabo la revisión de los artículos:

Edith Yolanda Gutiérrez Vázquez, INESER de la Universidad de Guadalajara (Candidata SNI)
Humberto González Galbán, El Colegio de la Frontera Norte (SNI Nivel I)
Lydia Mehrara, Nord University
Mauricio Rodríguez Abreu, Universidad de las Américas Puebla (Candidato SNI)
Philippe Schaffhauser, El Colegio de Michoacán (SNI Nivel II)
Salvador Cobo Quintero, Instituto Politécnico Nacional
Valdemar Díaz Hinojosa, University of California, Berkeley

Los artículos incluidos en esta edición se recibieron antes del 5 de junio de 2020, por lo cual su contenido no refleja el cambio de gobierno en los Estados Unidos. El proceso de dictaminación de los artículos siguió una metodología rigurosa de revisión por pares a doble ciego. Varios de los artículos de esta publicación son producto de las investigaciones científicas financiadas por el Programa de Investigación en Migración y Salud (PIMSA), del cual forma parte el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Portada, arte, formación y cuidado de la edición:

Maricela Márquez Villeda y Blanca Estela Melín (CONAPO)

Las imágenes mostradas en esta publicación son con fines educativos, de difusión y no lucrativos, pertenecen a los creadores del Concurso Nacional de Dibujo y Pintura Infantil y Juvenil.

ACKNOWLEDGEMENTS

This report is the product of a binational collaboration between the Mexican Secretariat of the Interior of Mexico, through the National Population Council and the Health Initiative of the Americas, School of Public Health, University of California, Berkeley.

This volume was made possible thanks to the work of the following people:

National Population Council (CONAPO)

Gabriela Rodríguez Ramírez, General Secretary
Rafael López Vega, Director of Socioeconomic Studies and International Migration
Alejandra Reyes Miranda, Associate Director of Socioeconomic Studies and International Migration

Health Initiative of the Americas, University of California, Berkeley

Liliana Osorio, Director
Xochitl Castañeda, Founding Director
Stephany Pizano, Assistant Director
Caroline Dickinson, Business Manager

We thank the members of the Binational Committee of Academics and Scientists who carried out the review of the articles:

Edith Yolanda Gutiérrez Vázquez, INESER of the Universidad de Guadalajara (Candidata SNI)
Humberto González Galbán, El Colegio de la Frontera Norte (SNI Nivel I)
Lydia Mehrara, Nord University
Mauricio Rodríguez Abreu, Universidad de las Américas Puebla (Candidato SNI)
Philippe Schaffhauser, El Colegio de Michoacán (SNI Nivel II)
Salvador Cobo Quintero, Instituto Politécnico Nacional
Valdemar Díaz Hinojosa, University of California, Berkeley

The articles included in this edition were received before June 5, 2020, therefore their content does not reflect the change of government in the United States. The review process for the articles followed a rigorous double-blind peer review methodology. Some of the articles in this publication are the product of scientific research funded by the Research Program on Migration and Health (PIMSA for its Spanish acronym), of which the National Council for Science and Technology (CONACYT) is a member.

Cover, art, design, layout and editing:

Maricela Márquez Villeda y Blanca Estela Melín (CONAPO)

The images shown in this publication are for educational purposes and non-profit dissemination, which belong to the creators of the Concurso Nacional de Dibujo y Pintura Infantil y Juvenil.



ÍNDICE / CONTENTS

- 7** *Introducción / Introduction*
- 13** *Capítulo I / Chapter I*
Acceso a servicios de salud en población migrante mexicana en Estados Unidos de América antes y después del Affordable Care Act
Yunuen Tenorio Corro, Luz Angélica de la Sierra de la Vega, Julio César Montañez Hernández
- 29** *Capítulo II / Chapter II*
Associations between Experiences with Immigration Enforcement Policies and Psychological Distress, Healthcare Utilization, and Coping Behaviors among Hispanics with Different Immigration Statuses in a U.S.-Mexico Border City
Isabel K. Latz
- 51** *Capítulo III / Chapter III*
SARS-CoV-2: Exclusión social y de salud de los migrantes en Estados Unidos: antesala de retorno a México
Miguel Moctezuma Longoria
- 61** *Capítulo IV / Chapter IV*
Experiencias de violencias de mujeres migrantes en Ciudad Juárez y El Paso
Silvia M. Chavez Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo Blancas, Susana Leticia Báez Ayala
- 75** *Capítulo V / Chapter V*
Homicidio de mujeres migrantes como indicador de violencia de género en contextos fronterizos
Rosalba Jasso Vargas, César Barboza Lara
- 87** *Capítulo VI / Chapter VI*
Mente sana en... ¿cuerpo sano?: la población migrante calificada mexicana en Estados Unidos y la consecución de su acceso a la salud
Miguel Amaro
- 103** *Conclusiones / Conclusions*
- 109** *Sobre los autores / About the Authors*



INTRODUCCIÓN

El año 2020 ha estado marcado por circunstancias sin precedentes en el campo de la migración como también de la salud. La migración centroamericana cruzando por México hacia los Estados Unidos, que en los años anteriores había alcanzado los máximos niveles, se ha visto reducida en parte por las medidas que ha tomado el gobierno mexicano de limitar el paso de migrantes que intentan cruzar a México a través de la frontera sur. Estos migrantes que tratan de huir de la violencia y de la miseria en sus países de origen, se encuentran cada vez con más obstáculos que les impiden o les hace aún más difícil lograr su sueño de establecerse en otro país y tener una mejor vida para ellos y sus familias.

Por su parte, la administración de Trump ha realizado más de 400 acciones ejecutivas en materia de inmigración, remodelando el sistema de los Estados Unidos, desde que comenzó su mandato en 2017. Las acciones ejecutivas abarcan desde el reforzamiento de leyes tanto en la frontera como en el interior de país, hasta el reasentamiento de refugiados y el sistema de asilo, la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA por sus siglas en inglés), los tribunales de inmigración y los procesos de investigación y visado. (Pierce y Bolter, 2020). La pandemia del COVID-19 que azota al mundo, ha sido no solo un grave problema de salud pública, sino también una excusa para imponer medidas de inmigración aún más severas, cerrar fronteras, e impedir el acceso a inmigrantes y personas que buscan asilo. El 20 de marzo de 2020, el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) emitió una orden para que todos los extranjeros sin autorización para ingresar a los Estados Unidos fueran

INTRODUCTION

The year 2020 has been marked by unprecedented circumstances in the field of migration as well as health. Central American migration through Mexico to the United States, which in previous years had reached the highest recorded levels, has seen a reduction, in part because of the measures that the Mexican government has taken to limit the passage of migrants attempting to cross into Mexico through the southern border. These migrants, who try to flee from the violence and misery in their countries of origin, are faced with more and more obstacles each time that prevent them or make it even more difficult for them to achieve their dream of settling in another country and having a better life for themselves and their families.

For its part, the Trump administration has launched more than 400 executive actions on immigration matters since January 2017, transforming the United States' immigration system. These actions range from US border and interior enforcement, resettlement of refugees and the asylum system, Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA), immigration courts, and the investigation and visa processes (Pierce and Bolter, 2020). The COVID-19 pandemic currently plaguing the world has been not only a serious public health problem, but also an excuse to impose even more severe immigration measures, close borders, and prevent access to immigrants and people seeking asylum. On March 20, 2020, the director of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) issued an order for all aliens without authorization to enter the United States to be immediately returned to Mexico (or Canada) or their country of origin. The argument is to prevent further COVID-19 contagion in the



devueltos inmediatamente a México (o Canadá) o a sus países de origen. Esto con el argumento de prevenir un mayor contagio por COVID-19 en el país. Irónicamente, para ese entonces Estados Unidos ya se encontraba entre los países con mayor número de casos por COVID-19 en el mundo. Las detenciones mensuales en la frontera con México se redujeron a la mitad entre marzo y abril, y las solicitudes de asilo se desplomaron, ya que los pocos que llegaron fueron expulsados sin la oportunidad de buscar refugio.

Una vez en territorio mexicano, las personas devueltas se enfrentan a opciones de albergue que, aunque están ampliándose, aún son limitadas. Con el fin de prevenir la propagación del COVID-19, algunos de los albergues en la frontera norte de México cerraron temporalmente la entrada a nuevos huéspedes. La población deportada mexicana y centroamericana enfrenta situaciones aún más difíciles, sin techo, sin acceso a servicios de salud, sin opciones de trabajo en una economía colapsada por la pandemia y más expuesta a contraer el virus.

Esta publicación de **Migración y Salud** es coproducida por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de la Secretaría de Gobernación de México, y la Iniciativa de Salud de las Américas, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley. Por 16 años consecutivos esta publicación está orientada a destacar la investigación binacional en material de salud y migración y sugerir acciones y lineamientos de políticas públicas, basadas en la evidencia, que conlleven a mejorar la calidad de vida de las poblaciones migrantes.

Los artículos presentados en esta edición han sido escritos por investigadores e investigadoras de México y de los Estados Unidos, y han sido revisados por expertos y expertas en las áreas de migración y salud de los dos países. Estos seis artículos abordan una variedad de aspectos relacionados con la salud de la población migrante, tanto de origen mexicano viviendo en los Estados Unidos, como de grupos

U.S. (CDC, 2020). Ironically, by then the United States was already ranking among the countries with the highest number of COVID-19 cases in the world. Monthly detentions on the border with Mexico were cut in half between March and April, and asylum applications plummeted, as the few who arrived were expelled without the opportunity to seek refuge.

Once in Mexican territory, returnees face shelter options that, while expanding, are still limited. In order to prevent the spread of COVID-19, some of the shelters on the northern border of Mexico temporarily closed the entrance to new guests. The deported Mexican and Central American population face even more difficult situations, homelessness, poor access to services of health, and dwindling job options in an economy collapsed by the pandemic and more exposed to contracting the virus.

This Migration and Health publication is co-produced by the National Population Council (CONAPO) of the Ministry of the Interior of Mexico, and the Health Initiative of the Americas, a program of the School of Public Health of the University of California at Berkeley. For 16 consecutive years, this publication has highlighted binational research on health and migration issues and has suggested evidence-based actions and public policy guidelines that have led to improving the quality of life of migrant populations.

The articles presented in this edition have been written by researchers from Mexico and the United States and have been reviewed by experts in the areas of migration and health from the two countries. These six articles address a variety of aspects related to the migrant's population health, focusing on individuals of Mexican origin living in the United States as well as specific groups living on the northern and southern Mexican borders.

The article written by Isabel K. Latz presents the associations that exist between the experiences that Latin American migrants in El Paso, Texas have had with the new



específicos que viven en la frontera norte y en la frontera sur de México.

El artículo escrito por *Isabel K. Latz* presenta las asociaciones que existen entre las experiencias que migrantes latinoamericanos en El Paso, Texas han tenido con las nuevas políticas restrictivas de inmigración que el gobierno de los Estados Unidos ha impuesto en los últimos años, con trastornos psicológicos, la utilización de servicios de salud y las estrategias de afrontamiento que ellos tienen. Esta información cobra aun mayor importancia durante la pandemia de COVID-19 puesto que los trastornos psicológicos debidos al estrés que causan las medidas migratorias extremas se ven más exacerbados por la crisis de la pandemia. Si a esto se suma el temor a utilizar los servicios de salud para obtener diagnóstico y tratamiento para el COVID-19, se pone aún más a riesgo la salud de la comunidad.

Por su parte, *Moctezuma Longoria* hace un análisis sobre cómo Estados Unidos, bajo el manto del nacionalismo, ha manejado la pandemia del COVID-19 entre la población migrante, excluyéndolos del apoyo económico del gobierno federal y dificultando el acceso a las pruebas de laboratorio, a pesar de que forman parte importante de la fuerza laboral de ese país. *Moctezuma* también plantea cómo la parálisis económica y el alto índice de desempleo que el COVID-19 puede traer como consecuencia una nueva ola de migrantes mexicanos en los Estados Unidos – y sus descendientes – regresando a su lugar de origen, para lo cual es imperativo que el gobierno mexicano se prepare y establezca políticas públicas que faciliten su integración y reinserción social.

Tenorio Corro muestra un análisis comparativo del acceso a servicios de salud en población migrante mexicana en los Estados Unidos, antes y después de la implementación de la Ley de Reforma de Salud Integral (Affordable Care Act, o ACA por sus siglas en inglés). El estudio incluyó diferencias por variables de edad, sexo, nivel de educación, nivel de pobreza, la

restrictive immigration policies of the United States government, with psychological disorders, the use of health services, and their existing coping strategies. This information becomes even more important during the COVID-19 pandemic as psychological disturbances due to the stress caused by extreme migration measures are further exacerbated by the pandemic crisis. Compounded by the fear of using health services to obtain diagnosis and treatment for COVID-19, the health of the community is put even more at risk.

For his part, *Moctezuma Longoria* analyzes how the United States, under the cloak of nationalism, has handled the COVID-19 pandemic among the migrant population: excluding them from the financial support of the federal government and making it difficult to access the COVID-19 testing, despite the fact that they are an important part of the labor force in that country. *Moctezuma* also raises the point how the economic paralysis—and the high unemployment rate that has emerged as a consequence of COVID-19—may result in a new wave of Mexican migrants—and their descendants—leaving the United States and returning to their place of origin, for which is imperative that the Mexican government prepare and establish public policies that facilitate their integration and social reintegration.

Tenorio Corro shows a comparative analysis of access to health services in the Mexican migrant population in the United States, before and after the implementation of the Affordable Care Act, or ACA. The study included differences by variables such as age, sex, level of education, level of poverty, perception of health status, geographic location within the United States, and citizenship.

Two of the articles expose the gender violence experienced by migrant women. *Chavez Baray* presents the results of a qualitative study with women of Mexican and Central American origin carried out by the authors on the border

percepción del estado de salud, ubicación geográfica dentro de Estados Unidos y ciudadanía.

Dos de los artículos exponen la violencia de género que experimentan las mujeres migrantes. *Chavez Baray* presenta los resultados de un estudio cualitativo realizado por las autoras en la frontera de Ciudad Juárez y El Paso, con mujeres de origen mexicano y centroamericano, quienes migraron y experimentaron situación de calle. El estudio documenta los problemas de acceso a servicios de salud física y mental, las vulnerabilidades, las violencias antes y después de la migración, así como las fortalezas para enfrentar los desafíos de ser mujer, migrante y encontrarse en situación de calle. Por su parte, *Jasso Vargas* realiza una exploración descriptiva y espacial de los homicidios perpetrados contra mujeres migrantes en Chiapas y Guatemala.

Finalmente, *Amaro* describe en su artículo las características particulares de la población migrante calificada mexicana en Estados Unidos, a la vez que analiza los factores asociados a la consecución de acceso a los servicios de salud. Si bien se esperaría que contar con mayor escolaridad facilitaría el acceso a los servicios de salud, dadas las habilidades propias del nivel educativo de esta población, el análisis muestra que al menos en el caso de los migrantes mexicanos calificados, esto no es así.

Agradecemos a todos estos autores y autoras su contribución y a quienes amablemente revisaron los manuscritos. Esperamos que esta publicación aporte al conocimiento sobre temas que afectan la salud de la población migrante, que sean de utilidad para el establecimiento de políticas públicas y que humanicen el proceso migratorio.

Referencias bibliográficas

Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. *Order Suspending*

of Ciudad Juárez and El Paso, who migrated and experienced homelessness. The study documents problems with regards to the access of physical and mental health services, vulnerabilities, violence before and after migration, as well as their strengths to face the challenges of being a migrant woman and being on the street. For his part, *Jasso Vargas* carries out a descriptive and spatial exploration of the homicides perpetrated against migrant women in Chiapas and Guatemala.

Finally, *Amaro* describes in his article the particular characteristics of the qualified Mexican migrant population in the United States, while analyzing the factors associated with their access to health care. Although it would be expected that having a higher education would facilitate access to health care, given the skills inherent to the educational level of this population, the analysis shows that at least in the case of qualified Mexican migrants, this is not the case.

We are grateful to all the authors for their contribution as well as to those who kindly reviewed the manuscripts. We hope that this publication contributes to the knowledge on issues that affect the health of the migrant population, that they will be useful for the establishment of public policies, and that they humanize the migratory process.

References

- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. *Order Suspending Introduction of Certain Persons from Countries where a Communicable Disease Exists*. March 20, 2020. https://www.cdc.gov/quarantine/pdf/CDC-Order-Prohibiting-Introduction-of-Persons_Final_3-20-20_3-p.pdf
- Pierce, S., Bolter, J., (2020). *Dismantling and Reconstructing the U.S. Immigration*



Introduction of Certain Persons from Countries where a Communicable Disease Exists. March 20, 2020. https://www.cdc.gov/quarantine/pdf/CDC-Order-Prohibiting-Introduction-of-Persons_Final_3-20-20_3-p.pdf

Pierce, S., Bolter, J., (2020). *Dismantling and Reconstructing the U.S. Immigration System: A Catalog of Changes under the Trump Presidency.* Washington, DC: Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/us-immigration-system-changes-trump-presidency>.

System: A Catalog of Changes under the Trump Presidency. Washington, DC: Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/us-immigration-system-changes-trump-presidency>.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIÓN MIGRANTE MEXICANA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ANTES Y DESPUÉS DEL *AFFORDABLE CARE ACT*

Yunuen Tenorio Corro¹, Luz Angélica de la Sierra de la Vega², Julio Cesar Montañez Hernández³

Resumen

Los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América (EE. UU.) cuentan con acceso limitado a servicios médicos debido a factores sociodemográficos, económicos y culturales que disminuye su calidad de vida. En 2014, el gobierno de EE. UU. promulgó una ley de reforma de salud integral ("*Affordable Care Act*") con la finalidad de reformar la industria de los cuidados de salud. Este documento presenta un análisis comparativo del acceso a servicios de salud antes y después de su implementación. Se encontró un incremento en el acceso en los dos años posteriores a su ejecución y una disminución en los años subsecuentes.

Palabras clave: *acceso a servicios de salud, migrantes mexicanos, salud binacional, Affordable Care Act.*

Introducción

De acuerdo con datos del *Pew Research Center*, el número de migrantes mexicanos que habita en Estados Unidos de América (EE. UU.)

es de 11.2 millones (Lopez, Bialik, & Radford, 2018). El 85.9 por ciento de los migrantes mexicanos mayores de 18 años de edad no cuentan con un sitio para obtener atención médica regular (Conapo, 2016).

Se ha demostrado que el acceso a los servicios de salud de la población migrante mexicana se encuentra determinado por diferentes dimensiones como son la geográfica, social y económica. Factores como la disponibilidad de servicios, el precio y la calidad de los recursos de salud condicionan la utilización y el acceso a salud (Levesque, 2013). Es así como el estudio del acceso se convierte en una tarea compleja cuando se intentan incluir dimensiones que no sean exclusivamente sobre la disponibilidad y cobertura de servicios. Identificarse como migrante agudiza la discriminación en instituciones de salud y aumenta las condiciones de vulnerabilidad social debido al estigma. Por lo que los migrantes son una población con mayor riesgo de resultados deficientes en materia de salud (Flores *et al.*, 2002).

El sistema de salud de EE. UU. cuenta con servicios de salud públicos y privados a los que

¹Yunuen Tenorio Corro: es Maestra en Ciencias en Sistemas y Políticas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Coordinadora Operativa del Programa de Protección a Refugiados Casa del Migrante A.C.- ACNUR

²Luz Angélica de la Sierra de la Vega: es Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Investigadora de la Dirección de Salud Ambiental del Instituto Nacional de Salud Pública. Profesora titular de la Unidad Didáctica Sistemas y Políticas de Salud de las Maestrías en Salud Pública.

³Julio Cesar Montañez Hernández: es maestro en Economía por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Es profesor-investigador en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Investigador Nacional Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores de Conacyt (SNI I).

puede acudir la población mexicana con un estatus de documentado. Para el 2018, el 67.3 por ciento de la población estadounidense era atendida por el sector privado, primordialmente a través de seguros de salud (Berchick, Barnett, & Upton, 2019). El costo de estos seguros a menudo los hace inasequibles para los migrantes mexicanos, considerando que el ingreso medio anual de esta población es de 49 mil dólares. Por otro lado, existen seguros médicos públicos, como *Medicaid* y *Medicare*. Los beneficiarios de Medicaid son personas de todas las edades con un nivel socioeconómico bajo a diferencia del Medicare cuyos beneficiarios son personas mayores de 65 años, sin importar su nivel socioeconómico (Berchick et al., 2019). Sin embargo, para los migrantes mexicanos no documentados las únicas alternativas son los centros de salud comunitarios o las salas de emergencia de hospitales. Estos centros de salud son organizaciones que brindan servicios a poblaciones con acceso limitado a la atención médica, no requieren pruebas del estatus migratorio y cobran tarifas basadas en los ingresos del usuario. Por su parte, las salas de emergencia de los hospitales que reciben fondos federales están obligadas por ley a atender a los pacientes que se presenten con síntomas que puedan dañar severamente su salud, pongan en riesgo la vida o mujeres que se encuentren en trabajo de parto. Lo anterior es independientemente de su estatus migratorio o de si están asegurados. Se estima que un 70 por ciento de la población migrante no documentada recurre a estos lugares para solicitar atención médica. (Wallace, Torres, Sadeh-Nobari, Pourat, & Brown, 2012).

En este contexto, con el propósito de reducir el número de personas sin seguro médico e incrementar la accesibilidad y disponibilidad de la cobertura de los seguros de salud, en 2010 se promulgó la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, o *Affordable Care Act* (ACA) en inglés, misma que fue implementada en 2014. Se esperaba que la ley diera como resultado una cober-

tura de seguro de salud para aproximadamente 94 por ciento de la población estadounidense, reduciendo el número de personas sin seguro a 31 millones de personas y aumentando la inscripción en *Medicaid* a 15 millones de beneficiarios.

Esta ley tiene tres objetivos principales:

1. Hacer el seguro médico accesible a más personas. La ley ofrece a los consumidores subsidios que reducen los costos para los hogares que tienen ingresos inferiores a 4 veces el nivel federal de pobreza, es decir 2 836 dólares, esto con base en el ingreso del umbral de los niveles de pobreza de 2010 que por persona eran de 11 344 dólares.
2. Expandir el programa de *Medicaid* para cubrir a todos los adultos con ingresos por debajo del 1.38 por ciento del nivel federal de pobreza, es decir 8 220 dólares.
3. Apoyar métodos innovadores de prestación de atención médica destinados a reducir los costos del cuidado médico (United States, 2010).

ACA tiene prohibido proporcionar cobertura con subsidio a los migrantes que tienen estatus de no documentado. No obstante, uno de los beneficios de la Ley fue el incremento de fondos a los centros de salud comunitarios, ya que más de 70 por ciento de los recursos de la subvención proviene del fondo federal fiduciario establecido por ACA, lo que beneficia a los migrantes, independientemente de su condición migratoria. Por lo anterior, este estudio tuvo como objetivo analizar el acceso a servicios de salud y los factores socioeconómicos de la población migrante mexicana en EE. UU. antes y después de ACA.

Antecedentes

Estados Unidos de América es el principal destino de los migrantes mexicanos debido

a la existencia de una economía dinámica con una fuerte demanda de trabajadores en agricultura, construcción e industria de servicios. A ello se le suman factores de expulsión tales como la inseguridad en México, la búsqueda de una mejor calidad de vida, la reunificación familiar, entre otras. Es relevante enfatizar que los migrantes documentados viven circunstancias distintas a los migrantes indocumentados. Ejemplo de ello es el acceso diferencial a los servicios médicos. Es más probable que los migrantes con documentos cuenten con cobertura a través de seguros privados o públicos ya que el requisito fundamental para acceder a un seguro privado es contar con un número de seguridad social. Sin embargo, el contar con un seguro médico no es obligatorio para los migrantes indocumentados, ya que éstos no califican para ingresar al mercado de seguros. Tampoco cuentan con un número de seguro social, el cual es indispensable para la compra de un seguro médico.

Los migrantes mexicanos muestran desventajas en términos de acceso a salud, la mayoría ligadas a la vulnerabilidad social, que es determinada por muchos factores como la marginación política y social, y la falta de recursos socioeconómicos y sociales.

El término *acceso a servicios de salud* se usa frecuentemente para describir factores o características que influyen en el contacto inicial o el uso de los servicios, y se relaciona con la capacidad de la población para buscar y obtener atención médica. El acceso refleja la existencia de las barreras o facilitadores para los usuarios. Existen barreras al acceso que pueden ser solucionadas con políticas de salud, tal es el caso del precio de los servicios, la localización geográfica y el tiempo de espera. Pero existen otras barreras sociales, económicas y culturales que son menos receptivas a estas políticas, como el ingreso, los recursos para transporte y el tiempo libre (Frenk, 1985).

En este sentido, estudios previos han demostrado que, en comparación con los migrantes de otros países y la población general de los EE. UU. los migrantes mexicanos tienen un menor acceso a los servicios médicos. Las principales barreras son asociadas a los altos costos y la carencia de seguro médico, además de otros factores como las necesidades de salud no satisfechas, la distancia y el estatus migratorio (Vargas Bustamante *et al.*, 2012).

Antes de ACA los migrantes latinos tenían tasas menores de acceso a los servicios de salud en comparación con los nacionales de los EE. UU. Sin embargo, estudios recientes muestran que el impacto de ACA entre latinos fue diferente de acuerdo con el tipo de lengua materna y el manejo del idioma inglés.

Se ha demostrado que el impacto de ACA en el acceso a los servicios de salud para la población migrante de latinos es a corto plazo, pero que a largo plazo su impacto disminuye. El motivo es que éstos retrasan o dejan de asistir a sus visitas a los centros médicos debido a que continuar con los tratamientos resulta muy costoso. Lo que pone de manifiesto la necesidad de diseñar políticas públicas orientadas a disminuir las barreras económicas para el acceso a servicios médicos (Alcalá, Chen, Langelier, Roby, & Ortega, 2017).

No obstante, se ha demostrado que ACA ha cerrado la brecha de cobertura que existía previamente entre los ciudadanos y migrantes no ciudadanos, así como mejoras en otras medidas de acceso y utilización (Bustamante, Chen, McKenna, & Ortega, 2018).

Por tanto, este artículo pretende identificar exclusivamente las características sociodemográficas de la población migrante mexicana que vive en Estados Unidos con la finalidad de proponer políticas binacionales que en un futuro logren beneficiar a esta población, en donde instituciones de ambos países trabajen conjuntamente, con la finalidad de mejorar el acceso a salud.

Metodología

El estudio se realizó con la información de la base de datos *IPUMS Health Surveys: National Health Interview Survey* (NHIS) de los años 2011 a 2016. La encuesta NHIS es probabilística multietápica que incorpora estratificación y conglomerados, y está diseñada para ser representativa de la población civil no institucionalizada que vive en los Estados Unidos (Lynn, 2019). La muestra de este estudio estuvo conformada por 14 732 observaciones correspondientes a mexicanos entre 18 y 64 años, con información completa.

Variable de interés

Para evaluar el acceso a los servicios de salud se consideró la búsqueda de la atención médica y cómo el costo de la misma impedía o no esta búsqueda. (Woodward, Dwinell, & Arons, 1992). Para ello, la variable de interés fue el retraso en la búsqueda de atención médica debido al costo, con la cual se exploró si se había, o no, retrasado la búsqueda de atención médica por la preocupación del costo durante los últimos doce meses (Lynn, 2019).

Covariables

Se estudió la relación de esta variable con la edad, el sexo, el estado civil, el idioma que domina, el ingreso familiar, nivel educativo, región del censo en los EE. UU., percepción del estado de salud, con limitaciones funcionales y año de realización de la encuesta. Con relación al estado de salud, se consideraron 2 variables en la población: la autopercepción del estado de salud (excelente, muy bueno, bueno, justo, malo) y la presencia o ausencia de limitaciones funcionales.

Se modeló la probabilidad de tener retraso en la búsqueda de atención debido al costo ($P(Y)$) con un modelo de regresión logística que tiene la siguiente forma funcional, que modela

el logaritmo del momio de $P(Y)$ en función de una combinación lineal de las covariables x_i :

$$\log\left(\frac{P(Y)}{1 - P(Y)}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$$

Análisis estadístico

Las variables relacionadas con el retraso en la búsqueda de atención médica se describieron en dos periodos: antes y después de la implementación de ACA (2011-2013 y 2014-2016, respectivamente). La distribución de la muestra a través de las covariables se describe en porcentajes, y se evaluó su asociación con la variable de interés a través de pruebas de Chi cuadrada de Pearson en variables nominales y pruebas de Wilcoxon de tendencia en las variables ordinales (Cuadro 1).

Para estimar la magnitud de los factores asociados entre el retraso en la búsqueda de la asistencia médica y la implementación de ACA, se estimaron tres modelos de regresión logística: 1) para el periodo 2011-2013, antes de ACA, 2) para el periodo 2014-2016, después de ACA, y 3) para el período completo 2011-2016 (Cuadro 2).

En los primeros dos modelos se estimaron las probabilidades ajustadas de tener un retraso en la búsqueda de atención médica y se estimó su diferencia estadística a través de una prueba de Mann-Whitney. En el tercer modelo logístico se consideró de manera conjunta al periodo 2011-2016 para estimar la asociación entre la búsqueda de asistencia médica retrasada debido al costo y la implementación de ACA a través de las diferencias en los coeficientes de regresión estimados para cada año de levantamiento de la encuesta.

Todos los modelos fueron ajustados por las mismas covariables y se utilizó una variable binaria para cada año de la encuesta. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software Stata 14.0 (StataCorp. 2015. College Station, TX.). Se reportan intervalos de confianza

de 95% y valores p. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas si el valor de $p < 0.05$.

Resultados

En el cuadro 1 se observan las características de la población migrante mexicana, para los periodos 2011-2013 (antes de ACA) y 2014-2016

(después de ACA). En ambos periodos se observa que las características fueron significativamente diferentes en todos los grupos, con excepción del estado civil y nivel de educación. Se observó que 49.8 por ciento de quienes tuvieron un retraso en la atención en el primer periodo están por debajo del nivel federal de pobreza ($p < 0.01$), mientras que, en el segundo periodo, fueron 43.8 por ciento.

Cuadro 1. Características de la población migrante mexicana y el retraso de la búsqueda de la atención médica debido al costo, periodos 2011-2013 y 2014-2016

Características	Sí	No	Valor p	Sí	No	Valor p
n	1 193	6 858		730	5 951	
Edad						
18 - 24	10.0 [8.4,11.8]	13.4 [12.6,14.3]	***	6.8 [5.2,8.9]	12.9 [12.1,13.8]	***
25 - 34	24.0 [21.6,26.5]	26.9 [25.9,28.0]		20.0 [17.2,23.1]	23.5 [22.4,24.6]	
31 - 40	30.7 [28.1,33.4]	30.0 [28.9,31.0]		32.1 [28.8,35.5]	29.0 [27.8,30.1]	
41 - 50	21.9 [19.6,24.3]	19.6 [18.7,20.6]		23.8 [20.9,27.1]	22.3 [21.3,23.4]	
50 y más	13.5 [11.7,15.6]	10.1 [9.4,10.8]		17.3 [14.7,20.2]	12.3 [11.5,13.2]	
Sexo						
Hombre	43.3 [40.5,46.2]	50.5 [49.3,51.7]	***	41.5 [38.0,45.1]	50.4 [49.1,51.6]	***
Mujer	56.7 [53.8,59.5]	49.5 [48.3,50.7]		58.5 [54.9,62.0]	49.6 [48.4,50.9]	
Estado Civil						
Casado	63.2 [60.4,65.9]	63.0 [61.9,64.1]		63.8 [60.3,67.3]	61.9 [60.7,63.1]	
Soltero	36.8 [34.1,39.6]	37.0 [35.9,38.1]		36.2 [32.7,39.7]	38.1 [36.9,39.3]	
Idioma						
Español (solo)	72.2 [69.6,74.6]	66.0 [64.9,67.1]	***	67.5 [64.0,70.8]	61.9 [60.6,63.1]	***
Inglés y español	27.8 [25.4,30.4]	34.0 [32.9,35.1]		32.5 [29.2,36.0]	38.1 [36.9,39.4]	
Escolaridad						
Secundaria o inferior	70.9 [68.3,73.4]	66.8 [65.7,67.9]	*	70.1 [66.7,73.4]	65.4 [64.2,66.6]	
Preparatoria	16.8 [14.7,19.0]	20.6 [19.7,21.6]		16.8 [14.3,19.7]	21.5 [20.5,22.6]	
Carrera universitaria sin título	7.0 [5.6,8.5]	6.9 [6.3,7.5]		6.8 [5.2,8.9]	7.1 [6.5,7.8]	
Carrera universitaria con título	3.0 [2.2,4.2]	2.9 [2.5,3.3]		3.8 [2.7,5.5]	3.0 [2.6,3.5]	
Licenciatura o más	2.3 [1.6,3.4]	2.8 [2.4,3.2]		2.3 [1.5,3.7]	2.9 [2.5,3.4]	
Nivel de pobreza						
Encima del nivel de pobreza	50.2 [47.4,53]	61.2 [60.0,62.3]	***	56.2 [52.5,59.7]	65.8 [64.6,67]	***
Debajo del nivel de pobreza	49.8 [47,52.6]	38.8 [37.7,40.0]		43.8 [40.3,47.5]	34.2 [33,35.4]	
Limitaciones funcionales						
No	89.2 [87.3,90.8]	95.0 [94.5,95.5]	***	89.2 [86.7,91.2]	95.3 [94.8,95.8]	***
Si	10.8 [9.2,12.7]	5.0 [4.5,5.5]		10.8 [8.8,13.3]	4.7 [4.2,5.2]	

Continúa...

Cuadro 1. Características de la población migrante mexicana y el retraso de la búsqueda de la atención médica debido al costo, periodos 2011-2013 y 2014-2016

Características	Sí	No	Valor p	Sí	No	Valor p
	n	1 193		6 858	730	
Percepción del estado de Salud						
Excelente	10.2 [8.6,12.1]	25.5 [24.5,26.6]	***	11.6 [9.5,14.2]	26.2 [25.1,27.3]	***
Muy Bueno	18.9 [16.7,21.2]	23.9 [22.9,24.9]		16.7 [14.2,19.6]	23.0 [21.9,24.1]	
Bueno	39.5 [36.7,42.3]	37.1 [36.0,38.3]		37.7 [34.2,41.3]	37.4 [36.2,38.6]	
Justo	26.6 [24.1,29.2]	11.7 [11.0,12.5]		28.4 [25.2,31.7]	12.1 [11.3,13.0]	
Malo	4.9 [3.8,6.2]	1.8 [1.5,2.1]		5.6 [4.2,7.5]	1.4 [1.1,1.7]	
Región						
Noreste	2.5 [1.8,3.6]	4.2 [3.8,4.7]	***	2.7 [1.8,4.2]	4.4 [3.9,4.9]	***
Medio Oeste	7.6 [6.2,9.3]	9.4 [8.7,10.1]		8.2 [6.4,10.5]	9.2 [8.5,10.0]	
Sur	28.4 [25.9,31.0]	27.4 [26.3,28.4]		38.6 [35.2,42.2]	31.6 [30.4,32.8]	
Oeste	61.4 [58.6,64.2]	59.1 [57.9,60.2]		50.4 [46.8,54.0]	54.9 [53.6,56.1]	
Ciudadanía						
No	81.3 [79.0,83.4]	77.2 [76.1,78.1]	***	82.1 [79.1,84.7]	74.6 [73.5,75.7]	***
Sí	18.7 [16.6,21.0]	22.8 [21.9,23.9]		17.9 [15.3,20.9]	25.4 [24.3,26.5]	
Años						
2012	36.1 [33.4,38.9]	32.7 [31.6,33.8]	**			
2013	34.1 [31.5,36.9]	35.2 [34.1,36.3]				
2014	29.8 [27.2,32.4]	32.1 [31.0,33.2]				
2015				40.3 [36.8,43.9]	43.2 [42.0,44.5]	**
2016				37.1 [33.7,40.7]	37.1 [35.9,38.3]	
2016				22.6 [19.7,25.8]	19.7 [18.7,20.7]	

*p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01

El Cuadro 2 muestra los resultados de las tres regresiones logísticas ajustadas. En el periodo 2014-2016 se observa que los individuos en el grupo de edad de 31 a 40 años y de 41 a 50 años, tienen mayores posibilidades de tener retraso en la búsqueda de la atención médica debido al costo, en comparación con el grupo de edad de 18 a 24 años (RM = 1.6, IC95% 1.1-2.3 y RM = 1.4, IC95% 1.0-2.0, respectivamente).

En el análisis por sexo se observó que las mujeres tuvieron más posibilidades de retrasar la búsqueda de la atención médica en comparación con los hombres, en ambos periodos (RM = 1.2, IC95% 1.1-1.4 y RM = 1.3, IC95% 1.1-1.5, respectivamente).

En el nivel de educación, durante el periodo 2014-2016 se observó que los individuos con carrera universitaria tenían más posibilidades de tener retraso en la búsqueda de la atención debido al costo, en comparación con los que tenían un nivel inferior al de preparatoria (RM = 1.4, IC95% 1.0-2.0 para universitarios sin título y RM = 1.5, IC95% 0.9-2.2 para universitarios con título).

En la variable nivel de pobreza, para ambos periodos, se observó que los individuos que se encuentran por debajo del nivel de pobreza tenían una mayor posibilidad de retrasar la búsqueda de la atención médica en comparación con los mexicanos que se encontraban por

encima del nivel de pobreza, (RM = 1.4, IC 95% 1.2-2.6 y RM = 1.4, IC 95% 1.2-2.6, respectivamente).

Considerando la percepción del estado de salud, tanto para el periodo 2011-2013 como 2014-2016, se observó que conforme empeora la percepción del estado de salud, las posibilidades de aplazar la búsqueda de la atención por motivos económicos aumentan, en comparación con una percepción de salud excelente. Lo mismo se observó cuando se evalúan todos los años (2011-2016).

Al analizar por región, en el periodo 2011-2013 tenían más posibilidades de retrasar la búsqueda de la atención aquellos individuos que residían en la zona sur de los EE. UU., en comparación con los que residen en el noreste del país. (RM = 1.5, IC 95% 1.0-2.3). Lo mismo se observó para el periodo 2014-2016 (RM = 1.8, IC 95% 1.1-2.9).

En la variable de ciudadanía se observó que los migrantes mexicanos que cuentan con el estatus legal de ciudadanía estadounidense tienen una menor posibilidad de tener retraso en la búsqueda de la atención debido

al costo, en comparación con mexicanos que no cuentan con la ciudadanía. Esto se observó para ambos periodos (RM = 0.8, IC 95% 0.7-0.9 y RM = 0.7, IC 95% 0.6-0.9).

Realizando el análisis de cada año por separado, para los dos periodos, se observó que, en el año 2013 los migrantes tuvieron menos posibilidad de retrasar la búsqueda de la atención médica debido al costo, en comparación al año 2011 (RM = 0.9, IC 95% 0.7-1.0).

Por otro lado, al estimar el número de personas que expresaron un retraso de la búsqueda de la atención médica debido al costo, en el periodo 2011-2013, se obtuvo una mediana de 5 035. Mientras que para el periodo 2014-2016, se estimó una mediana de 2 330 personas, lo que muestra una diferencia de 2 705 personas ($p < 0.05$).

Considerando todos los años, 2011-2016, se observa que los individuos encuestados durante el año 2014 tuvieron menos posibilidades de retraso en la búsqueda de la atención médica debido al costo, en comparación con los de 2011.

Cuadro 2. Factores asociados con retraso de la búsqueda de atención medica debido al costo, periodos 2011-2013, 2014-2016 y 2011-2016

Características	Periodo 2011 - 2013		Periodo 2014-2016		Periodo 2011-2016	
	RM [IC 95%]	Valor p	RM [IC 95%]	Valor p	RM [IC 95%]	Valor p
Edad (Ref. 18-24)						
25 - 34	1.1 [0.8,1.4]		1.3 [0.9,1.9]		1.1 [0.9,1.4]	
31 - 40	1.2 [0.9,1.5]		1.6 [1.1,2.3]	***	1.3 [1.0,1.6]	***
41 - 50	1.2 [0.9,1.5]		1.4 [1.0,2.0]	**	1.2 [0.9,1.5]	**
Sexo (Ref. Hombre)						
Mujer	1.2 [1.1,1.4]	***	1.3 [1.1,1.5]	***	1.2 [1.1,1.3]	***
Estado Civil (Ref. Casado)						
Soltero	1.0 [0.9,1.2]		1.0 [0.9,1.2]		1.0 [0.9,1.1]	
Idioma (Ref. Ingles)						
Inglés y español	0.9 [0.8,1.0]	*	0.9 [0.8,1.1]		0.8 [0.8,0.9]	**
Escolaridad (Ref. Secundaria o inferior)						
Preparatoria	1.0 [0.8,1.1]		1.0 [0.8,1.2]		0.9 [0.8,1.0]	
Carrera universitaria sin titulo	1.3 [1.0,1.6]	*	1.4 [1.0,2.0]	**	1.3 [1.0,1.6]	***
Carrera universitaria con titulo	1.1 [0.7,1.6]		1.5 [0.9,2.2]	**	1.2 [0.9,1.6]	
Licenciatura o mas	1.1 [0.7,1.6]		1.1 [0.6,1.8]		1.0 [0.7,1.4]	

Continúa...

Cuadro 2. Factores asociados con retraso de la búsqueda de atención médica debido al costo, periodos 2011-2013, 2014-2016 y 2011-2016

Características	Periodo 2011 - 2013		Periodo 2014-2016		Periodo 2011-2016	
	RM [IC 95%]	Valor p	RM [IC 95%]	Valor p	RM [IC 95%]	Valor p
Nivel de pobreza (Ref. Encima del nivel de pobreza)						
Debajo del nivel de pobreza	1.4 [1.2,1.6]	***	1.3 [1.1,1.5]	***	1.3 [1.2,1.4]	***
Limitaciones funcionales (Ref. No)						
Si	1.3 [1,1.6]	*	1.2 [0.9,1.7]		1.2 [1.0,1.4]	**
Percepción del estado de Salud (Ref. Excelente)						
Muy Bueno	1.9 [1.5,2.4]	***	1.6 [1.2,2.1]	***	1.7 [1.4,2.1]	***
Bueno	2.5 [2.0,3.0]	***	2.1 [1.6,2.7]	***	2.3 [1.9,2.7]	***
Justo	5.0 [3.9,6.3]	***	4.6 [3.4,6.1]	***	4.8 [4.0,5.7]	***
Malo	5.4 [3.6,8.1]	***	6.9 [4.3,11.3]	***	6.0 [4.3,8.2]	***
Región (Ref. Noreste)						
Medio Oeste	1.2 [0.8,1.9]		1.5 [0.9,2.5]		1.3 [0.9,1.8]	
Sur	1.5 [1.0,2.3]	**	1.8 [1.1,2.9]	**	1.6 [1.2,2.2]	***
Oeste	1.5 [1.0,2.2]	*	1.3 [0.8,2.2]		1.4 [1.0,1.9]	**
Ciudadanía (Ref. No)						
Si	0.8 [0.7,0.9]	***	0.7 [0.6,0.9]	***	0.7 [0.6,0.8]	***
Años (Ref. 2011 y 2014)						
2012	0.9 [0.7,1.0]	**			0	**
2013	0.8 [0.7,1.0]	**			0	**
2014					0	***
2015			1.0 [0.9,1.3]		0	***
2016			1.2 [1.0,1.5]	*	0	***

*p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01

ª Referencia para los años 2012 y 2013

ª Referencia para los años 2015 y 2016

ª Referencias para el periodo 2011-2016

Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos de IPUMS Health Surveys: NHIS (University of Minnesota, n.d.)

Discusión

En este estudio se analizó el cambio en el acceso a servicios de salud y sus factores asociados después de la implementación del ACA, en la población migrante mexicana (documentada y no documentada) que reside en EE. UU. El acceso a servicios de salud fue medido a partir de analizar el retraso en la búsqueda de asistencia médica debido a los costos.

Los resultados muestran una disminución en el retraso en la búsqueda de la atención médica motivado por el costo, durante los dos

primeros años posteriores a la implementación de ACA. Esto sugiere que existió una mejoría en el acceso a los servicios de salud en la población migrante con la implementación del programa. Sin embargo, en el año 2015 se observó un incremento en la tendencia del retraso de la búsqueda de atención médica por los costos, lo que pudiera indicar que los resultados de la implementación fueron a corto plazo. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han evaluado el acceso a servicios de salud a partir de la implementación de ACA en migrantes hispanos (Bustamante *et al.*, 2018). Lo anterior está

potencialmente explicado con la promesa de derogación de ACA en 2016 durante la campaña del actual presidente de EE. UU., que fue acompañado de discursos xenófobos contra la población migrante mexicana, lo que pudo haber repercutido en su decisión de acudir a instituciones de salud (Ayón, Valencia-García, & Kim, 2017). Esta tendencia debe ser documentada a largo plazo para comprender a profundidad los efectos del programa en el contexto político actual.

El análisis de los factores asociados al acceso de servicios de salud mostró que la búsqueda de retraso en la atención médica debido al costo fue mayor entre los migrantes que se encontraban por debajo del nivel de pobreza, esto en ambos periodos de tiempo. Esto es consistente con otros estudios que muestran que tener bajos ingresos se relaciona con las desigualdades de acceso a servicios de salud (Gaffney & McCormick, 2017). Después de la implementación de ACA las probabilidades de retraso fueron menores en los migrantes que estaban por encima del nivel de pobreza; este resultado se puede atribuir a que los principales objetivos del programa se estaban cumpliendo.

En ambos periodos, ser mexicano con ciudadanía estadounidense fue una condición que disminuyó la probabilidad de retraso en la atención médica debido al costo. Lo anterior evidencia las disparidades entre mexicanos ciudadanos estadounidenses y no ciudadanos (Alcalá *et al.*, 2017). Estas disparidades, además del estatus legal, pudieran ser causadas por el tiempo de residencia y por las políticas federales y estatales que buscan restringir el acceso de los migrantes a la atención médica (Bustamante *et al.*, 2018). Posterior a la implementación de ACA, la condición de ciudadanía mostró una disminución en la probabilidad de tener retraso en la búsqueda de atención, esto es consistente con estudios previos (Alcalá *et al.*, 2017). El resultado puede estar relacionado con el aumento de las tasas de aseguramiento médico y a las sanciones por no tener un seguro contratado (Buchmueller,

Levinson, Levy, & Wolfe, 2016). Si bien ACA tiene restricciones para responder a las necesidades de los migrantes no documentados o con una residencia menor a 5 años, con la implementación del programa, se asignaron más fondos a los centros comunitarios de salud, los cuales atienden a migrantes con capacidades de pago limitadas sin importar su estatus migratorio.

Conforme se percibía un empeoramiento del estado de salud, la probabilidad de tener retraso en la atención médica aumentaba. Esto pudiera deberse a que el tener una percepción de mala salud está relacionado con largos periodos de hospitalización y altos costos, teniendo como consecuencia un aplazo de la búsqueda de atención por parte del usuario (Arredondo L. & Meléndez C., 2003). Sin embargo, después de la implementación de ACA, se observó que la probabilidad de tener retraso fue menor. Esto es congruente con otros estudios, ya que conforme la percepción del estado de salud empeora, se enfrentan a primas más altas en los seguros de salud. Por tanto, es probable que los migrantes que tenían una percepción de un estado de salud deficiente hayan buscado beneficiarse de esta nueva ley (Sommers, Buchmueller, Decker, Carey, & Kronick, 2013).

Los migrantes que vivían en la región sur antes de la implementación de ACA tuvieron más probabilidades de haber retrasado la búsqueda de atención médica motivada por el costo. Esto pudo atribuirse a que dos estados del sur (Texas y Florida) tenían las tasas más altas de población total no asegurada de los EE. UU. En este sentido, estudios previos concluyen que las personas no aseguradas tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud (Tolbert, Orgera, Singer, & Damico, 2019). Adicionalmente, el Sur de EE. UU. es una región en donde predomina la población hispana y donde frecuentemente el retraso en la atención médica se debe a la falta de proveedores que hablen español (Ku, 2009). Después de la implementación de ACA se observó que existió un aumento



en las probabilidades de retraso en la atención médica en la región sur, que estudios previos han mostrado que los migrantes de esta región tenían mayores probabilidades de carecer de un seguro de salud después de ACA. Asimismo, puede estar relacionado con factores geográficos como la cercanía de estos estados con la frontera de México y la facilidad de acceder a los servicios de atención médica de este país, así como por tener una mayor identificación cultural con los proveedores mexicanos (Ortega, Rodríguez, & Vargas Bustamante, 2015).

Las mujeres presentaron mayor probabilidad de retrasar la búsqueda de atención médica por los costos antes de la implementación de ACA. Este resultado es consistente con estudios previos en donde se observó que las mujeres tenían mayores dificultades de acceso a servicios de salud debido a niveles bajos de escolaridad, carencia de no tener un empleo formal y no contar con un seguro de salud (Marshall, Urrutia-Rojas, Mas, & Coggin, 2005). Después de la implementación del programa se observó que la probabilidad de retrasar la búsqueda fue mayor, que puede estar relacionado con actitudes negativas o inciertas sobre ACA y la falta de comprensión sobre sus beneficios (Hall, Fendrick, Zochowski, & Dalton, 2014; Kaiser Family Foundation, 2013).

Los hallazgos muestran que después de la implementación de ACA, se logró una disminución en el retraso en la búsqueda de la atención médica debido al costo en los migrantes mexicanos, lo que sugiere una mejora en el acceso a la atención médica. Esto pudiera dar indicios que la promulgación de ACA fue una iniciativa relevante y pudiera representar la oportunidad de disminuir las disparidades en el acceso a servicios de salud (Evans, Hsu, & Boerma, 2013). Sin embargo, es importante resaltar que los migrantes que residen en los estados del Sur (frontera con México) son los que resultaron menos beneficiados de este programa. Lo que sugiere una necesaria reducción en las brechas de acceso a servicios de salud en los migrantes mexicanos,

principalmente en los no documentados a través de políticas y estrategias binacionales efectivas que se basen en el conocimiento de las características de esta población. Si bien existen estrategias de tipo preventivo desarrollados por el gobierno mexicano y operadas por organizaciones de salud locales, como las Ventanillas de Salud, es deseable llegar a la generación de estrategias y acciones curativas con enfoque de género que respondan al perfil epidemiológico de los migrantes mexicanos. Esto con el propósito de obtener repercusiones positivas en los sistemas de salud de ambos países.

Es importante enfatizar que, si bien ACA está dirigido a personas con un estatus documentado, los estudios realizados muestran que los migrantes no documentados también han sido beneficiados indirectamente después de esta implementación. Este estudio tiene la limitación de no poder distinguir el estatus legal de los individuos encuestados entre documentados y no documentados, ya que en las encuestas no se incluye por razones éticas. Sin embargo, son dos poblaciones con características distintas, y el efecto de ACA es diferente. Debido al estigma y posición de vulnerabilidad que representa ser no documentado hasta el momento es inviable conocer esos efectos. A pesar de lo anterior, los resultados encontrados pueden ser la base para realizar futuras investigaciones de corte cualitativo que aborden estos parámetros.

Conclusiones y recomendaciones para política pública

No obstante las limitaciones, este estudio sugiere que después de la implementación de ACA, hubo mejoría en el acceso a servicios de salud al presentarse una disminución en el retraso de la búsqueda de la atención médica por motivos económicos entre los migrantes mexicanos. Es relevante enfatizar que este beneficio sólo fue para migrantes con un estatus documentado.

No obstante, muchos mexicanos migrantes no documentados recibieron atención primaria y medicamentos recetados en algunos de los 1,400 centros de salud comunitarios financiados por ACA. Estos centros atienden a cualquier persona, independientemente de su capacidad de pago y su estatus migratorio.

El actual presidente de la Unión Americana ha planteado revocar la ACA en el año 2020. No obstante, 50 por ciento de la población estadounidense aprueba este programa; debido a los beneficios que ha obtenido, mientras que un 39 por ciento no lo aprueba (Hamel, Firth, & Brodie, 2014). ACA durante 2020, es un tema de coyuntura electoral ya que el apoyo de la administración actual demanda que deje a 20 millones de personas sin seguridad médica, esto será un foco para los mensajes de los demócratas en las elecciones de 2020. Cabe agregar que la mayoría de los migrantes mexicanos documentados confían en el Partido Demócrata y que el acceso a seguridad médica es un problema preponderante para los votantes, motivo por el cual en las próximas elecciones este tema será sustancial en la decisión de los votantes.

Si bien los migrantes no documentados no pueden participar en el ejercicio democrático, es relevante recordar que las familias no son homogéneas, es decir muchas familias están integradas por personas de varias generaciones en las que pueden existir tanto migrantes no documentados y documentados, y finalmente se verán afectados por el resultado de las votaciones.

En este sentido es preponderante bregar en la formulación de políticas binacionales enfocadas en brindar cobertura integral de salud a la población migrante mexicana, tomando en consideración que al momento de ser pronunciadas deben contemplar a la población no documentada que históricamente ha sido marginada. Las políticas deberían enfocarse en potenciar redes existentes como centros de salud comunitarios, iglesias y clubes de migrantes, los cuales se adaptan a la realidad de los migrantes.

Los autores recomiendan seis aspectos que se pueden considerar para mejorar el acceso a los migrantes mexicanos en los EE. UU. independientemente de su estatus migratorio:

1. Que exista una coordinación entre ambos países respecto a la atención en los centros de salud comunitarios involucrando a las Ventanillas de Salud para contribuir en la recolección de la información sobre el cuidado y establecer el *rapport* necesario. El diseño de control de enfermedades con un enfoque binacional ayudaría a conocer cuáles son las necesidades principales de la población migrante y en consecuencia se podrá trabajar en estrategias para abatir dichas necesidades siempre con un enfoque bicultural.
2. Crear un programa de préstamos por parte del gobierno mexicano para el pago de las tarifas por acceso a servicios de emergencia en los Estados Unidos, basado en que un migrante sano genera mayor riqueza y por consecuencia, un envío garantizado de remesas para México. Los familiares beneficiarios en el país de origen incrementarían su ingreso y contribuyendo a la disminución de la pobreza, con una obtención de beneficios individuales y grupales. Dichos préstamos pudiesen estar basados en un estudio actuarial que midiera los riesgos de la población migrante en Estados Unidos basado en sus riesgos de salud.
3. Considerar esquemas de seguros binacionales de salud en donde los problemas de salud más frecuentes con una capacidad de resolución en el primer nivel y las emergencias sean atendidos en los EE. UU. Los problemas con mayor complejidad de salud se atenderían en México y el traslado sería considerado dentro del seguro. En este caso se podría considerar un subsidio por parte del gobierno mexicano para la compra de seguros de salud que



podrían ser públicos o privados. Estos beneficios solo serían para migrantes documentados, ya que los no documentados no tendrían una forma administrativa correcta de regresar a EE. UU.

4. Incrementar los servicios de las Ventanillas de Salud en los consulados de México. Además del servicio informativo y preventivo, tener un servicio de atención médica de primer contacto con recursos humanos desde México. La atención incluiría orientación en salud con enfermera, nutriólogo y médico a través de telemedicina. Esta recomendación se basa en la identificación de las condiciones de vulnerabilidad y marginal en la que vive la población migrante mexicana, así como en el derecho de protección internacional.
5. En relación con el punto anterior, la alternativa sería utilizar el número de *Individual Taxpayer Identification Number (ITIN)*, como un número de identificación válido para la compra de un seguro médico. El ITIN es un número de procesamiento de impuestos emitido por el Servicio de Ingresos Internos (IRS por sus siglas en inglés) de EE. UU. a personas que no son elegibles para obtener un Número de Seguridad Social.
6. Crear programas de concientización para disminuir las brechas de prácticas de discriminación y estigma en el personal de salud.

Estas alternativas son algunas reflexiones derivadas de las necesidades de salud de la población migrante mexicana, el trabajo binacional

y el derecho de protección internacional. A su vez será necesario considerar la legislación de cada estado de los EE. UU., debido a que cada estado tiene una jurisdicción soberana. En consecuencia, los estados santuario, (estados que limitan su cooperación con el gobierno federal para hacer cumplir las leyes migratorias) serían lugares en donde habría un mayor apoyo a estas iniciativas; tal es el caso de California, Connecticut, Illinois, Massachusetts, Nueva York, Oregón, Rhode Island, Vermont y Washington.

Illinois, por ejemplo, aprobó leyes que ofrecían vías para que los migrantes no documentados obtuvieran un estatus regular en el país. En este sentido, la legislación de este estado se ha comprometido en el acceso justo y equitativo al empleo, licencias de conducir para todo ciudadano independientemente de su estatus legal; todos estos beneficios siempre y cuando la población migrante respete las leyes locales.

Recordemos que la relación binacional es trascendental para la prosperidad, el bienestar y la seguridad de ambos países. Una adecuada relación y coordinación de acciones se refleja en el beneficio de una convergencia entre los ideales e intereses de México y EE. UU.

Consideramos que ACA ha cambiado las reglas del juego en términos de apoyo público a la atención médica como un derecho. Si bien no resuelve los problemas de asequibilidad de todos los migrantes mexicanos, lejos de derogar el programa es necesario buscar el modo de acrecentar sus resultados. Se recomienda que para futuras investigaciones se considere una desagregación estatal.

Referencias bibliográficas

- Alcalá, H. E., Chen, J., Langellier, B. A., Roby, D. H., & Ortega, A. N. (2017). Impact of the Affordable Care Act on Health Care Access and Utilization Among Latinos. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(1), 52–62. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.01.160208>.
- Arredondo L, A., & Meléndez C, V. (2003). Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. *Revista Médica de Chile*, 131(4), 445–453. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000400014>
- Ayón, C., Valencia-García, D., & Kim, S. H. (2017). Latino Immigrant Families and Restrictive Immigration Climate: Perceived Experiences with Discrimination, Threat to Family, Social Exclusion, Children's Vulnerability, and Related Factors. *Race and Social Problems*, 9(4), 300–312. <https://doi.org/10.1007/s12552-017-9215-z>
- Berchick, E. R., Barnett, J. C., & Upton, R. D. (2019). *Health Insurance Coverage in the United States: 2018*. Washington, DC., <https://doi.org/10.1093/ije/dys118>
- Buchmueller, T. C., Levinson, Z. M., Levy, H. G., & Wolfe, B. L. (2016). Effect of the Affordable Care Act on Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage. *American Journal of Public Health*, 106(8), 1416–1421. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303155>
- Bustamante, A. V., Chen, J., McKenna, R. M., & Ortega, A. N. (2018). Health Care Access and Utilization Among U.S. Immigrants Before and After the Affordable Care Act. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(2), 211–218. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0741-6>
- Consejo Nacional de Población, & (Conapo). (2016). *Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante / Migration and Health. Perspectives on the immigrant population* (1º). México, D.F.: Conapo.
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). *Universal health coverage and universal access. Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 91). <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Flores, G., Fuentes-Afflick, E., Barbot, O., Carter-Pokras, O., Claudio, L., Lara, M., Weitzman, M. (2002). The health of Latino children: urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA*, 288(1), 82–90. <https://doi.org/10.1001/jama.288.1.82>
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438–453.
- Gaffney, A., & McCormick, D. (2017). The Affordable Care Act: implications for health-care equity. *The Lancet*, 389(10077), 1442–1452. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30786-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30786-9)
- Hall, K. S., Fendrick, A. M., Zochowski, M., & Dalton, V. K. (2014). Women's Health and the Affordable Care Act: High Hopes Versus Harsh Realities? *American Journal of Public Health*, 104(8), e10–e13. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302045>

- Hamel, L., Firth, J., & Brodie, M. (2014). *Kaiser Health Tracking Poll: July 2014*. Kaiser Family Foundation. Recuperado de <https://www.kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-july-2014/>
- Heintzman, J., Bailey, S. R., Devoe, J., Cowburn, S., Kapka, T., Duong, T. V., & Marino, M. (2017). In low-income Latino patients, post-affordable care act insurance disparities may be reduced even more than broader national estimates: Evidence from Oregon. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4(3), 329–336. <https://doi.org/https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.144733>
- Kaiser Family Foundation. (2013). Kaiser Health Tracking Poll: December 2013 . Kaiser Family Foundation. Recuperado de <https://www.kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-december-2013/>
- Ku, L. (2009). Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1322–1328. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.144733>
- Levesque, J., Harris, M.F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12, 18 (2013)
- Lopez, G., Bialik, K., & Radford, J. (2018). Key findings about U.S. immigrants. <https://doi.org/10.1146/annurev.matsci.38.060407.132434>
- Lynn A. Blewett, Julia A. Rivera Drew, Miriam L. King and Kari C.W. Williams. IPUMS Health Surveys: National Health Interview Survey, Version 6.4 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2019.
- Marshall, K. J., Urrutia-Rojas, X., Mas, F. S., & Coggin, C. (2005). Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women. *Health Care for Women International*, 26(10), 916–936. <https://doi.org/10.1080/07399330500301846>
- Ortega, A. N., Rodriguez, H. P., & Vargas Bustamante, A. (2015). Policy Dilemmas in Latino Health Care and Implementation of the Affordable Care Act. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 525–544. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122421>
- Sommers, B. D., Buchmueller, T., Decker, S. L., Carey, C., & Kronick, R. (2013). The affordable care act has led to significant gains in health insurance and access to care for young adults. *Health Affairs*, 32(1), 165–174. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0552>
- Tolbert, J., Orgera, K., Singer, N., & Damico, A. (2019). Key Facts about the Uninsured Population. *Kaiser Family Foundation*, (December). Retrieved from <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
- United States. Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act: as amended through November 1, 2010 including Patient Protection and Affordable Care Act health-related portions of the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (2010). Washington, U.S.: Government Printing Office.
- Vargas Bustamante, A., Fang, H., Garza, J., Carter-Pokras, O., Wallace, S. P., Rizzo, J. A., & Ortega, A. N. (2012). Variations in health-care access and utilization among Mexican immigrants: The role of documentation status. *Journal of Immigrant*



and Minority Health, 14(1), 146–155. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9406-9>

Wallace, S. P., Torres, J., Sadegh-Nobari, T., Pourat, N., & Brown, E. R. (2012). *Undocumented immigrants and health care reform*. California, EU.

Woodward, A. M., Dwinell, A. D., & Arons, B. S. (1992). Barriers to mental health care for hispanic americans: A literature review and discussion. *The Journal of Mental Health Administration*, 19(3), 224–236. <https://doi.org/10.1007/BF02518988>

ASSOCIATIONS BETWEEN EXPERIENCES WITH IMMIGRATION ENFORCEMENT POLICIES AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS, HEALTHCARE UTILIZATION, AND COPING BEHAVIORS AMONG HISPANICS WITH DIFFERENT IMMIGRATION STATUSES IN A U.S.-MEXICO BORDER CITY

Isabel Latz¹

Summary

The current U.S. federal administration has adopted increasingly restrictive immigration policies and intensified immigration enforcement. This cross-sectional study examined associations between experiences with immigration enforcement policies and psychological distress, healthcare utilization, and coping strategies among 211 Hispanics with different immigration statuses in El Paso, Texas in mid-2019. Deportation fears and experiences with immigration enforcement were associated with higher psychological distress ($p < .005$) and medical care avoidance ($p < .10$). Positive thinking moderated the association between immigration enforcement experiences and psychological distress ($p < .005$). With a global rise in exclusionary immigration policies, it is crucial for governments to consider spillover effects on community well-being.

Keywords: *Immigration enforcement, healthcare utilization, mental health, U.S.-Mexico border.*

Introduction

The strengthening of U.S. immigration enforcement policies in recent decades has been associated with adverse mental and physical

health effects as well as declines in healthcare and social service use in Hispanic and immigrant communities. Under the current federal administration, immigration policies have become more restrictive, immigration enforcement has been intensified, and these changes have been accompanied by an anti-immigrant political rhetoric. To date, relatively few studies have examined associations between recent policy changes and health outcomes, particularly in U.S.-Mexico border communities that are disproportionately affected by these changes.

Strengthened immigration enforcement has resulted in rising deportations from 70 000 persons in 1996 to between 288 000 and 432 000 annually since 2007 (U.S. Department of Homeland Security, 2020). Notably, while Hispanics accounted for about 75 percent of undocumented immigrants between 2000 and 2009, they made up at least 90 percent of deportees during this period and in subsequent years (Passel & Cohn, 2009; U.S. Department of Homeland Security, 2009, 2018).

As research has shown, stricter immigration enforcement policies can affect family members of undocumented residents and Hispanic populations broadly. For example, parental deportation or risk thereof was found to be associated with increased stress, fear, and

¹ Isabel Latz, Ph.D., is a lecturer at the College of Health Sciences at the University of Texas at El Paso. She is also a research assistant for the Otero County Healthcare Services Department.



confusion about their identity among U.S. citizen children (Gulbas & Zayas, 2017). Fear of deportation for oneself, a family member, or close friend has been associated with poorer mental health, mobility restrictions, and avoidance of health care among Hispanic adults (Hardy et al., 2012; Rhodes et al., 2015; Vargas, Sanchez, & Juarez, 2017). Additionally, perceptions of anti-immigrant climates in one's state of residence have been associated with greater mental health problems among Latinos, irrespective of their immigration status (Vargas et al., 2017).

However, relatively few studies have examined impacts of recent changes to immigration policies on health and health care utilization among Hispanics and the extent to which associations vary by immigration status. This focus is particularly pertinent to border residents who hold a variety of immigration statuses and commonly share social and biological connections with different status holders. Specifically, El Paso, Texas—the setting of this study—is home to 83 percent Hispanics, 25 percent foreign-born, and 8 percent undocumented residents (U.S. Census Bureau, 2017; Migration Policy Institute, 2014).

This article will first, provide relevant background information for the present study, followed by an outline of the study's methodology. Subsequently, the study's findings will be presented and discussed, followed by recommendations for public policies.

Background

The U.S. population includes 18 percent Hispanics of whom 62 percent are Mexican (Flores, 2017). Two-thirds of Hispanics are U.S.-born citizens and of the remaining third, 75 percent are lawful immigrants, including naturalized citizens (44.1%), permanent (26.6%) and temporary (4.8%) residents, while the remaining 25 percent are undocumented (Radford, 2019). About 16.7

million U.S. residents are members of mixed-status families (i.e., in which at least one member is undocumented), reflecting widespread sociobiological connections between different legal status holders (Mathema, 2017).

Immigration policy changes under the current federal administration concern undocumented and documented immigrants as well as border communities. For instance, priority groups for deportation were expanded to include undocumented immigrants without a criminal background (U.S. Department of Homeland Security, 2017). Alongside increasing arrests of undocumented immigrants in the U.S. interior from 110 000 in 2016 to 158 000 in 2018, the proportion of arrests of those without a criminal background rose from 18 percent in 2016 to 43 percent in 2018 (U.S. Immigration and Customs Enforcement, 2017, 2018).

Following changes to the “*Public Charge Rule*”, the government considers non-cash benefit use (including, the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), non-emergency Medicaid, and housing benefits) a negative factor in permanent residency applications (Immigration Legal Resource Center, n.d.). Even prior to the new rule's implementation in February 2020, a nationally-representative survey found that one in seven immigrant family members and one in five low-income immigrant family members did not access non-cash benefits in 2018 due to concerns about future legal status applications (Bernstein, Gonzalez, Karpman, & Zuckerman, 2019). Immigrant families' increased service avoidance is particularly concerning in light of the current Coronavirus (Covid-19) pandemic, which has disproportionately affected Hispanics and low-income families, thus increasing their need for health and social services (Karpman, Gonzalez, & Kenney, 2020).

The Trump administration also introduced harsher immigration policies at the



U.S.-Mexico border, including “zero tolerance” in May 2018, which led to the separation of over 5 400 children from their caregivers (Spagat, 2019) and the “Migrant Protection Protocols” in January 2019, which force asylum seekers from countries other than Mexico to wait in Mexico for their court hearings in the U.S., despite unsafe conditions and poor access to legal assistance (Chishti & Bolter, 2020).

Initial studies revealed impacts of immigration policy perceptions and experiences under the current administration, including increased psychological distress among Latino parents regardless of their immigration status (Roche, Vaquera, White, & Rivera, 2018), higher anxiety and poorer sleep quality among U.S.-citizen adolescents with immigrant parents (Eskenazi *et al.*, 2019), and higher rates of low birth weight among infants of Hispanic mothers (Krieger, Huynh, Waterman, & Van Wye, 2018). However, these studies were located outside the U.S.-Mexico border and did not assess variation by immigration status (except for Roche *et al.*, 2018) or protective factors.

Our study was guided by the research question: What are associations between perceptions of, experiences with, and coping responses to current U.S. immigration enforcement policies and psychological distress and health care utilization among Hispanic adults with different immigration statuses in a border community?

Methodology

Research design and study population

This quantitative cross-sectional survey study was conducted in the Spring of 2019. Eligible participants were aged 18 or above, identified as Hispanic or Latino/a, and lived in El Paso, Texas and surrounding communities on the U.S.-side of the border. The study received ethical approval

from the Institutional Review Board at the University of Texas at El Paso.

Sampling and data collection

Participants were recruited via convenience and modified respondent driven sampling (RDS). The intention behind this recruitment strategy was to approach individuals in common community settings (via convenience sampling) as well as to reach more hidden community members through recruitment by study participants themselves (via RDS).

Convenience sampling involved recruitment at community health fairs, waiting rooms of legal aid clinics, and other community organizations' premises or events. RDS was a web-based, complementary strategy to recruit members of participants' social networks for an additional incentive. Participants could win monetary gift cards as part of a raffle and received additional raffle entries for each participant they recruited via RDS, up to a maximum of three. Data were collected between April and July 2019 via a bilingual electronic or hardcopy survey, which took 10 to 15 minutes to complete.

Study variables and statistical analyses

Non-specific psychological distress was assessed with the K6 scale by Kessler and colleagues (2002). This six-item scale reveals the frequency of emotional states (such as, feeling “nervous”, “hopeless”, and “restless or fidgety”) over the past 30 days. *Healthcare utilization* measures assessed participants' receipt of medical checkups for blood pressure, blood sugar, and cholesterol in the last three years, as well as participants' delay or avoidance of medical care in the past 12 months.

Independent variables included immigration or residency status, experiences with immigration enforcement, fears of deportation,

and coping behaviors. Participants' immigration status was categorized as "U.S.-born citizen", "foreign-born citizen", "legal permanent resident", "legal temporary resident", or "undocumented". *Experiences with immigration enforcement* captured whether participants had been asked for documents to prove their immigration status more than in the past, had greater trouble getting or keeping a job, or had greater difficulty finding or keeping housing due to increased attention on current immigration enforcement policies. Participants were also asked about their *fear of deportation* for themselves, a family member, or close friend. Finally, participants were asked about their use of *engaged coping strategies* in response to current immigration enforcement policies, including trying to learn as much as possible about this topic, focusing on positive things, and participating in social activism. Additionally, respondents were asked about their use of *disengaged coping strategies*, including trying not to think about this topic and having to accept how things are.

Control variables included age, sex, education, annual household income, length of U.S. residency, survey language, and health insurance status. All variables were derived from existing surveys with Hispanic populations with minor modifications to some measures.

Statistical analyses were performed in SPSS Version 23 and STATA Version 15. Analyses included univariate, bivariate, multiple linear, and logistic regression.

Results

This section will present descriptive statistics, followed by results from bivariate analyses, which examined differences in deportation fears, immigration enforcement experiences, psychological distress, and healthcare utilization by immigration status. Next, findings from multivariate regression analyses will be shown, demonstrating relationships between depor-

tation fears, immigration enforcement experiences, coping strategies and psychological distress and healthcare utilization.

Study participant characteristics

The survey was completed by 211 participants of whom 198 provided information about their immigration status. The majority of participants were recruited via convenience sampling (N=184) and the remaining respondents via RDS (N=27). Participants' medium age was 40 years and about two-thirds were female. Close to half of participants had an undergraduate degree or higher educational level and about a quarter reported an annual household income of \$20,000 or below. Half the sample completed the survey in Spanish and a little over two-thirds had no health insurance.

Seventeen percent reported moderate or high psychological distress. A little over a third of participants reported delay or avoidance of medical care in the past 12 months. Similarly, 34 percent reported they did not receive at least one of three medical checkups (for blood sugar, blood pressure, and cholesterol) in the past three years.

With respect to immigration status, almost half of respondents were U.S.-born citizens and about one in five participants were foreign-born U.S. citizens. Another 17 percent were legal permanent residents (LPRs) and 8 percent each were legal temporary residents (LTRs) and undocumented. The average length of U.S. residency was twenty-six years. Close to 60 percent reported "some" or "a lot" of fear of deportation for themselves, a family member, or close friend. When asked about their experiences with immigration enforcement policies (including, more trouble getting or keeping a job, being asked for documents to prove one's immigration status more than in the past, and greater difficulty finding or keeping housing), one in five



participants reported at least one of these experiences. When asked about their engaged coping responses to current immigration enforcement policies, participants most commonly reported focusing on positive things (82.0%), followed by trying to learn as much

as they can about this topic (75.7%). With respect to disengaged coping strategies, a little over one third reported a need to accept how things are. Similarly, about a third agreed with the statement that they try not to think about this topic (see Table 1).

Table 1. Descriptive statistics of study participants (N=211)

Demographics, dependent, and independent variables		N	
		Freq	Mean (SD) Percent
Age (years)		201	39.96 (14.53)
Sex	Female	134	63.50%
	Male	75	35.50%
	Non-binary	2	0.90%
Highest educational level	High school diploma/ GED or below	56	26.60%
	Technical school certificate/some college (incl. Associate's degree)	53	25.20%
	Undergraduate degree (Bachelors), Masters or Ph.D.	101	48.10%
Annual household income	\$20,000 or less	46	26.00%
	\$20,000-\$50,000	74	41.80%
	\$50,001 or more	57	32.20%
Length of U.S. residency (years)		201	25.82 (16.83)
Survey language	Spanish	107	50.70%
	English	104	49.30%
Health insurance	Insured	131	63.60%
	Uninsured	75	36.40%
Dependent variables			
K6 scale		201	5.73 (4.45)
K6 scale sum-score categories	Low psychological distress (0-9)	166	82.60%
	Moderate psychological distress (10-12)	21	10.40%
	High psychological distress (≥13)	14	7.00%
Delay/avoidance of medical care	Yes	72	34.60%
	No	136	65.40%

Continued...

Table 1. Descriptive statistics of study participants (N=211)

Demographics, dependent, and independent variables		N	Mean (SD)
		Freq	Percent
Medical checkups	Had all three medical check-ups	134	66.30%
	Did not have at least 1 out of 3 medical checkups	68	33.70%
Independen ariables			
Immigration/residency status	U.S.-born U.S. citizen	97	49.00%
	Foreign-born U.S. citizen	37	18.70%
	Legal permanent resident/green card holder	34	17.20%
	Legal temporary resident	15	7.60%
	Undocumented	15	7.60%
Fear of deportation	Not at all/not much	81	40.70%
	Some/a lot	118	59.30%
Immigration enforcement experiences	No experiences	166	80.20%
	At least one experience	41	19.80%
Needing to accept how things are	Agree/strongly agree	64	34.60%
	Neither agree nor disagree	41	22.20%
	Disagree/strongly disagree	80	43.20%
Trying not to think about this topic	Agree/strongly agree	63	33.90%
	Neither agree nor disagree	37	19.90%
	Disagree/strongly disagree	86	46.20%
Trying to learn as much as possible about this topic	Agree/strongly agree	143	75.70%
	Neither agree nor disagree	30	15.90%
	Disagree/strongly disagree	16	8.50%
Focusing on positive things	Agree/strongly agree	159	82.00%
	Neither agree nor disagree	25	12.90%
	Disagree/strongly disagree	10	5.10%
Participating in social activism	Agree/strongly agree	61	35.30%
	Neither agree nor disagree	34	19.70%
	Disagree/strongly disagree	78	45.10%

Variation in deportation fears, experiences with immigration enforcement, psychological distress, healthcare utilization, and coping strategies by immigration status

Fears of deportation and experiences with immigration enforcement differed by immigration status ($p=.007$ and $p=.003$, respectively). In addition, these associations followed a significant trend of greater experience of these issues with a more vulnerable residency status ($p<.001$ and $p=.001$, respectively) (see Table 2). There was no association between immigration status and psychological distress nor a relationship between immigration status and avoidance or delay of medical care in the past 12 months. However, there were differences in the receipt of medical checkups in the past three years by immigra-

tion status ($p=.003$), which followed a significant trend of higher proportions of individuals with a less protected residency status having missed at least one of these checkups ($p=.015$). The proportion of participants who had not received at least one of these checkups was highest among undocumented respondents (71.4%), followed by LTRs (42.9%), U.S.-born citizens (31.2%), LPRs (30.3%), and foreign-born citizens (13.9%).

Among engaged coping behaviors, focusing on positive things followed an increasing trend of greater use of this strategy among respondents with a more vulnerable immigration status ($p<.033$). Lastly, participating in social activism also varied by immigration status, with LTRs using this strategy most commonly (69.2%), followed by foreign-born citizens (46.7%), U.S.-born citizens (35.8%), LPRs (29.6%), and undocumented participants (7.7%).

Table 2. Variations in deportation fears, immigration enforcement experiences, psychological distress, healthcare utilization, and coping strategies by immigration status (N=198)

		U.S.-born citizen	Foreign-born citizen	LPR	LTR	Undocumented	p-value (post hoc)	p-value (trend test)
		Mean (SD) Freq (%)						
Fear of deportation	Not at all/not much	48 (52.7%)	16 (45.7%)	8 (24.2%)	5 (35.7%)	-13.30%		
	Some/a lot	43 (47.3%)	19 (54.3%)	25 (75.8%)	9 (64.3%)	13 (86.7%)	.007**	<.001***
Immigration enforcement experiences	None	83 (87.4%)	29 (80.6%)	30 (88.2%)	9 (60.0%)	8 (53.3%)		
	At least 1 out of three	12 (12.6%)	7 (19.4%)	4 (11.8%)	6 (40.0%)	7 (46.7%)	.003***	.001***
K6 scale		5.56 (4.56)	4.38 (3.83)	5.67 (4.78)	6.29 (4.05)	7.53 (3.64)	0.222	0.194
Delay/avoidance of medical care	Yes	34 (35.1%)	9 (24.3%)	10 (31.3%)	9 (60.0%)	-40.00%		
	No	63 (64.9%)	28 (75.7%)	22 (68.8%)	6 (40.0%)	-60.00%	0.174	0.32
Receipt of medical checkups	Yes	64 (68.8%)	31 (86.1%)	23 (69.7%)	8 (57.1%)	-28.60%		
	No	29 (31.2%)	5 (13.9%)	10 (30.3%)	6 (42.9%)	10 (71.4%)	.003***	.015**

Continued...



Table 2. Variations in deportation fears, immigration enforcement experiences, psychological distress, healthcare utilization, and coping strategies by immigration status (N=198)

		U.S.-born citizen	Foreign-born citizen	LPR	LTR	Undocumented	p-value	p-value (trend test)
		Mean (SD) Freq (%)						
Needing to accept how things are	Agrees/strongly agrees	23 (28.8%)	5 (15.6%)	16 (50.0%)	7 (46.7%)	7 (46.7%)		
	Neither/disagrees/strongly disagrees	57 (71.3%)	27 (84.4%)	16 (50.0%)	8 (53.3%)	8 (53.3%)	.020**	<.001***
Trying not to think about this topic	Agrees/strongly agrees	22 (26.2%)	7 (21.9%)	13 (44.8%)	6 (40.0%)	9 (60.0%)		
	Neither/disagrees/strongly disagrees	62 (73.8%)	25 (78.1%)	16 (55.2%)	9 (60.0%)	6 (40.0%)	.030**	<.002***
Trying to learn as much as possible about this topic	Agrees/strongly agrees	64 (75.3%)	23 (71.9%)	24 (77.4%)	12 (80.0%)	12 (80.0%)		
	Neither/disagrees/strongly disagrees	21 (24.7%)	9 (28.1%)	7 (22.6%)	3 (20.0%)	3 (20.0%)	0.961	0.189
Focusing on positive things	Agrees/strongly agrees	71 (80.7%)	24 (72.7%)	25 (80.6%)	14 (93.3%)	15 (100%)		
	Neither/disagrees/strongly disagrees	17 (19.3%)	9 (27.3%)	6 (19.4%)	1 (6.7%)	0	0.157	.033**
Participating in social activism	Agrees/strongly agrees	29 (35.8%)	14 (46.7%)	8 (29.6%)	9 (69.2%)	1 -7.70%		
	Neither/disagrees/strongly disagrees	52 (64.2%)	16 (53.3%)	19 (70.4%)	4 (30.8%)	12 (92.3%)	.014**	0.628

Associations between fear of deportation, experiences with immigration enforcement, coping strategies and psychological distress and healthcare utilization

Based on the fully adjusted linear regression model, fear of deportation and experiences with immigration enforcement were both significantly associated with greater psychological distress (b=1.803, p=.007 and b=3.050, p<.001, respectively), regardless of immigration status (see Table 3). According to the crude regression model, participants who experienced issues with immigration enforcement were significantly more likely to report delay or avoidance of medical care in the past twelve months (OR=3.066, p=.007). However, the association became only marginally significant after ad-

justment for confounders (OR=2.382, p=.059) (see Table 4).

Focusing on positive things was the only engaged coping strategy that was significantly associated with lower psychological distress after adjustment for confounders (b=-2.246, p<.05) (see Table 5). Based on this finding, an interaction term for experiences with immigration enforcement and positive thinking was added to the model to assess whether this coping behavior moderated the association between immigration enforcement experiences and psychological distress. The corresponding analysis revealed that respondents with immigration enforcement experiences who engaged in positive thinking reported significantly lower psychological distress compared to participants with immigration enforcement experiences who did not engage in positive thinking (b=-6.015, p<.001) (see Table 6, Figure 1).

Table 3. Associations between deportation fears, experiences with immigration enforcement, and psychological distress (N=188)

Explanatory variables	Model 1	Model 2 [#]
	Psychological distress	Psychological distress
	B (95% CI)	B (95% CI)
Some/a lot of fear of deportation (Ref: not much/not at all)	2.198 (.984, 3.412)***	1.803 (-0.50, 2.784)**
Immigration enforcement experiences (Ref: none)	3.493 (1.913, 5.037)***	3.050 (.734, 4.438)***
Foreign-born citizen (Ref: US-born citizen)	-1.232 (-2.829, .365)	-.378 (-2.468, 1.254)
LPR (Ref: US-born citizen)	-.491 (-2.103, 1.121)	.594 (-.878, 3.406)
Non-citizen/Non-LPR (Ref: US-born citizen)	-.366 (-2.099, 1.367)	.104 (-2.366, 2.760)

*p < .10, **p < .05, ***p < .005

[#]Adjusted for age, sex, education, income, health insurance status, length of U.S. residency, and survey language

Table 4. Associations between deportation fears, experiences with immigration enforcement, and delay/avoidance of medical care in the past 12 months (N=186)

Explanatory variables	Model 1	Model 2 [#]
	Delay/avoidance of medical care	Delay/avoidance of medical care
	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Some/a lot of fear of deportation (Ref: not much/not at all)	.949 (.490, 1.836)	.862 (.407, 1.825)
Immigration enforcement experiences (Ref: none)	3.066 (1.354, 6.947)**	2.382 (.968, 5.858)*
Foreign-born citizen (Ref: US-born citizen)	.538 (.214, 1.356)	.649 (.233, 1.812)
LPR (Ref: US-born citizen)	.810 (.332, 1.979)	.961 (.299, 3.095)
Non-citizen/Non-LPR (Ref: US-born citizen)	1.290 (.525, 3.170)	1.368 (.393, 4.758)

*p < .10, **p < .05, ***p < .005

[#]Adjusted for age, sex, education, income, health insurance status, length of U.S. residency, and survey language**Table 5. Associations between engaged coping strategies and psychological distress (N=151)**

Explanatory variables	Model 1	Model 2 [#]
	Psychological distress	Psychological distress
	B (95% CI)	B (95% CI)
Trying to learn as much as possible about topic [*]	-1.351 (-3.139, .437)	-1.244 (-3.090, .601)
Focusing on positive things [*]	-2.113 (-3.960, -.267)**	-2.246 (-4.109, -.382)**
Participating in social activism [*]	.621 (-.806, 2.049)	.589 (-.898, 2.075)
Some/a lot of fear of deportation (Ref: not much/not at all)	2.414 (1.029, 3.799)***	1.935 (.440, 3.430)**
Immigration enforcement experiences (Ref: none)	3.607 (1.808, 5.407)***	3.077 (1.190, 4.964)***
Foreign-born citizen (Ref: US-born citizen)	.168 (-1.665, 2.001)	-.629 (-2.949, 1.690)
LPR (Ref: US-born citizen)	-1.006 (-3.339, 1.327)	-.995 (-3.532, 1.543)
Non-citizen/Non-LPR (Ref: US-born citizen)	-.714 (-3.055, 1.626)	-.938 (-3.399, 1.524)

*p < .10, **p < .05, ***p < .005

[#]Adjusted for age, sex, education, income, health insurance status, length of U.S. residency, and survey language^{*}Ref: Neither agree nor disagree/disagree/strongly disagree

Table 6. Moderating effects of positive thinking on the association between issues with immigration enforcement and psychological distress (N=175)

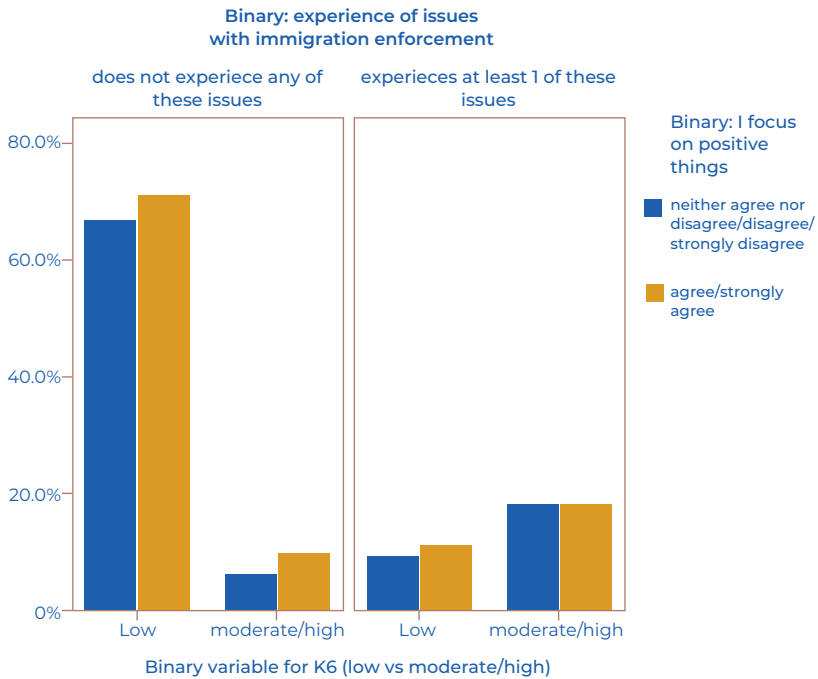
Explanatory variables	Model 1	Model 2 [#]
	Psychological distress	Psychological distress
	B (95% CI)	B (95% CI)
Focusing on positive things*	-0.282 (-2.024, 1.460).	-.314 (-2.092, 1.464)
Immigration enforcement experiences (Ref: none)	7.896 (4.743, 11.048)***	7.718 (4.480, 10.956)***
Focus on positive things*immigration enforcement experiences	-5.869 (-9.984, -2.290)***	-6.015 (-9.653, -2.377)***
Some/a lot of fear of deportation (Ref: not much/not at all)	1.937 (.724, 3.151)***	1.479 (.179, 2.779)**
Foreign-born citizen (Ref: US-born citizen)	-1.559 (-3.152, .033)*	-.759 (-2.477, .958)
LPR (Ref: US-born citizen)	-.715 (-2.350, .919)	.144 (-1.841, 2.129)
Non-citizen/Non-LPR (Ref: US-born citizen)	-.159 (-1.872, 1.553)	.159 (-2.029, 2.346)

*p < .10, **p < .05, ***p < .005

[#]Adjusted for age, sex, education, income, health insurance status, length of U.S. residency, and survey language

Ref: Neither agree nor disagree/disagree/strongly disagree

Figure 1. Moderate/high vs. low psychological distress by experiences with immigration enforcement at different levels of positive thinking



Fuente: ?

Discussion

The purpose of this study was to investigate associations between deportation fears, experiences with immigration enforcement, and coping behaviors in relation to psychological distress and healthcare utilization among Hispanic residents with different immigration statuses in a southern border community. One striking finding was the experience of deportation fears among 59 percent of participants and among the majority of all immigration status groups, except for U.S.-born citizens (although close to half – 47 percent – expressed this fear). This proportion is slightly greater than a 2018 national survey by the Pew Research Center in which 55 percent of Hispanics reported this fear, a noticeable increase from 47 percent in 2017 and 46 percent in 2013 (Lopez, Gonzalez-Barrera, & Krogstad, 2018). These findings are consistent with Roche and colleagues (2018) who discovered that worries about family separation were not only common among undocumented residents, but also temporary legal status holders, and, albeit to a lesser extent, legal permanent residents in a sample of 213 Latino parents in Atlanta.

Notably, psychological distress did not differ significantly by immigration status in our study. However, deportation fears and experiences with immigration enforcement were significantly associated with greater psychological distress. This finding is supported by Roche *et al.* (2018), who revealed a relationship between impacts of immigration actions and news and greater psychological distress among Latino parents, regardless of their immigration status. The deportation pyramid by Dreby (2012) provides a theoretical foundation for these findings, as it demonstrates impacts of immigration enforcement policies on Hispanic U.S. residents regardless of their immigration status, albeit to varying extents. The pyramid's top depicts the most serious effects of immigration enforcement

(e.g., family separation), which affect a relatively small proportion of Hispanics. A larger group in the middle of the pyramid represents Latinos who experience less severe but still harmful impacts of immigration enforcement, such as living in fear of deportation of a loved one due to family and social ties. The bottom of the pyramid shows the most distal impacts of immigration enforcement, which however affect the largest group of Hispanics, such as perceived social stigmas associated with their identity. While Dreby's focus is on Latino children, this theory can be extended to Hispanic adults as well.

Our findings showed further that participants with a more vulnerable residency status were less likely to have received basic medical checkups in the past three years compared to more protected legal status holders. However, there was only a marginal association between experiences with immigration enforcement and greater delay or avoidance of medical care with adjustment for confounders. Previous studies have demonstrated links between the adoption of strengthened immigration enforcement measures and decreases in healthcare utilization, including for preventive, mental health, and pediatric medical needs (White, Blackburn, Manzella, Welty, & Menachemi, 2014; Beniflah, Little, Simon, & Sturm, 2013; Fenton, Moss, Khalil, & Asch, 1997). The marginal significance of the association in our study may be due to low statistical power and therefore warrants further investigation.

Another key finding of this study was the moderating influence of positive thinking on the association between experiences with immigration enforcement and psychological distress. To our knowledge, no research has examined this particular coping strategy in response to immigration enforcement policies. Relevant evidence in this context includes research by Lusk and colleagues (2019), who found high levels of resilience and quality



of life among migrants from Mexico and Central America despite their endurance of highly traumatic experiences prior to and during their journeys to the U.S. In samples from the general population, Fredrickson (2003) found positive emotions to be associated with greater abilities to cope with adverse life events and lower physiological stress responses. Lusk *et al.* (2019), revealed migrants' capacity to derive meaning in times of distress, especially from their faith, family, and strength/endurance (*la fe, la familia y la fuerza*) (Lusk, Terrazas, Caro, Chaparro, & Puga Antúnez, 2019). These may be underlying factors of positive thinking in our study population as well, however further research is necessary to explore the nature of optimistic outlooks among Latinos with different immigration statuses in a climate of strengthened immigration enforcement.

Our study findings need to be interpreted with caution given a number of limitations. First, due to convenience sampling, these findings cannot be generalized to the larger Hispanic population. Second, the cross-sectional nature of this study prevented assessments of causality. Third, while our sample size fulfilled our target based on prior power calculations, small numbers in individual immigration status groups limited the statistical power for some analyses. Fourth, certain socio-demographic sample characteristics were not representative of the population in this region, including higher proportions of women and individuals with high levels of education. Fifth, the RDS method was only of limited success, likely due to a relatively small incentive for participation. Finally, we had some difficulty with the enrollment of participants with a temporary or undocumented immigration status. For instance, despite no collection of personally identifiable information¹, some

individuals discontinued the survey following the question about their immigration status.

Given the rapidly changing nature of immigration enforcement policies, it is important to consider the study's sociopolitical setting for the interpretation of its findings. For instance, Texas Senate Bill 4 was signed into law in May 2017 and enacted in March 2018 to facilitate immigration status checks by local law enforcement, amongst other measures (Aguilar, 2018). In February 2017, ICE made an unprecedented arrest of an undocumented domestic violence victim at the El Paso courthouse, which reportedly led to widespread fears among victims of domestic violence to engage with law enforcement (Blitzer, 2017a). In the same month, an ICE raid at a trailer park in Las Cruces (a neighboring city of El Paso) led to a 60 percent increase in absences from public schools in the city on the following day (Blitzer, 2017b). Prior research has demonstrated adverse community impacts of state law changes to immigration enforcement (e.g., see Hardy *et al.*, 2012) and local immigration enforcement activities, such as ICE raids (e.g., see Juby & Kaplan, 2011). Finally, this study took place before one of the deadliest mass shootings in U.S. history at an El Paso Walmart store on August 3rd, 2019 in which the shooter specifically targeted Hispanics (Law & Bates, 2019).

Further research is needed to assess effects of the revised public charge rule on healthcare and social service utilization among Latino immigrant families, given initial data showing disenrollment from services even before this change went into effect. In addition, binational studies are needed to examine effects of the "*Migrant protection protocols*" and similar U.S. policies on the health and safety of migrants across the border, given anecdotal evidence about considerable harms to migrants' physical and mental well-being (Phippen, 2019). Further research is also warranted to examine coping strategies and

¹ Email addresses or phone numbers to enter the survey raffle were collected separately from survey responses.



their protective mechanisms against harmful psychological and other adverse health effects in response to deportation fears and immigration enforcement-related experiences to promote community resilience.

Conclusions and recommendations for public policies

In conclusion, this study revealed associations between deportation fears as well as immigration enforcement experiences and greater psychological distress, regardless of immigration status among Hispanic residents in a U.S. border community. Experiences with immigration enforcement were also marginally associated with greater avoidance of medical care. Finally, participants who engaged in positive thinking were less likely to experience psychological distress, despite experiences with immigration enforcement. The following section puts forward timely recommendations for public policies, taking into consideration the current Covid-19 pandemic, which emerge from this study and the prior evidence base.

First, the magnitude of deportation fears in this study reflects the socio-biological connections between different immigration status holders. However, the current immigration policy framework fails to account for these connections. As highlighted by O'Leary (2017), the strengthening of immigration enforcement in recent decades has limited cyclical migration, which allowed individuals to maintain family connections in their countries of origin while working periodically in the U.S. This in turn increased the likelihood for individuals with a vulnerable immigration status to stay and establish families in the U.S., given the declining flexibility to move freely between the two countries (O'Leary, 2017). Reflecting these binational connections, a survey among 1 110 Mexican deportees between 2009 and 2011 found that half of participants

had at least one U.S. citizen family member, one in five had a U.S. citizen child under 18, and 30 percent reported their current home was based in the U.S. (Slack, Martínez, Whiteford, & Pfeiffer, 2015).

Second, findings from this study emphasize the need for policy makers to consider adverse impacts of immigration enforcement policies on Hispanic communities, specifically in the form of increased psychological distress. In this regard, it is important for policy makers to recognize the extent to which immigration enforcement-related stressors may exacerbate current mental health challenges due to the Covid-19 crisis.

Third, the Covid-19 pandemic underscores the importance of equitable access to healthcare, not only to facilitate prompt diagnosis and treatment of the disease for individuals, but also to minimize disease transmission to other community members. As findings from this and previous research have shown, a vulnerable immigration status may prevent Latinos from accessing health care, especially in environments of strict immigration enforcement.

According to the CDC, Hispanics have been hospitalized for Covid-19 at a 4-times higher rate than non-Hispanic whites (CDC 2020a). Data also show disproportionately higher Covid-19 death rates among African Americans and Hispanics compared to whites. For example, Hispanics accounted for 17 percent of Covid-19 deaths as of July 1st while they make up 18 percent of the U.S. total population relative to non-Hispanic whites who accounted for 53 percent of deaths while they make up 60 percent of the population (CDC, 2020b). Behrman and colleagues (2019) summarized public health risks for communities due to immigrants' avoidance of healthcare that already existed prior to Covid-19, including higher magnitudes of undiagnosed conditions, delays in care seeking among



pregnant women leading to poorer infant health outcomes, lower rates of screenings and treatment for sexually transmitted diseases, and lower vaccination rates (Behrman *et al.*, 2019). Thus, policy makers ought to address both, immigrants' access to health-care services and the perception that they can access services without fearing consequences due to their residency status, in order to prevent an exacerbation of community health risks because of immigrants' avoidance of care.

Fourth, the pandemic highlights the need for policy makers to reconsider the recent public charge rule change. Although USCIS added a statement to its website in March that it would not include the use of preventive or treatment services for Covid-19 in public charge assessments, researchers have expressed doubts that this statement will sufficiently assure immigrants who are concerned about their future legal status applications (Page, Venkataramani, Beyrer, & Polk, 2020). In addition, this decision does not address increased needs for social services, such as nutrition and housing assistance. With a national unemployment rate of 14.7 percent as of May 2020 and Hispanic workers disproportionately affected by job losses and pay cuts, access to essential public benefits, such as food stamps and housing assistance, is critical at this time (Krogstad, Gonzalez-Barrera, & Noe-Bustamante). As Bovell-Ammon and colleagues (2019) have shown, the announcement of the public charge rule change has already led to declines in nutrition assistance program utilization and increases in food insecurity among immigrant families. With 30 percent of children in immigrant families living in poverty compared to 19 percent of children with U.S.-born parents (Hernandez & Napierala, 2012) and higher poverty rates among border county compared to non-border county residents (Shen, Gai, & Feng, 2016), policy

makers need to ensure immigrants and border community members feel safe to access essential public assistance programs to prevent a worsening of these health disparities.

Fifth, it is important to address interference of deportation fears with trust in public officials, including law enforcement personnel, to promote community safety. According to crime statistics from Los Angeles, reports of domestic violence among Hispanics declined by 10 percent and reports of sexual assault by 25 percent from 2016 to 2017 (Queally, 2017). Similarly, victims of domestic abuse reportedly dropped their cases out of fear of appearing in courthouses and being arrested by ICE in Denver, following circulation of a video showing ICE officers at Denver's courthouse (Glenn, 2017). Thus, fears of immigration enforcement may interfere with the reporting and prosecution of crimes, thereby undermining law enforcement's efforts to keep communities safe. Notably, following the adoption of state guidelines advising residents to stay in their homes to minimize the spread of Covid-19, ICE continued to conduct raids in places like Los Angeles and New York City. Not only do raids provoke mistrust in public officials and potential nonadherence with stay-at-home orders, but they also require ICE agents to utilize personal protective equipment, such as N95 masks, which are urgently needed in hospitals around the country at this time (Magaña Lopez & Holmes, 2020).

Sixth, the current pandemic emphasizes the need for policy makers to extend protective public health measures to particularly vulnerable groups, including immigrants in detention. Currently, while some immigrants have been released from such facilities due to Covid-19, the majority are kept in detention, despite confirmed Covid-19 cases and regardless of detainees' lack of criminal background that would minimize threats to public safety upon their release. In



addition, detention facilities are ill-equipped for the compliance with social distancing and hygiene recommendations, limiting means to protect detainees with increased susceptibility to the virus due to preexisting conditions (Flores & Aleaziz, 2020). Similarly concerning are current deportation flights including passengers who have tested positive for Covid-19 to Guatemala, Haiti, and other countries, putting both other airline passengers and residents in the deportees' countries of origin at risk of infection (Johnston, 2020).

In contrast, the pandemic has shed light on the importance of immigrant workers for the U.S. economy and people's well-being, which should encourage policy makers to refocus the narrative on the value immigrants add to this country. For instance, in New York State, 66 percent of the foreign-born workforce are considered "essential workers", including healthcare workers, elderly aides, and medical equipment manufacturers, compared to 56 percent of native-born employees (Center for Migration Studies of New York, 2020). Furthermore, to shift from a vulnerability to a strength-based focus, policy makers ought to recognize communities' capacity for resilience in the face of challenges. As demonstrated by our study findings, a majority of participants tended to think positively, which in turn was associated with

lower psychological distress and which minimized psychological distress among individuals with immigration enforcement experiences. Thus, decision makers can build on existing community strengths to improve health outcomes, such as by promoting evidence-based mental health programs that incorporate positive thinking.

Finally, on a global scale, policy makers in high-income countries in particular have a responsibility to establish effective and humane mechanisms to manage migration flows from less fortunate countries, due to continuous humanitarian needs arising from safety concerns, rises in severe weather events as well as agricultural and food supply changes due to climate change, and threats of infectious disease pandemics. In addition, with a global rise in nationalism and xenophobia, it is critical to assess the impacts of policy choices that align with these ideologies on community well-being and consider alternatives that would mitigate avoidable community harms. In conclusion, public policies ought to reflect the reality - which has been highlighted by this global pandemic - that the well-being of our increasingly diverse communities depends on all its members having access to essential healthcare and social services and feeling safe to use them, regardless of their immigration status.

References

- Aguilar J. (2018, March 14). Federal appeals court's ruling upholds most of Texas' "sanctuary cities" law. *The Texas Tribune*. Retrieved from <https://www.texastribune.org/2018/03/13/texas-immigration-sanctuary-cities-law-court/>
- Beniflah, J. D., Little, W. K., Simon, H. K., & Sturm, J. (2013). Effects of immigration enforcement legislation on Hispanic pediatric patient visits to the pediatric emergency department. *Clinical Pediatrics*, 52(12), 1122-1126.
- Behrman, P., Fitzgibbon, M., Buscemi, J., Sanchez-Johnsen, L., Laroche, H., Yanez, B., ... Tam-Ashing, K. (2019). Society of Behavioral Medicine Position Statement: Congress should protect immigrants seeking health care. *Translational behavioral medicine*, p.1-4. doi: 10.1093/tbm/ibz119
- Bernstein, H., Gonzalez, D., Karpman, M., & Zuckerman, S. (2019). One in seven adults in immigrant families reported avoiding public benefit programs in 2018. *Urban Institute* [PDF file]. Retrieved from <https://www.Urban.org/research/publication/oneseven-Adults-Immigrant-Families-Reported-Avoiding-Public-Benefitprograms-2018>
- Blitzer, J. (2017a, February 23). The woman arrested by ICE in a courthouse speaks out. *The New Yorker*. Retrieved from <https://www.newyorker.com/news/news-desk/the-woman-arrested-by-ice-in-a-courthouse-speaks-out>
- Blitzer, J. (2017b, March 23). After an immigration raid, a city's students vanish. *The New Yorker*. Retrieved from <http://www.newyorker.com/news/news-desk/after-an-immigration-raid-a-citys-students-vanish>
- Bovell-Ammon, A., Ettinger de Cuba, S., Coleman, S., Ahmad, N., Black, M. M., Frank, D. A., ... & Cutts, D. B. (2019). Trends in food insecurity and SNAP participation among immigrant families of US-born young children. *Children*, 6(4), 55. doi:10.3390/children6040055
- CDC. (2020a, June 25). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Racial & Ethnic Minority Group. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/racial-ethnic-minorities.html>
- CDC. (2020b, July 1). Provisional Death Counts for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Retrieved from https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm#Race_Hispanic
- Center for Migration Studies of New York. (2020). Immigrants Comprise 31 Percent of Workers in New York State Essential Businesses and 70 Percent of the State's Undocumented Labor Force Works in Essential Businesses. *Center for Migration Studies* [Pdf file]. Retrieved from <https://cmsny.org/wp-content/uploads/2020/05/Printable-New-York-Essential-Workers-Report.pdf>
- Chishti, M. & Bolter, J. (2020, February 27). Interlocking Set of Trump Administration Policies at the U.S.-Mexico Border Bars Virtually All from Asylum. *Migration Policy Institute*. Retrieved from <https://www.migrationpolicy.org/article/interlocking-set-policies-us-mexico-border-bars-virtually-all-asylum>

- Dreby, J. (2012). The burden of deportation on children in Mexican immigrant families. *Journal of Marriage and Family*, 74(4), 829-845.
- Eskenazi, B., Fahey, C. A., Kogut, K., Gunier, R., Torres, J., Gonzales, N. A., ... & Deardorff, J. (2019). Association of perceived immigration policy vulnerability with mental and physical health among US-born Latino adolescents in California. *JAMA pediatrics*, 52(2), 186-193.
- Fenton, J. J., Moss, N., Khalil, H. G., & Asch, S. (1997). Effect of California's proposition 187 on the use of primary care clinics. *The Western Journal of Medicine*, 166(1), 16-20.
- Flores A. (2017, September 18). How the U.S. Hispanic population is changing. *Pew Research Center*. Retrieved from <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/09/18/how-the-u-s-hispanic-population-is-changing>
- Flores, A. & Aleaziz, H. (2020, April 10). Fear Among Immigrant Detainees Spreads As Coronavirus Outbreaks Hit ICE Detention Centers. *BuzzFeed News*. Retrieved from <https://www.buzzfeednews.com/article/adolfoflores/immigrant-detainees-ice-coronavirus-outbreaks-jails>
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91(4), 330-335.
- Glenn, H. (2017, March 21). Fear Of Deportation Spurs 4 Women To Drop Domestic Abuse Cases In Denver. *NPR*. Retrieved from <https://www.npr.org/2017/03/21/520841332/fear-of-deportation-spurs-4-women-to-drop-domestic-abuse-cases-in-denver>
- Gulbas, L. E., & Zayas, L. H. (2017). Exploring the effects of US immigration enforcement on the well-being of citizen children in Mexican immigrant families. *Journal of the Social Sciences* 3(4): 53-69.
- Hardy, L. J., Getrich, C. M., Quezada, J. C., Guay, A., Michalowski, R. J., & Henley, E. (2012). A call for further research on the impact of state-level immigration policies on public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1250-1253.
- Hernandez, D.J. & Napierala, J. S. (2012, June 12). Children in Immigrant Families: Essential to America's Future. Foundation for Child Development. Retrieved from <https://www.fcd-us.org/children-in-immigrant-families-essential-to-americas-future/>
- Immigration Legal Resource Center (n.d.). Public Charge. Retrieved from <https://www.ilrc.org/public-charge>
- Johnston, J. (2020, April 27). Exporting COVID-19: ICE Air Conducted Deportation Flights to 11 LAC Countries, Flight Data Shows. *Center for Economic and Policy Research*. Retrieved from <https://cepr.net/exporting-covid-19-ice-air-conducted-deportation-flights-to-11-lac-countries-flight-data-shows/>
- Juby, C., & Kaplan, L. E. (2011). Postville: The effects of an immigration raid. *Families in Society*, 92(2), 147-153.
- Karpman, M., Gonzalez, D., & Kenney, G.M. (2020). Parents Are Struggling to Provide for Their Families during the Pandemic. *Urban Institute* [PDF file]. Retrieved from https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102254/parents-are-struggling-to-provide-for-their-families-during-the-pandemic_1.pdf

- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Norman, S.L. . . . Zavslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Krieger, N., Huynh, M., Li, W., Waterman, P. D., & Van Wye, G. (2018). Severe sociopolitical stressors and preterm births in New York City: 1 September 2015 to 31 August 2017. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1-6.
- Krogstad, J.M., Gonzalaz-Barrera, A., & Noe-Bustamante, L. (2020, April 3). U.S. Latinos among hardest hit by pay cuts, job losses due to coronavirus. *Pew Research Center*. Retrieved from <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/04/03/u-s-latinos-among-hardest-hit-by-pay-cuts-job-losses-due-to-coronavirus/>
- Law, T. & Bates, J. (2019, August 9). El Paso Shooting Suspect Told Police He Was Targeting 'Mexicans'. Here's What to Know about the Case. *TIME*. Retrieved from <https://time.com/5643110/el-paso-texas-mall-shooting/>
- Lopez, M.H., Gonzalez-Barrera, A. & Krogstad, J.M. (2018, October 25). *Views of immigration policy*. Washington, DC: Pew Research Center. Retrieved from <https://www.pewresearch.org/hispanic/2018/10/25/views-of-immigration-policy/>
- Lusk, M., Terrazas, S., Caro, J., Chaparro, P., & Puga Antúnez, D. (2019). Resilience, faith, and social supports among migrants and refugees from central America and Mexico. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1-22.
- Magaña Lopez, M. & Holmes, S. M. (2020). Raids on immigrant communities during the pandemic threaten the country's public health. *American Journal of Public Health*, e1-e2, doi:10.2105/AJPH.2020.305704
- Mathema, S. (2017, March 16). Keeping families together. Why all Americans should care about what happens to unauthorized immigrants. *Center for American Progress*. Retrieved from <http://dornsife.usc.edu/assets/sites/731/docs/KeepFamiliesTogether-brief.pdf>
- Migration Policy Institute. (2014). Profile of the Unauthorized Population: *El Paso County, TX* [online]. Retrieved from <https://www.migrationpolicy.org/data/unauthorized-immigrant-population/county/48141>
- O'Leary, O. (2017). The Ethics of Culture and Transnational Household Structure and Formation Revisited. In C.G. Vélez-Ibáñez & J. Heyman (Eds.), *The U.S.-Mexico Transborder Region: Cultural Dynamics and Historical Interactions (177-197)*. Tucson: University of Arizona Press.
- Page, K. R., Venkataramani, M., Beyrer, C., & Polk, S. (2020). Undocumented US immigrants and Covid-19. *New England Journal of Medicine*, doi:10.1056/NEJMp2005953
- Passel, J. S. & Cohn, D.V. (2009). A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States. [PDF file] Washington, DC: *Pew Hispanic Center*. Retrieved from: http://www.hartfordinfo.org/issues/wsd/Immigrants/unauthorized_immigrants.pdf
- Phippen, J.W. (2019, September 16). Trapped in Juárez: Life in the Migrant Limbo. *The Atlantic*. Retrieved from <https://www.theatlantic.com/international/archive/2019/09/us-mexico-mpp-ciudad-juarez/597796/>
- Queally, J. (2017, March 21). Latinos are reporting fewer sexual assaults amid a climate of fear

- in immigrant communities, LAPD says. The Los Angeles Times. Retrieved from <https://www.latimes.com/local/lanow/la-me-ln-immigrant-crime-reporting-drops-20170321-story.html>
- Radford, J. (2019, June 17). Key findings about U.S. immigrants. *Pew Research Center*. Retrieved from <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/17/key-findings-about-u-s-immigrants/>
- Rhodes, S. D., Mann, L., Simán, F. M., Song, E., Alonzo, J., Downs, M., . . . Hall, M.A. (2015). The impact of local immigration enforcement policies on the health of immigrant Hispanics/Latinos in the United States. *American Journal of Public Health, 105*(2), 329-337.
- Roche, K. M., Vaquera, E., White, R. M., & Rivera, M. I. (2018). Impacts of immigration actions and news and the psychological distress of US Latino parents raising adolescents. *Journal of Adolescent Health, 62*(5), 525-531.
- Shen, M., Gai, Y., & Feng, L. (2016). Limited access to healthcare among Hispanics in the US-Mexico border region. *American Journal of Health Behavior, 40*(5), 624-633.
- Slack, J., Martínez, D.E., Whiteford, S., & Pfeiffer, E. (2015). In Harm's Way: Family Separation, Immigration Enforcement Programs and Security on the US-Mexico Border. *Journal on Migration and Human Security, 3*(2), 109-28.
- Spagat, E. (2019, October 25). Tally of children split at border tops 5,400 in new court. *PBS News Hour*. Retrieved from <https://www.pbs.org/newshour/nation/tally-of-children-split-at-border-tops-5400-in-new-court>
- U.S. Census Bureau. (2017, July 1). Quick Facts: El Paso County, Texas. Retrieved from <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/el-pasocountytexas/PST045217#viewtop>
- U.S. Department of Homeland Security. (2009). Yearbook of Immigration Statistics: 2009. Table 38. Aliens Removed by Criminal Status and Region and Country of Nationality, Fiscal Years 2000–2009. Retrieved from <http://www.dhs.gov/files/statistics/publications/>
- U.S. Department of Homeland Security. (2017, February 20). Enforcement of the Immigration Law to Serve the National Interest. Memorandum [PDF file]. Retrieved from https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/17_0220_SI_Enforcement-of-the-Immigration-Laws-to-Serve-the-National-Interest.pdf
- U.S. Department of Homeland Security. (2018). Yearbook of Immigration Statistics. Retrieved from <https://www.dhs.gov/immigration-statistics/yearbook>
- U.S. Department of Homeland Security. (2020, January 6). Table 39. Aliens Removed or Returned: Fiscal Years 1892 to 2018. Retrieved from <https://www.dhs.gov/immigration-statistics/yearbook/2018/table39>
- U.S. Immigration and Customs Enforcement. (2017, December 13). *Fiscal Year 2017 ICE Enforcement and Removal Operations Report*. Retrieved from <https://www.ice.gov/removal-statistics/2017>
- U.S. Immigration and Customs Enforcement (2018). *Fiscal Year 2018 Enforcement and Removal Operations Report*. Retrieved from <https://www.ice.gov/doclib/about/offices/ero/pdf/eroFY2018Report.pdf>



- Vargas, E. D., Sanchez, G. R., & Juarez, M. (2017). Fear by association: Perceptions of anti-immigrant policy and health outcomes. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 42(3), 459-483.
- White, K., Blackburn, J., Manzella, B., Welty, E., & Menachemi, N. (2014). Changes in use of county public health services following implementation of Alabama's immigration law. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 25(4), 1844-1852.

SARS-CoV-2: EXCLUSIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE LOS MIGRANTES EN ESTADOS UNIDOS: ANTESALA DE RETORNO A MÉXICO

Miguel Moctezuma Longoria¹

Resumen

Los inmigrantes, independientemente de su estatus legal, al ser parte de la clase obrera permanente de Estados Unidos, ante la emergencia de la pandemia del Covid-19, al excluirlos del apoyo del gobierno federal y estar fuera de las pruebas de laboratorio no sólo son discriminados, sino vulnerados como seres humanos. Y es que la democracia moderna está edificada desde un esquema social que reconoce derechos a sus ciudadanos y niega esos mismos derechos o parte de los mismos a quienes no lo son.

Palabras clave: *discriminación, retorno a México, integración, reintegración y Covid-19.*

Introducción

La proliferación de la pandemia del Covid-19 entre los inmigrantes mexicanos es un asunto que está más allá de los modelos de soberanía y nacionalidad entre países. Por un lado, se trata de inmigrantes que han sido integrados estructuralmente como fuerza de trabajo permanente de Estados Unidos, y sin embargo, no son considerados sus derechos laborales plenos. Por otro, el aumento del desempleo coloca en la indefensión a los migrantes; pero, además, ge-

nera una alta presión que amenaza con desencadenar un retorno de migrantes considerable hacia México —con todo y descendientes— que exige respuestas de política pública para su reintegración al país.

Aunque Estados Unidos cuenta con un sistema de salud mixto, predomina el servicio de salud privado (Ganduglia, 2010). En cualquier país el acceso público a la salud es parte de los derechos de nacionalidad y ciudadanía; parte de estos derechos están condicionados a las políticas de integración de los inmigrantes, pero la integración de los inmigrantes está rodeada de obstáculos y resistencias, con predominio en determinados momentos de las políticas de exclusión.

Tradicionalmente el nacionalismo clásico planteó que los inmigrantes en las sociedades de destino debían de asimilarse (Gordon, 1964). Cuando desde la política pública se observa el fracaso de la asimilación se resalta esta posición. La cultura dominante del Estado nacional es la que pretende que los inmigrantes sean vaciados subjetivamente de todo proceso de socialización primaria y secundaria (Berger y Luckmann, 2003) y en lugar suyo se implante una resocialización sobrepuesta: se trata de un proceso violento de conversión social. Para el nativista radical, en el terreno de la ley, este

¹ Universidad Autónoma de Zacatecas.



tipo de inmigrantes adquieren el estatus de ciudadanos porque pasan exitosamente por el proceso de conversión que garantizará la lealtad al nuevo Estado (Giménez Montiel, 1993). Ese proceso de conversión ideado desde el Estado es exigido asimismo por la sociedad y por sus estructuras de reproducción. Hoy en día es fácil reconocer que la implementación de las políticas de absorción y asimilación fracasan al convertirse en prácticas de exclusión social y en comportamientos sociales de persecución y crueldad encubiertos y alimentados por el nacionalismo radical. Así, ante la proliferación del Covid-19 entre los inmigrantes; éste es uno de los problemas que aquí se discuten.

Paradójicamente, desde los países de origen el modelo asimilacionista basado en el nacionalismo también existe y asume significados distorsionados. El emigrante que cambia de residencia habitual con todo y descendientes de Estados Unidos a México, como sucede hoy con el retorno, encuentra asimismo dificultades y resistencias para su plena integración y/o reintegración social, comunitaria, escolar y familiar, tanto del Estado como de la sociedad; esto mismo es válido para dimensiones como derecho a la educación y a la salud.

En las líneas que siguen se plantea la problemática de la salud y sus consecuencias más allá de las fronteras de México y Estados Unidos, cuya lógica se guía por tres dimensiones: la Nación, el Estado y la ciudadanía. Una consecuencia que aquí se acentúa es el posible retorno pos Covid-19 de migrantes a México.

Antecedentes

Honneth (1997), trascendiendo las explicaciones propias de la modernidad clásica y de su crítica, ha sido capaz de repensar la sociedad poniendo en el centro la justicia como lucha por el *reconocimiento social*, atribuyendo una *justificación* humanista a los conflictos sociales. Esto se trae a colación porque buena parte de las demandas

de los migrantes se orientan hacia el reclamo y reconocimiento de derechos de todo tipo; por supuesto, esa afirmación es aplicable tanto a los países de origen, países de paso y países de recepción. En efecto, una persona o un grupo de personas se realizan en su integridad cuando sus derechos son reconocidos en la sociedad. Ese reconocimiento parte de un principio ético: *la relación social más humana es la del ser humano con el ser humano*.

La propagación del Covid-19 ha venido a cuestionar la miseria humana, y a su vez, demanda promover relaciones institucionales y sociales incluyentes y sin discriminación; por supuesto, independientemente de cualquier estatus, negar derechos es una forma de exclusión y discriminación social; lo cual no tiene justificación cuando se pone en tela de juicio la vida misma.

Dicho sin rodeos, bajo el manto del nacionalismo, los ciudadanos de un país exigen, por derecho que el Estado los proteja; y, ante una emergencia como la del Covid-19 esperan que los servicios de salud se canalicen únicamente a sus miembros. La exclusión de los inmigrantes al acceso a la salud, así como a recibir cualquier clase de apoyo por el Estado se basa en esta ideología nacionalista y nativista. Lo paradójico es que ante el SARS CoV-2, excluir de derechos de salud a los inmigrantes se transforma, hasta un cierto grado, en un probable contagio para toda la sociedad; esta es una de las razones de peso por la cual, desde las sociedades receptoras es importante concebir los contagios por Covid-19 como política pública sin excluir a los inmigrantes, más cuando éstos forman parte estructural de su base laboral.

Ahora bien, bajo el argumento de que los inmigrantes no deben ser protegidos en su salud y empleo por el Estado, las políticas de exclusión social basadas en el nacionalismo se han venido implementando y radicalizando en Estados Unidos. Los inmigrantes residentes tienen un acceso limitado a la salud, pero, los indocumentados



carecen completamente de ese derecho. Sin considerar el total de inmigrantes, existen alrededor de 5 millones de indocumentados mexicanos residiendo en Estados Unidos. Respecto al desempleo, para abril de 2020 había 1.2 millones de inmigrantes mexicanos desempleados cuyo porcentaje equivale a 17.1 por ciento del total, siendo mayor entre el grupo 16 a 29 años, alcanzando en éstos 21.7 por ciento (Gaspar, 2020a). Es de preverse, como ya sucede, que los inmigrantes enfrenten cada vez más dificultades para enfrentar esta terrible realidad.

Justo a partir de las consecuencias que en Estados Unidos desencadena el Covid-19, tales como, la parálisis de la economía, el crecimiento del desempleo, la ausencia de apoyos a los inmigrantes, la clausura de pequeños negocios entre los hispanos, la exclusión del sistema de salud para los indocumentados y el clima de incertidumbre y persecución que se promueve por el Estado y la sociedad, es muy probable que se desate una nueva ola de retornos a México, similar a la que se vivió a partir de 2008. Se trata de un retorno de tipo familiar, de migrantes en edad laboral y reproductiva (Moctezuma, 2013), distinto al tradicional patrón de retorno en donde los retornados eran migrantes de la tercera edad, retirados y jubilados laboralmente (Durand, 2006). Según Canales y Meza (2018), entre 2005-2010 se registró un retorno récord de 825 609 migrantes a México procedentes de Estados Unidos, y entre el 2010-2015 se redujo a 442 503, cifra que siguió siendo alta respecto del periodo 2000-2005 (267 150). A su vez, asociado a este proceso, entre 2005-2010 se registraron 738 103 nuevos residentes en México nacidos en Estados Unidos y 223 018 nacidos en otros países, sumando un total de 961 121, (Inegi, 2010). De los primeros, 80.97 por ciento (596 916) eran menores de 20 años; por tanto, a partir de 2008 estamos ante la primera migración de Estados Unidos a México de los hijos de los migrantes retornados.

El resultado inesperado fue constatar que, a diferencia de la reducción del retorno de

migrantes entre 2010-2015, la presencia en ese periodo de menores nacidos en Estados Unidos que cambiaron su residencia permanente a México resultó similar a la de 2005-2010 con 739 168 nuevos residentes (Inegi, 2015). Hipotéticamente este segundo resultado indica que, siguieron llegando a México los descendientes de los migrantes que previamente retornaron; es decir, es una inmigración de menores a México que forman parte de la reunificación familiar. Por tanto, como resultado de las consecuencias del Covid-19, de desencadenarse una nueva ola de retornos, es preciso preparar el terreno no sólo para recibirlos, sino también para su plena integración laboral y social; particularmente, se requieren políticas de empleo y de integración social al país, a su comunidad, a la escuela y al hogar. El proceso de integración plena ha de reconocer que se trata de un flujo de población, cuya característica típica es su pertenencia a dos países, dos modelos de sociedad y dos culturas, mismas que han de ser parte de políticas de simultaneidad transnacional; justo ése es el reto al que hay que dirigir los esfuerzos.

Metodología

A partir de un enfoque transnacional es necesario dar seguimiento sanitario a los impactos del SARS-CoV-2 que abarque los decesos de mexicanos, tanto de aquellos que residen en México como de los que residen en Estados Unidos; además de reflexionar las implicaciones económicas, sociales y políticas que tiene simultáneamente para ambos países. Ésta es la parte sobre la cual analizamos la perspectiva del Covid-19, previendo el retorno de migrantes a México. Ahora bien, como el cálculo sobre los modelos de intervención del SARS-CoV-2 son diferentes, resulta inapropiado comparar a México con Estados Unidos; pero independientemente de esas diferencias, la variable *fallecimiento* es más apropiada para contrastar puesto que se refiere a una misma realidad.



Los datos del SARS-CoV-2 hasta el 21 de abril de 2020 eran así: a) en territorio mexicano suman 857 defunciones y en Estados Unidos alcanzaban 363 defunciones de mexicanos; de éstos, 170 correspondían al estado de Puebla. Para la misma fecha, esta entidad registraba 53 fallecidos en el territorio nacional, sumando en ambos 223; es decir, la cifra de decesos entre los poblados de ambos lados de la frontera era similar a la suma total de fallecimientos de la Ciudad de México (224). Entonces, a partir de ese momento Nueva York, para los estadounidenses era el epicentro del Covid-19 y trágicamente lo era asimismo para los poblados. Un mes después el panorama ya había devastado a los inmigrantes mexicanos: según el periódico Reforma (03 de junio 2020) prácticamente se habían triplicado las defunciones: “El número de muertes de mexicanos en Estados Unidos por Covid-19 alcanzó esta semana los mil 166... El número corresponde a lo que las familias de los fallecidos reportan a las representaciones diplomáticas en busca de ayuda, por lo que la cifra podría variar.” El estado con más muertes es Nueva York, con 701, seguido de California, con 114; cifras que siguieron creciendo. Lo más doloroso es que: “Los sorprendió la pandemia hacinados, sin distanciamiento social, sin acceso a la seguridad social, sin ayuda. Les llegó la muerte, se acabó el “sueño americano” (Contralínea, miércoles 3, junio 2020). Para el 30 de junio, el Covid-19 se había salido de control, registrándose récords de contagios en Texas y Florida, cuyo desenlace aún no termina.

Resultados

Mientras que en el territorio mexicano se dispone de un sistema de salud público con todo y su desmantelamiento previo, en Estados Unidos predomina un sistema de salud privado e inalcanzable para muchos. En efecto, los inmigrantes que son indocumentados, a pesar de la retención de impuestos que por ley se hace sin

distinción en los rubros de trabajo y consumo, no cuentan con acceso al sistema de salud. Es cierto, pueden acudir a urgencias médicas y recibir apoyo, pero cuando el sistema de salud se colapsa, esa posibilidad deja de existir. Esto ya ha estado sucediendo.

Cabe señalar que la mayoría de migrantes mexicanos que por primera vez migran a Estados Unidos se ubican en el grupo de 18 a 29 años, representando el 43.8 y 45.6% en los años 2014 y 2018 respectivamente (Gaspar, 2020b). Si a eso le agregamos las dificultades que implica el cruce fronterizo y la ausencia de derechos por ser indocumentados, la conclusión no puede ser otra: emigran de México en las mejores condiciones de salud, y en Estados Unidos, aunque cotizan como trabajadores y consumidores, tienen que enfrentar a su suerte el contagio por Covid-19. Por esta situación, la ausencia de pruebas de laboratorio se convirtió en una variable que desencadenó la pandemia contra los inmigrantes debido a que por lo general viven hacinados, sobre todo entre los varones solteros recién llegados. Es inadmisibles, pero existen mexicanos en Estados Unidos que estuvieron o están contagiados y no solicitaron o solicitan la prueba de laboratorio del Covid-19 por ser costosa o incluso, para evitar la estigmatización. En efecto, la letalidad en Nueva York, como consecuencia resultó más alta entre los inmigrantes que entre los nativos: “El Covid-19 mata a los latinos a una tasa al menos 1,6 veces mayor que a los blancos” (BBC News, 23 abril 2020).

La propagación del Covid-19 viene a cuestionar la miseria humana, y a su vez, más allá de cualquier estatus, demanda promover relaciones institucionales incluyentes y sin discriminación. Por supuesto, *negar derechos es una forma de exclusión y discriminación social*, lo cual no tiene justificación cuando se pone en tela de juicio la vida misma. Si esto sucede es porque a su vez, existen otros derechos que sostienen esa exclusión: “... El modo en que la inmigración cambia la ciudadanía depende en gran



medida de cómo los estados y sus ciudadanos perciben a los inmigrantes y cómo construyen el significado de ciudadanía...” (Bauböck, 1999). Por supuesto, se trata de una lucha social que abarca campos tales como, la clase, la nación, la etnia, la raza, el género, etc. Dicho sin rodeos, bajo el manto del nacionalismo, los ciudadanos de un país exigen, por derecho, que el Estado debe protegerlos; y ante una emergencia como la del Covid-19, esperan que los servicios de salud se canalicen únicamente a sus miembros. La exclusión de los inmigrantes al acceso a la salud, así como a recibir cualquier clase de apoyo se basa en esta ideología nacionalista y nativista.

El Estado-nación es una construcción social y política que antecede al proyecto de la modernidad y que con ésta se consolida históricamente al regular los derechos y las obligaciones de los ciudadanos en sus territorios. Asimismo, es un modelo que abarca las relaciones del Estado con sus ciudadanos y de éstos con aquél; sin embargo, el ser ciudadano no siempre abarcó derechos generalizados. En el terreno sociológico y político se aduce que el modelo tradicional de Estado que corresponde a la modernidad clásica unifica los sentimientos nacionales de identidad y pertenencia de quienes son los miembros de una comunidad imaginaria (Anderson, 1993). Ésta es la razón por la que, desde antes de la modernidad, la Nación terminó identificándose con el Estado, el territorio, la ley y la religión (Weber, 1984: 324-327 y 678-682). Por tanto, afirmar que una Nación es igual a un Estado, un territorio, una lengua y una cultura no deja de ser una concepción que retrocede al pasado histórico. De esta manera, *el Estado se erige desde el nativismo radical como una institución protectora de sus ciudadanos y excluyente de quienes no lo son*. Ése es el modelo de nacionalidad opuesto a la senda de la diversidad espacial, étnica y social de hoy en día, misma que se mantiene a pesar de las resistencias (Harvey, 2012).

Pero, contrario a esa ideología cerrada, el Estado nacional se ve compelido cada vez más a regular de múltiples formas la presencia de los inmigrantes en su territorio. Aquí la máxima reza así: toda persona que se encuentre en el territorio de un Estado, independientemente de su nacionalidad, ha de sujetarse a las leyes del mismo (Bauböck, 2004; Carens, 2004); así, con independencia del estatus migratorio, cuando se incumple o violenta una ley, se consigue con éxito hacerla valer en los tribunales. Por cierto, ésta es una de las opciones que desde los derechos civiles ha sido poco aprovechada por los inmigrantes; por lo demás, se trata de una vía alterna a la defensa de los derechos humanos que también debiera de servir para reclamar el acceso a la salud y a otros beneficios.

Pero, así como los inmigrantes sufren la discriminación y la negación de derechos por parte de los angloamericanos, en México sucede otro tanto respecto de los centroamericanos. Ello es parte del nativismo radical mexicano, cuya ideología se avivó entre los mexicanos de aquí y de allá en el momento en que se desató la campaña “nacionalista” contra los centroamericanos que transitaban como un éxodo por el territorio nacional con destino a Estados Unidos. Esto no era esperado en un gobierno y una nación de larga tradición migratoria, más porque en la historia, México ha sido un país que reconoce el derecho de asilo y la protección de quienes llegan a su territorio (Castillo y Venet, 2010). En esa experiencia se realizaron manifestaciones públicas de parte de mexicanos radicales que se hicieron visibles portando la bandera nacional, y, en los casos extremos, como lo reportó la prensa, los centroamericanos fueron intimidados con bombas de gas y piedras que lanzaron a los centros de refugio en Tijuana. Algunos migrantes mexicanos que residen en Estados Unidos, envueltos en la misma ideología dijeron que “México protege más a los centroamericanos que a sus propios migrantes.” Como prueba del nacionalismo más dañino, cuando el Covid-19 se



extendió por la Unión Americana, se bloqueó del lado mexicano la Garita de Nogales, sin importar si entre ellos había connacionales, cuya consigna central fue “quédate en Estados Unidos”.

Entonces, a diferencia del pasado reciente, el retorno de migrantes a México a partir de la crisis de 2008, independientemente de que haya derivado de la deportación o del retorno voluntario, corresponde a un flujo de migrantes que cambiaron su residencia de Estados Unidos a México y se encuentran en plena actividad laboral y en edad reproductiva. En este caso, incluye a los hijos de migrantes nacidos en México que emigraron a temprana edad, así como a los nacidos en Estados Unidos; estos últimos, en rigor, no son retornados, pero están asociados a ese proceso; es decir, estamos ante un flujo de migración hacia México que no puede englobarse en el tradicional concepto del migrante de retorno, pues, además de las características distintivas, actualmente éste tiende a cambiar su residencia habitual de Estados Unidos a México como antes se hizo de México a Estados Unidos.

El retorno de migrantes a partir de 2008, además del cambio de residencia habitual, incluye, al menos las siguientes variables: a) el tiempo de permanencia, mismo que cuando es prolongado presenta mayores dificultades para la reintegración en el país de origen; b) la edad de los migrantes, variable relacionada con el curso de vida y la formación de los hogares; c) la reunificación familiar, o en su caso, la formación de hogares en el destino, d) la nacionalidad de los cónyuges, misma que suele ser más problemática para la reintegración cuando es distinta entre sus miembros; e) la edad y la socialización cultural de los hijos, ya que si son adolescentes o jóvenes su proceso de socialización primaria no siempre facilita la integración a la sociedad de sus padres, f) la reproducción familiar de vínculos identitarios y/o activos desde el extranjero hacia el país de residencia o de origen de los padres, lo cual incluye la elección del idioma. Como vemos, el resultado convergente de estas

variables conduce a problematizar la inserción y reinserción en México. Esto es lo que experimenta el país desde 2008 y se complicará aún más con una nueva ola de retornos post Covid-19. Por supuesto, su comprensión exige reformular lo difícil que resulta volver al lugar de donde se partió cuando el tiempo y curso de vida en el extranjero ha impactado de manera significativa a los migrantes y a su descendencia. Entonces, no existe duda, se trata de un problema complejo que puede enunciarse como un retorno al origen con reintegración plena, parcial o sin ella.

La hipótesis central que guía esta reflexión ha de formularse como sigue: cuando el migrante mexicano en Estados Unidos es del tipo establecido y retorna a México, lo hace con la familia o con una parte de sus miembros, lo cual indica lo difícil que resulta. Si el migrante retorna con su familia, lo más probable es que cambie de residencia habitual de Estados Unidos a México. Esta idea deriva de otra que ya ha sido comprobada: cuando el migrante de tipo circular se transforma en el destino en migrante establecido, lo hace casi siempre porque ha logrado reunificarse con su familia, o bien, dejó de ser soltero y formó la propia en el destino (Cornelios, 1990). Entonces, la clave en los dos casos radica en preguntarse si la emigración o el retorno son o no de tipo familiar.

Por último, sabemos que la migración México-Estados Unidos es esencialmente de tipo laboral; entonces, si como resultado de la parálisis de la economía se contrae el empleo, como ya sucede, entonces, es previsible que se produzca una nueva ola de migrantes de retorno hacia México. Hay además una nueva variable cualitativa que jugará su rol en un periodo de crisis económica: el recrudecimiento del nativismo y la discriminación. Como ya hemos observado a partir de 2008, lo más difícil ha sido la reintegración de los inmigrantes, así como la integración de sus descendientes, ambos en el nivel de la sociedad, pero en el caso de los menores, sus efectos directos se produjeron en los

niveles, escolar y familiar. Por tanto, es urgente el diseño de políticas públicas específicas para este momento, sobre todo porque ya se tiene este problema con el retorno acumulado y no atendido desde 2008.

Conclusión

La discriminación y la exclusión social de una sociedad se extienden a los derechos negados a la salud. La lucha de los inmigrantes por el reconocimiento de sus derechos tiene como corolario limitativo el ejercicio de la nacionalidad y la ciudadanía. Desde una perspectiva que trascienda el nacionalismo, es necesario fomentar un modelo social de reconocimiento de derechos aplicable a las sociedades con un alto número de inmigrantes que reconozca el nacionalismo y al mismo tiempo sea de naturaleza transnacional. Actualmente, como consecuencia de los impactos que ha traído consigo el Covid-19, como la parálisis económica, el desempleo imperante, la ausencia de apoyos al trabajo y las limitaciones de acceso a la salud, además del radicalismo nativista, México debe prepararse para recibir una nueva ola de migrantes cuyo principal problema será enfrentar las dificultades que implica la integración y la reinserción social, tanto de los retornados como de sus descendientes; al mismo tiempo, han de promoverse iniciativas de empoderamiento transnacional en la sociedad estadounidense, fomentando alianzas con empleadores de manos de obra inmigrante, congresistas, alcaldes y las organizaciones no gubernamentales.

Recomendaciones de coyuntura

- ◆ Estar atentos al desencadenamiento xenofóbico en las ciudades donde la población latina y mexicana en Estados Unidos es mayor, tales son los casos de: Los Ángeles, Riverside, San Bernardino, Houston, Dallas, San Antonio, Nueva York, Chicago y Phoenix.

- ◆ Fortalecer los vínculos de solidaridad ya existentes por comunidad, pueblo y estado mexicano. Esto facilitará enfrentar la situación de emergencia que se padece a través del acceso a información y préstamos entre amigos, además de otros apoyos.
- ◆ Promover juicios de ley solicitando la inclusión de todos los inmigrantes en el seguro médico, o en su caso, reclamar los fondos producto de los impuestos que se aplican al trabajo y a la compra de servicios y mercancías.
- ◆ Evitar los contagios de migrantes en los Centros de Detención a cargo del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de EE.UU. (ICE por sus siglas en inglés) promoviendo su deportación expedita a México, salvo en los casos que el migrante reclame la intervención de un juez solicitando el asilo.

Recomendaciones estructurales

Empoderamiento de los migrantes en Estados Unidos

- ◆ Fomentar desde México la *adquisición de la residencia y la adopción de la ciudadanía* estadounidense en aquellos casos en los que se cuenta con inmigrantes mexicanos que reúnen los requisitos de ley. Esto permitirá que los inmigrantes sean considerados políticamente por el país vecino por su peso electoral.
- ◆ Encauzar el interés de los descendientes de migrantes por la *educación universitaria y el pleno dominio de los idiomas inglés y español*. Para ello se propone rescatar desde México y de manera paralela las relaciones que ya se tienen con profesionistas latinos y a partir de ellos abrir por los menos dos campus universitarios que ofrezcan opciones de educación superior para nuestros migrantes, a fin de fomentar la educación binacional y combatir la discriminación.

- ◆ Llevar a cabo una intensa campaña de *cabildeo* y *negociación* impulsada por los representantes del país, estados y organizaciones de migrantes con aquellos sectores que en Estados Unidos demandan mano de obra de inmigrantes mexicanos.
- ◆ Impulsar la actividad de las asociaciones de migrantes hacia el territorio estadounidense asimilando sus propias experiencias además de capacitarlos en las necesidades de política pública.

Separación familiar y derechos de los menores

- ◆ Suscribir *convenios de colaboración con las autoridades estadounidenses para crear una política binacional de educación básica*, iniciando con un programa piloto destinado a los menores nacidos en Estados Unidos que con el cambio de residencia habitual ingresarán, como ya lo hacen desde 2008 en las escuelas públicas de México. Este programa se orientará por un modelo intercultural pensando en la sobrevivencia, legitimidad y reconocimiento de distintas culturas y tipos de vida, donde se conserve el inglés, se aprenda el español, eligiendo y estableciendo espacios de interacción regional entre los estudiantes pares y fomentando el intercambio de docentes entre México y Estados Unidos. Este programa ha de apoyarse en los derechos de ley que tienen los

menores por ser ciudadanos estadounidenses y mexicanos.

- ◆ Cabildear entre los legisladores estadounidenses la demanda de una reforma legal de la *Adoption and Safe Families Act (ASFA)* a fin de evitar la separación y pérdida de la custodia como se viene haciendo con los hijos nacidos en Estados Unidos al acusar a los padres de negligencia por no poder acudir a las escuelas a recogerlos como resultado de su detención, encarcelamiento y deportación a México. Prever anticipadamente que un familiar cercano esté autorizado en caso de ser necesario para reclamar su custodia; además de tramitarles la nacionalidad mexicana y evitar que la defensa de los hijos se limite a una lucha legal entre los padres inmigrantes y el gobierno de Estados Unidos. Actualmente existen en el territorio estadounidense entre 4 a 4.5 millones de menores en esta situación.

Envío/Recepción de remesas familiares

- ◆ Fomentar una intensa campaña de bancarización de los migrantes. Emitir intensivamente la Matrícula Consular para abrir con ello cuentas bancarias que permitan hacer depósitos en Estados Unidos y retiros en México. Esto, además de abaratar el costo en el envío/recepción de remesas, evitará dificultades en caso de deportaciones.

Referencias bibliográficas

- Anderson, Benedict, (1993). *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauböck, Rainer, (2004). "Cómo transforma la inmigración a la ciudadanía: perspectivas internacionales, multinacionales y transnacionales", en *Inmigración y Procesos de Cambio. Europa y el Mediterráneo en el contexto global*. Barcelona, España: Icaria Editorial.
- Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas, (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu/Editores.
- BBC News Mundo, (23 abril 2020), "el demoledor impacto que tiene la pandemia entre los latinos de la rica metrópoli", Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52378055>
- Canales, Alejandro I. Canales y Meza, Sofía, (2018). "Tendencias y patrones de la migración de retorno en México", *Migración y Desarrollo*, 16(30), 123-155.
- Carens, Joseph H. (2004). "La integración de los inmigrantes", en *Inmigración y procesos de cambio. Europa y el Mediterráneo en el contexto global*. Barcelona, España: Icaria Editorial.
- Castillo, Manuel Ángel y Vennet R., Fabianne, (2010). El asilo y los refugiados: una visión histórica y crítica de nuestros días, en Alba, Francisco; Castillo, Manuel Ángel; Verduzco, Gustavo; (Coords.), *Migraciones Internacionales, los grandes problemas de México*. México: El Colegio de México.
- Contralínea, (miércoles 3, junio 2020). Sobrevivir a la migración a Estados Unidos, pero morir por Covid-19, Recuperado de: <https://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/2020/06/02/sobrevivir-a-la-migracion-a-estados-unidos-pero-morir-por-covid-19/>
- Cornelius, Wayne A., (1990). Form sojourners to settlers: the changing profile of Mexican immigration to the United States, en *Paper*, Center for U. S.-Mexican Studies, University of California, San Diego, La Jolla, Ca.
- Durand, Jorge, (2006), Los Inmigrantes También Emigran: la migración de retorno como corolario del proceso, *Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 14(26-27), 167-189.
- Ganduglia, Cecilia, (2010). La Reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América, *Medicina*, (Buenos Aires), 70(4), 381-385.
- Gaspar, Selene, (2020a), cálculo a partir de datos de la CPS mensual de abril de 2020.
- (2020b). Cálculo a partir de la información de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* (Enadid, 2014 y 2018).
- Giménez Montiel, Gilberto, (1993). Identidad nacional y nacionalismo, en *Sociológica*, Año 8, Número 21, Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco, México.
- Gordon, M., (1964). *Assimilation in American Life. The role of race, religion and national origins*. Oxford: University Press.



- Harvey, David, (2012). *La condición de la posmodernidad: Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Honneth, Axel, (1997). *La Lucha por el Reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona, España: Crítica Grijalbo Mondadori.
- Inegi, (2010). XIII, *Censo General de Población y Vivienda*, 2010.
- (2015). *Encuesta Intercensal*, 2015.
- Moctezuma, Miguel, (2013), Retorno de migrantes a México. Su reformulación conceptual, en *Papeles de Población*, 19(77), 149-175.
- Periódico Reforma, (2020). “Suman mil 166 mexicanos fallecidos por Covid en EU”, Recuperado de <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?urlredirect=https://www.reforma.com/suman-mil-166-mexicanos-fallecidos-por-covid-en-eu/ar1957616?referer=-7d616165662f3a3a-6262623b727a7a7279703b767a783a-->
- SRE, (2020). Mil 66 mexicanos en EEUU han muerto por COVID-19, recuperado de <http://www.mirioverde.com/nacional/mil-66-mexicanos-en-eeuu-han-muerto-por-covid-19-sre/>
- Weber, Max (1984). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.

EXPERIENCIAS DE VIOLENCIAS DE MUJERES MIGRANTES EN CIUDAD JUÁREZ Y EL PASO

Silvia M. Chavez Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo Blancas, Susana Leticia Báez Ayala¹

Resumen

Se realizaron 89 (n = 89) entrevistas en profundidad en la frontera de Ciudad Juárez y El Paso, a mujeres de origen mexicano y centroamericano, quienes migraron y experimentaron situación de calle. Se documentaron los problemas de atención en el uso de los servicios de salud física y mental, vulnerabilidades, las violencias antes y después de la migración, así como las fortalezas para enfrentar los desafíos de ser mujer, migrante y encontrarse en situación de calle. Partimos de la definición de “personas sin hogar” del Instituto Global de Personas sin Hogar. Y presentamos recomendaciones para prevenir desigualdades de género en mujeres migrantes.

Palabras clave: *situación de calle, mujeres, migrantes, violencias, salud, vulnerabilidades, fortalezas.*

Introducción

Los efectos en la salud de no tener un lugar seguro donde vivir han sido bien documentados (Phipps, Dalton, Maxwell, Cleary, 2019; Hauff y Turner, 2014; McNeil, Guirguis-Younger, Dilley, Turnbull, Hwang, 2013); sin embargo, son poco conocidos los retos de la interseccionalidad

(Crenshaw, 1991) entre el acceso a la salud física y mental, violencia de género, vulnerabilidades y fortalezas desde la perspectiva de la migrante. La realidad de vivir en situación de calle en mujeres en la frontera norte constituye un subgrupo vulnerable debido a ser mujer, migrante, la invisibilidad, inequidad, baja inclusión social y razones estructurales.

Sin tener en cuenta la migración a corto plazo y estacional, de los 244 millones de migrantes internacionales en el mundo, las mujeres representan más del 48 por ciento superando en número a los hombres en los países desarrollados con un 51.5 por ciento, mientras que en países en desarrollo representan 45.6 por ciento de la población inmigrante en general (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016). Explicar la migración femenina y la discriminación de género ha demostrado ser de gran relevancia (Ruyssen y Salomone, 2018).

Se sabe poco sobre los desafíos de la atención médica y mental, violencia, vulnerabilidades y fortalezas desde la perspectiva de las migrantes que experimentan situación de calle, es decir, que viven en albergue, con familiares, de manera irregular en carros, cocheras, casas móviles sin servicios y/o en la calle (Mayock, Sheridan y Parker, 2012; Hauff y Turner, 2014). En Ciudad Juárez podría haber más de tres mil

¹ Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en El Paso, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.



personas sin hogar (Campbell y Lachica, 2013), siendo el doble de la población de El Paso, aproximadamente (Moya, Chavez-Baray, Loweree, Mattera, y Martínez, 2017).

En este estudio exploratorio el objetivo fue documentar: 1) violencias, 2) vulnerabilidad, 3) fortalezas y 4) recomendaciones. Se integró un componente biográfico a través de una entrevista en profundidad de las vidas y experiencias de mujeres migrantes, prestándose especial atención al cómo ellas llegan a vivir en situación de calle.

Los resultados proporcionan información y conocimiento sobre las migrantes en situación de calle, el acceso a servicios de salud física y mental, atención social y servicios de apoyo. Hallazgos que pueden ser un insumo para mejorar las políticas públicas, programas y reglamentos de los servicios a la población estudiada.

Antecedentes

El fenómeno de falta de vivienda, anteriormente, se había utilizado para referirse a las personas desplazadas por guerra, desastres naturales o violencia (O'Brien, 2018). Si bien vivir en situación de calle es un problema mundial, varias investigaciones se han centrado en la salud mental de las mujeres en situación de calle (Teruya, Longshore, Andersen, Arangua, Nyamathi, Leake, y Gelberg, 2010); pocas se han enfocado en la intersección de temas como mujeres, migrantes y situación de calle en un contexto binacional. Está documentado que la falta de vivienda se vincula con la exclusión social, pobreza extrema, desconexión familiar y social; baja reintegración social y laboral, brechas en salud física y mental, invisibilidad y desigualdad de género (Mayock y Sheridan, 2012; Cheung y Hwang, 2004).

Este estudio se basó en la definición global de 'personas sin hogar' del *Institute of Global Homelessness* como "individuos que viven en viviendas severamente inadecuadas debido a la falta de acceso a viviendas mínimamente

adecuadas" (Busch-Geertsema, Culhane, y Fitzpatrick, 2015). La falta de vivienda determina una variedad de estresores ambientales y psicosociales, volviéndose un objetivo habitual la supervivencia básica (Hauff y Sector-Turner, 2014); implicando una búsqueda diaria de alimentos, vivienda, ingreso y otras preocupaciones constantes (Crawley, Kane, Atkinson-Plato, Hamilton, Dobson, y Watson, 2013). La literatura describe las necesidades de salud física y mental de las personas sin hogar como complejas y compuestas por desafíos sociales, culturales y financieros (Hamilton, Poza, y Washington, 2011; Barczyk, Thompson y Rew 2014). De ahí la importancia de este estudio.

En Estados Unidos, el aumento de falta de vivienda en los últimos 25 años es debido a una creciente escasez de inmuebles de alquiler asequible, la acentuación simultánea de pobreza y diversas situaciones estructurales y psicosociales (Schiff, 2015; Arangua, Andersen y Gelberg, 2016; Lukomnik, 2005). De acuerdo al Portal de Datos Mundiales sobre la Migración de las Mujeres, en el 2019, la población femenina representó en Estados Unidos 51.7 por ciento, en México 49.9 por ciento, en Guatemala 52.6 por ciento, en El Salvador 52.4 por ciento, y en Honduras 47.5 por ciento (IOM, 2019), mostrando cómo se ha incrementado este grupo poblacional móvil. De las migrantes en situación de calle se sabe poco sobre su perfil sociodemográfico, estado de salud, uso de servicios de salud física y mental, de la relación entre su condición de estar sin vivienda con factores sociales y económicos. (Campbell y Lachica, 2013). Las mujeres que experimentan situación de calle en Estados Unidos y México constituyen un subgrupo altamente vulnerable por la invisibilidad, desigualdad de género, baja inclusión social y otras características, que hasta la fecha, han sido objeto de poca investigación y bajo compromiso público y político ante esta realidad (Murillo, Ramos-Olagast, Mannuzza, Castellanos, y Klein, 2016; Dawson y Jackson, 2013). Las madres sin



hogar tienen altos niveles de depresión y otras entidades psiquiátricas de morbilidad; los factores de riesgo parecen ser específicos para este grupo y compartidos entre las madres de la población en general (Roze, Vandentorren, VanDer-Waerden, y Melchior, 2018).

Método de investigación, diseño y análisis estadístico

Se realizó un estudio transversal mixto, con entrevistas en profundidad con una guía semiestructurada y estadística descriptiva. La muestra consistió de 91 (n = 91) mujeres migrantes sin hogar, en Ciudad Juárez (n = 44) y en El Paso, Texas (n = 47). De la muestra de El Paso, Texas se excluyeron dos entrevistas por no cumplir con los criterios de inclusión; quedando 45 (n = 45) y dando un total de 89 (n = 89) entrevistas realizadas.

El criterio de inclusión consistió en ser mujer, migrante, de 18 años o más, nacida en México o Centroamérica, haber emigrado a El Paso o Ciudad Juárez en los últimos siete años, haber vivido en lugares inseguros, refugios, albergues de transición, hotel pagado por un bono, una iglesia, un lugar público cubierto, un edificio abandonado, un vehículo, la calle, cualquier lugar público y/o en un programa de rehabilitación para personas sin hogar. Las mujeres que cumplieron el criterio de inclusión fueron invitadas a ser entrevistadas por las autoras.

Se trabajó con organizaciones comunitarias para identificar a las participantes. En Ciudad Juárez, se realizó la invitación a partir de contactos en albergues donde se efectuaron las entrevistas. En El Paso se identificaron por medio de los(as) administradores(as) de los

refugios y con los(as) trabajadores(as) de divulgación. Se utilizó la técnica de muestreo de bola de nieve, donde a las participantes seleccionadas se les preguntó si deseaban invitar a alguien que cumpliera con el criterio de inclusión. Se desarrollaron volantes de invitación bilingües y se distribuyeron por redes de atención a la mujer sin hogar en El Paso. Las participantes que no cumplieron el criterio de inclusión fueron descartadas así como las mentalmente incapaces de completar la entrevista.

Se desarrolló un cuestionario bilingüe, administrándose solamente en español. Se examinaron factores de salud, vulnerabilidad, riesgos y fortalezas. La entrevista tomó entre 45 a 60 minutos y se llevó a cabo en los refugios, centros de vida de transición y organizaciones comunitarias. Cada participante recibió un estipendio de 20 dólares o su equivalente en pesos y firmó un formulario de consentimiento. En México, la aprobación de la investigación se obtuvo del Comité de Evaluación por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS); y en El Paso por la Junta de Revisión de Ética de la Universidad de Texas en El Paso.

Se concedió acceso a los datos recabados sólo a las investigadoras del proyecto. Las autoras audiógrabaron, recopilaron, codificaron datos, transcribieron, analizaron y crearon un seguimiento de auditoría. Por triangulación se verificó la codificación, interpretaciones para mejorar la validez interna y social. Se realizaron reuniones periódicas del equipo para evaluar las reglas. Las transcripciones se identificaron por código. El análisis de datos cualitativos siguió el protocolo de Miles, Huberman y Saldaña (2014).

Resultados de los datos demográficos encontrados

Tabla 1. Demográficos de mujeres migrantes en situación de calle en El Paso y Ciudad Juárez

	El Paso, Texas (n=45)	Ciudad Juárez, Chihuahua (n=44)
Lugar de nacimiento	44 México	42 Centroamérica:
	29 Ciudad Juárez, Chih.	23 Honduras
	4 Ciudad México	11 Guatemala
	3 Durango, Dgo.	8 El Salvador
	2 Aguascalientes	2 México
	1 Ciudad Cuauhtémoc, Chih.	1 Michoacán
	1 Ciudad Chih.	1 Chihuahua
	1 Ascensión, Chih.	
	1 Delicias, Chih.	
	1 Acapulco, Guerrero	
	1 Oaxaca, Oaxaca	
	1 Centroamérica	
Edad	5 De 20 a 29 años	27 de 18 a 29 años
	20 De 30 a 39 años	9 de 30 a 39 años
	16 De 40 a 49 años	7 de 40 a 49 años
	4 De 50 a 60 años	1 de 50 a 60 años
Raza^[1]	45 Blanca/Hispana	1 Centroamericana
		4 Salvadoreña
		8 Hondureña
		3 Ladina
		1 Guatemalteca
		1 Trigüeña
		2 Otra
		5 No sabe o no entiende
		12 Blanca/Hispana
		6 India/Mestiza/Jalapeña
	1 Mexicana	
Nivel Educativo	16 Menos de preparatoria	23 Menos de preparatoria
	10 Preparatoria abierta	0 Preparatoria abierta
	12 Preparatoria	6 Preparatoria
	2 Escuela Técnica	3 Escuela Técnica
	5 Universidad (Asociado, Licenciatura)	3 Universidad (Asociado, Licenciatura)
	0 Superior (Maestría, Doctorado)	0 Superior (Maestría, Doctorado)
	0 Ningún Estudio	9 Ningún Estudio

Autoras: Silvia Chavez-Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo y Susana Báez.

[1] Destaca que la mayoría de las mujeres migrantes entrevistadas en Ciudad Juárez, a la pregunta de raza o etnia se notaban desconcertadas, en virtud de desconocer los conceptos, dando como respuesta su lugar de origen.



De las 45 (n = 45) entrevistadas en El Paso, 13.3 por ciento reportó no tener hijos al momento de la migración; sin embargo 86.7 por ciento dijo tener hijos; y, haber migrado sola un 64.4 por ciento, de las cuales sólo habían logrado reunificarse con la totalidad de sus hijos el 17.8 por ciento. Dos mujeres migraron con sus nietos. El 20 por ciento reportó vivir sola. Mientras en Ciudad Juárez, de las 44 (n = 44) entrevistadas el 70 por ciento refirió tener hijos.

El ingreso mensual de la muestra en El Paso fue entre 61 a 1 500.00 dólares, lo que está por debajo de los niveles de pobreza en Estados Unidos. La mayoría de las mujeres en Ciudad Juárez no contó con ingreso, pocas refirieron recibir apoyo de familiares y amigas; sólo reportaron las actividades laborales que tenían antes de migrar, pero expresaron su interés de trabajar en el servicio doméstico; agregaron no hacerlo por miedo a los feminicidios, violencia social, no contar con documentación requerida, carecer de redes o instituciones que cuidaran de sus hijas e hijos y/o por temor a perder el turno para presentarse en las oficinas de migración de Estados Unidos (véase tabla 1).

En El Paso la mayoría experimentó situación de calle más de una vez. La primera ocasión, al momento de llegar al país de acogida y las posteriores por violencia de género o por desventaja económica y social. En Ciudad Juárez, la mayoría mencionó que era la primera vez que estaban en situación de calle como consecuencia de crimen organizado, violencia de género, social e institucional, características propias de sus países de origen.

Atención a la salud física

En El Paso algunas entrevistadas mencionaron no ir al médico y autorecetarse debido al poco acceso a las clínicas comunitarias y otros tipos de servicios de salud. Además, reportaron que los requisitos para recibir atención médica se endurecieron como resultado de la política mi-

gratoria en Estados Unidos. En Ciudad Juárez refirieron atender sus malestares físicos con medicamentos que trajeron de sus lugares de origen, adquirieron en farmacias o les fueron proporcionados en los albergues. Algunas mujeres en un albergue contaron con servicios médicos básicos; las que se identificaron como LGBTQ no contaban con ningún servicio médico. Sólo las que obtuvieron la visa humanitaria por el gobierno mexicano reportaron atenderse en el Seguro Popular, desaparecido en enero de 2020. Algunas mencionaron que cuando estuvieron en campamentos para migrantes en los Estados Unidos no recibieron atención médica, uno de los problemas identificados fue que no les dieron toallas sanitarias el tiempo que estuvieron detenidas y hasta que retornaron a Ciudad Juárez pudieron asearse.

...pues no voy con un doctor; si traigo mucho dolor de garganta, que no puedo comer yo asumo que traigo una infección, entonces voy y compro ibuprofeno y cuando ya es demasiado el dolor consigo un antibiótico.

(44 años, Ciudad Juárez)

Salud mental

Con respecto al cuidado, prevención y acceso a la atención de salud mental en El Paso, las mujeres mencionaron en su mayoría que nunca se les ofreció atención.

Digamos no he tenido acceso a servicio de salud mental, me atendió una trabajadora social cuando estuve en... (albergue) me asignaron una pero sinceramente, su trabajo se limitó a preguntarme cuándo me llegaban los papeles de migración, pero en cuanto al apoyo, vamos a hablar que ¿cómo estás?, o digamos algún tipo de terapia, no. Acá... hay mucha más atención en cuanto a cómo va mi proceso

(migratorio), si estoy logrando las cosas que quiero hacer, pero digamos una terapia de salud mental, no. Desde el punto de vista de la terapia mental o salud mental no hay; se puede decir que la atención es mala.

(44 años, Centroamérica)

En Ciudad Juárez sólo un albergue cuenta con infraestructura para atender problemas de salud mental. Las informantes en su totalidad mencionaron haber experimentado problemas de ansiedad, trastornos del sueño, estrés, depresión, problemas de adicción a las drogas, cambios abruptos de humor, miedo, angustia e incluso ideación suicida a partir de su experiencia migratoria. En los pocos casos que hubo la posibilidad de recibir apoyo psicológico no lo solicitaron por temor o por dar prioridad a otras necesidades más apremiantes.

¿He tenido problemas de salud emocional? Sí, porque hay veces que uno se desajusta y le dan ganas hasta de morirse...

Como está uno fuera de su país se siente una como... ahorita está difícil, no se puede ir uno muy fácilmente ¿verdad? Necesitamos el dinero para regresar, es un gasto y a veces la familia de uno no tiene recursos para eso. Entonces, hay veces que uno se desespera y sí dan ganas de morirse (¿Tú has pensado en hacer algo?) Sí, porque se llena de tristeza uno (llorando) he pensado en hasta ahorcarme.

(28 años, Honduras)

Vulnerabilidades sociales

En El Paso algunas mencionaron ser amenazadas de deportación por sus parejas y exparejas, así como por vecinos y jefes, si no aceptaban laborar horas extras sin paga. En Ciudad Juárez dijeron provenir de contextos de violencia perpetrada por las pandillas, los retenes oficiales y policías, los agentes de migración; de acuerdo con las entrevistadas estaban coludidos con los “coyotes” (tabla 2).

Tabla 2. Vulnerabilidades de El Paso y Ciudad Juárez experimentadas por las migrantes en situación de calle en la Frontera.

Vulnerabilidad	Número de mujeres	¿Por quién?
El Paso, Texas		
Aislada	35	Esposo, exesposo, compañeros de trabajo,
Insegura	43	Esposo, exesposo, trabajo
Indefensa	36	Esposo, exesposo, policía, familia,
Amenazas	42	Esposo, exesposo, vecinos, jefes, hermana por condición mental.
Otra: Miedo	1	A que las autoridades “me pidan papeles” (estatus migratorio) Por desconocidos en lugares públicos.
Discriminación	1	
Ciudad Juárez, Chihuahua		
Aislada	38	Por la familia, desconocimiento de Ciudad Juárez, falta de empleo
Insegura	29	Por los criminales, el gobierno, por estar en una ciudad tan riesgosa como Juárez
Indefensa	18	Por la impotencia de la desprotección del gobierno, por no trabajar, miedo al crimen organizado

Continúa...

Tabla 2. Vulnerabilidades de El Paso y Ciudad Juárez experimentadas por las migrantes en situación de calle en la Frontera.

Vulnerabilidad	Número de mujeres	¿Por quién?
Ciudad Juárez, Chihuahua		
Violentada	17	Porque mataron a una transexual, por los secuestros, extorsiones, asesinatos de familiares
Amenazas	16	Por criminales, por las leyes, migración, por las exparejas, por el crimen organizado
Otra: Impotencia, miedo	2	Por las leyes migratorias y por los oficiales

Autoras: Silvia Chavez-Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo y Susana Báez

Los tipos de violencia utilizados en este estudio están tomados de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2018). El 100 por ciento de las entrevistadas en ambos lados de la frontera reportó haber sufrido cuando menos algún tipo de violencia a manos de

diferentes actores y por diferentes circunstancias. Además, mencionaron vivir las violencias físicas y psicológicas por años. Y, en Ciudad Juárez, expresaron haber sufrido el asesinato de esposos, padres, hermanos y familiares por parte de grupos criminales en su lugar de origen (tabla 3).

Tabla 3. Tipos de violencia experimentadas en El Paso y Ciudad Juárez por las migrantes en situación de calle en la Frontera

Tipos de violencia	Número	Tiempo el mayor y el menor	¿Qué sucedió?
El Paso, Texas			
Física	32	2 meses a 4 años	Golpes por exesposo o pareja Violencia física por crimen organizado debido a robo, extorsión o secuestro.
Psicológica	25	6 meses a 8 años	Uso de sobrenombres y palabras altisonantes por exesposo, pareja, jefe.
Patrimonial	6	1 día	Robo
Económica	8	8 meses a 5 años	Dar dinero a expareja. No recibir salario completo en El Paso. Forzar a trabajar horas extras sin pago.
Sexual	19	1 año a 3 años	Abuso o violación por ex esposo, pareja y/o desconocidos.
Laboral-docente	4	8 meses a 1 año	Exigir trabajo sin pago, malos tratos.
Comunitaria	3	1 día	Discriminación
Ciudad Juárez, Chihuahua			
Física	25	10 meses a 3 años	Golpes por pandillas, maras, familiares, pareja, padre la golpeaba por ser lesbiana. Atropellada por una deuda. Lesionada con un machete por esposo.
Psicológica	30	2 años a 7 años	Asesinato de esposo; asesinaron a familiares, discriminación y burla, "bullying", violencia verbal y amenazas con armas blancas y de fuego.
Patrimonial	14	10 meses a 7 años	Robo de identificaciones, de papeles migratorios, cafetal y de tienda; gobierno le quitó puesto de frutas; pérdida de casa; despojo de pertenencias por los coyotes.
Económica	13	1 año a 3 años	Extorsión; cuota por ejercer sexo servicio, robos y asaltos en trayecto migratorio.

Continúa...

Tabla 3. Tipos de violencia experimentadas en El Paso y Ciudad Juárez por las migrantes en situación de calle en la Frontera

Tipos de violencia	Número	Tiempo el mayor y el menor	¿Qué sucedió?
Ciudad Juárez, Chihuahua			
Sexual	11	1 mes a 4 años	Violación y abuso sexual por pandillas; marido, incesto.
Laboral-docente	9	De 1 a 3 años	<i>Bullying</i> escolar y laboral por identidad sexual; desigualdad.
Comunitaria	15	2 meses a 10 años	Estigma y discriminación por diversidad sexual. Por religiosos.
Institucional	17	1 mes a 5 meses	Negligencia y maltrato por oficiales de migración; caso omiso a denuncias ante gobiernos; falta de atención a su salud.
Institucional	2	1 día	Negar atención

Autoras: Silvia Chavez-Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo y Susana Báez

Fortalezas

Dentro de las fortalezas personales que más reportaron en ambas ciudades están: el procurar el bienestar de hijos, allegarse a un trabajo y el hacer ejercicio; se reconocieron como empáticas, fuertes, generosas y resilientes. Identificaron como red de apoyo a familiares y amigos, también expresaron tener fe y creer en un Dios.

Discusión

Las mujeres que lograron cruzar a Estados Unidos, y experimentaron situación de calle, eran principalmente de origen mexicano; a diferencia de las migrantes en Ciudad Juárez, quienes reportaron en su mayoría ser centroamericanas, pues éstas podían pedir asilo político a los Estados Unidos, por las violencias experimentadas en su lugar de origen, por lo que tuvieron que quedarse en Ciudad Juárez para recibir su cita migratoria. Sin embargo, las personas de origen mexicano no cuentan con esta oportunidad.

Un número alto de mujeres no tiene estudios, indicando falta de oportunidades para su desarrollo humano, siendo un factor de riesgo y vulnerabilidad, además de un impedimento para posicionarse en un mejor nivel socioeconómico.

Las violencias que experimentaron las migrantes de este estudio, si bien inician en su lugar

de origen, se multiplican a lo largo de su trayecto: como violaciones, extorsiones, acosos, amenazas y robos. Aunado a esto, en ellas repercuten las violencias estructurales que se agudizan por la deficiente calidad de los servicios de salud a los que tienen acceso, las pocas oportunidades laborales y por la deficiencia a la vivienda digna. Incluso en los albergues y centros de detención son nuevamente violentadas, pues no siempre reciben un trato humano respecto a alimentación, salud, higiene y representación legal. Por ejemplo, al no recibir toallas sanitarias, las migrantes en los centros de detención de Estados Unidos, se ven atentadas en su dignidad humana.

El ingreso económico de las migrantes en El Paso fue mayor a las de Ciudad Juárez, quienes en ocasiones vivieron de recursos de los albergues. En El Paso el ingreso económico está por debajo de la línea de pobreza y es un indicador de riesgo de volver a quedar en situación de calle ante cualquier adversidad.

Respecto a las necesidades de acceso y atención a la salud física y mental, las desigualdades sociales en su trayecto migratorio y lugar de acogida son mayores, debido a que su salud se deteriora de manera prematura y existe la propensión a la discapacidad, morbilidad y mortalidad temprana. Al no contar con suficientes recursos materiales y económicos para obtener los servicios preventivos, sus riesgos de

salud se acentúan. El derecho a la salud es universal y constitucional en México, sin embargo no se cuenta con recursos para obtenerla. Mientras que en Estados Unidos, no existe este derecho y la salud es un producto de acceso de acuerdo al ingreso.

Las vulnerabilidades encontradas, en esta población de mujeres migrantes, precarizan aún más sus condiciones de vida a nivel personal y familiar; ya que les es difícil superar los riesgos, afrontar las violencias, salir de adversidades y de la pobreza. La larga espera en la frontera bajo la incertidumbre de obtener la entrevista del proceso migratorio o el asilo humanitario, les implica un constante estrés que detona problemáticas de salud física, emocional y tensiones económicas a largo plazo.

Las fortalezas personales encontradas en las mujeres, los apoyos familiares y el luchar por el bienestar de sus hijos(as), además de la esperanza de obtener un trabajo digno, les ayuda a desarrollar una capacidad de sobrevivencia y resiliencia a pesar de las carencias económicas y sociales; para la mayoría tener fe y la creencia en un ser supremo les da entereza para seguir con sus proyectos de vida. Se observó como una práctica de sobrevivencia y autocuidado la propia migración, aún en condiciones de precariedad.

Recomendaciones para implementar políticas públicas

Se proponen recomendaciones generales con base en cuatro aspectos, para que las mujeres migren en mejores condiciones y no por las violencias de sus lugares de origen, además para evitar que experimenten situación de calle y accedan a servicios de salud de calidad.

1. Aspectos sociales y económicos:

- a. Mejorar las condiciones de vida antes, durante y después de la migración.
- b. Invertir en programas educativos para las

mujeres, adolescentes y niñas con perspectiva de género.

- c. Abogar por la igualdad de distribución de recursos dirigidos a poblaciones en desventaja social.
- d. Etiquetar los presupuestos y la distribución de recursos tomando en cuenta las necesidades de mujeres, adolescentes y niñas con equidad de género.
- e. Desarrollar fuentes de empleo con salarios equitativos.
- f. Medir la magnitud de la migración femenina, la falta de vivienda para ellas y otras necesidades para generar programas de intervención.
- g. Identificar las causas macroestructurales que moldean el fenómeno migratorio para combatirlas.

2. Aspectos de salud física y mental:

- a. Establecer programas sustentables de medición y análisis de las problemáticas en salud física y mental de las mujeres, adolescentes y niñas para generar intervenciones basadas en evidencia.
- b. Coordinar el trabajo entre los profesionistas de la salud para ofrecer una atención a la salud física y mental, que asegure cubrir los tratamientos hasta finalizarlos.
- c. Ofrecer programas y tratamientos basados en la evidencia en el lugar de acogida para mitigar el impacto a la salud física y mental, así como disminuir las enfermedades crónico-degenerativas e infectocontagiosas.
- d. Crear condiciones que permitan envejecer dignamente a las mujeres.
- e. Evaluar los efectos de las políticas e iniciativas en salud en grupos vulnerables para verificar el impacto y mejorar las prácticas de intervención.
- f. Invertir en la formación de los responsables de formular las políticas públicas y de los profesionales de la salud, para que la

toma de decisiones corresponda a la medida de las necesidades sentidas por las mujeres, adolescentes y niñas.

- g. Educar y concientizar a la población en general en los determinantes sociales de la salud física y mental.
- h. Dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud física y mental en la investigación en materia de migración, género, violencias, situación de calle y salud pública.
- i. Educar al personal de salud en materia de determinantes sociales para ofrecer un servicio de calidad, efectivo y accesible.
- j. Trato humano, atención digna, respetuosa y oportuna en asuntos de atención a la salud en los centros de migración.

3. Aspectos jurídicos y políticos:

- a. Que los gobiernos de Estados Unidos, México y Centroamérica salvaguarden la vida, seguridad e integridad de las mujeres y de sus hijos e hijas migrantes por exilio y desplazamiento forzado.
- b. Ofrecer programas y tratamientos basados en la evidencia en el lugar de origen, para disminuir la migración por violencia o disparidades.
- c. Aplicar programas de seguridad humana para mujeres, adolescentes y niñas migrantes.
- d. Impulsar programas de vivienda asequible para mujeres.
- e. Participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales para formular políticas de protección social con perspectiva de género.
- f. Fortalecer las instancias gubernamentales, la gobernanza y el sector público con financiamiento, para que sean capaces de cumplir con los lineamientos de protección para mujeres, adolescentes y niñas en su lugar de origen y de acogida.

- g. Implementar leyes y regulaciones para proteger a las mujeres, adolescentes y las niñas de la violencia intrafamiliar y de género.
- h. Desarrollar políticas y programas de apoyo para evitar la criminalización a las mujeres, adolescentes y niñas migrantes y en situación de calle.
- i. Endurecer las condenas a las personas que atenten contra la seguridad de las mujeres, adolescentes y las niñas.
- j. Poner en marcha sistemas de vigilancia de la equidad social y de género por los gobiernos y las organizaciones que permitan dar un seguimiento sistemático de las desigualdades y de los determinantes sociales de la salud.

4. Aspectos culturales, educativos y éticos:

- a. Impulsar cambios y formas de organización en la sociedad para combatir las desigualdades de género.
- b. Dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil y al sector privado con el fin de definir el bien común y reinvertir en la acción colectiva, para prevenir que las mujeres vivan en situación de calle y ayudar a salir de la misma.
- c. Abrir programas académicos que se enfoquen en las interseccionalidades de la migración, violencias, vulnerabilidades y fortalezas, así como en salud y políticas públicas con enfoque de género.
- d. Sensibilizar a la opinión pública para concientizar en contra de los estigmas hacia la migración y el vivir en situación de calle e informar de manera clara y precisa sobre las realidades sentidas de las mujeres.
- e. Respeto y dignidad con base en los tratados internacionales y la legislación en derechos humanos y de género por parte de las instituciones enfocadas en asuntos de migración.

Conclusión

El resultado de esta investigación genera información que podría servir para el diseño de políticas públicas en beneficio de las mujeres, adolescentes, niñas y otros grupos migrantes, como la población indígena y de la diversidad sexual, que han vivido en situación de calle. A partir de las violencias de género que afectan a este grupo poblacional consideramos urgente invertir, diseñar y aplicar programas de prevención, atención, sanción y erradicación de los diferentes tipos de violencias en contra de las migrantes tanto en el origen, tránsito y destino.

Los tipos de violencias, las condiciones extremas de pobreza, la falta de seguridad social, acompañadas de la criminalidad que experimentan las mujeres migrantes que quedan en situación de calle tienen un carácter estructural; son infringidas en la mayoría de los espacios en que se desenvuelven, orillándolas a arriesgar desde su familia hasta sus bienes para moverse hacia una búsqueda de seguridad y oportunidades; huyendo de su lugar de origen, dejando su patrimonio para emprender un proceso migratorio de incertidumbre. Sin embargo, en algunas ocasiones terminan exponiéndose a mayores vulnerabilidades como aislamiento, inseguridad, indefensión, amenazas y violencias múltiples, impactando su salud física y mental, así como a su familia y a la comunidad.

Las migrantes por sus experiencias en el trayecto y destino terminan quebrantadas, teniendo que reconstruirse como personas, como seres humanas, afianzadas a sus ilusiones, fortalezas y esperanzas. Esto demuestra la capacidad de las migrantes para enfrentar adversidades siempre con la idea de buscar un bienestar para sus hijos e hijas y procurarse los autocuidados necesarios; así como apoyarse en su fe como soporte para fortalecerse y ser reconocidas como ciudadanas y alcanzar sus proyectos de futuro.

En algunas ocasiones se encuentran en el lugar de destino con pocas o nulas

probabilidades de atención a la salud, y por consecuencia las detecciones oportunas se merman. Además pudiera haber un estrés crónico que termine en enfermedad física y mental. Aunado al estigma, la diferencia de cultura y lengua hacen difícil la búsqueda de servicios oportunos, los cuales son esenciales para salir de la pobreza y situación de calle.

En el país de origen existe una falta de apoyo y seguridad a la mujer, lo que se traduce en migración forzada. La salud de la población es esencial para tener un país productivo, fuerte, y en crecimiento continuo; motivo por el cual urge que se establezca como prioridad dentro de políticas y agendas. Como plantea el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular Llevada a cabo en Marrakech (2018), todos y todas tenemos el derecho a migrar, de una forma segura y digna, por gusto, elección y no por necesidad e inseguridad. Las mujeres, adolescentes y las niñas tienen derecho a ser tratadas como humanas en todos los países y dimensiones de su vida.

Referencias bibliográficas

- Asamblea General de las Naciones Unidas (21 de abril de 2016). Refugiados y migrantes, Informe del Secretario General. Recuperado de <https://www.acnur.org>
- Arangua, Lisa, Andersen Ronald, & Gelberg Lilian (2014). The Health Circumstances of Homeless Women in the United States, *International Journal of Mental Health*, 34(2), 62-92, doi: 10.1080/00207411.2005.11043398
- Barczyk AN, Thompson SJ, Rew L. (2014). The impact of psychosocial factors on subjective well-being among homeless young adults. *Health Soc Work*. 2014 Aug; 39(3), 172-80.
- Busch-Geertsema Volker, Culhane Dennis, & Fitzpatrick Suzanne. (2015). A Global Framework for Understanding and measuring homelessness. Institute of Global Homelessness.

- Campbell Howard, & Lachica, Josue G. (2013) Transnational Homelessness: Finding a Place on the US–Mexico Border, *Journal of Borderlands Studies*, 28(3), 279-290, doi:10.1080/08865655.2013.863441
- Cheung Angela M., Hwang Stephen W. (2014). Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ Apr 2004*, 170(8) 1243-1247; doi: 10.1503/cmaj.1031167
- Crawley J, Kane D, Atkinson-Plato L, Hamilton M, Dobson K, Watson J. (2013). Needs of the hidden homeless - no longer hidden: a pilot study. *Public Health*, 127(7), 674-80. doi: 10.1016/j.puhe.2013.04.006.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. doi:10.2307/1229039
- Dawson A, Jackson D. (2013). The primary health care service experiences and needs of homeless youth: a narrative synthesis of current evidence. *Contemp Nurse*. 2013 Apr; 44(1):62-75. doi: 10.5172/conu.2013.44.1.62.
- Hamilton, A. B., Poza, I., & Washington, D. L. (2011). "Homelessness and trauma go hand-in-hand": Pathways to homelessness among women veterans. *Women's Health Issues*, 21(4), S203-S209.
- Hauff, A. J., & Secor-Turner, M. (2014). Homeless health needs: shelter and health service provider perspective. *Journal of community health nursing*, 31(2), 103-117.
- International Migration Office (IOM). Migration Data Portal. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). (2019). http://migrationdataportal.org/es?t=2019&i=stock_perc_female.
- McNeil, R., Guirguis-Younger, M., Dilley, L. B., Turnbull, J., Hwang, S. W. (2013). Learning to account for the social determinants of health affecting homeless persons. *Medical Education*, 47: 485-484. doi: 10.1111/medu.12132
- Mayock, P. and Sheridan, S. (2012) Migrant Women and Homelessness: Key Findings from a Biographical Study of Homeless Women in Ireland. Women and Homelessness in Ireland, Research Paper 2. Dublin: School of Social Work and Social Policy and Children's Research Centre, Trinity College Dublin. Publisher Health Service Executive (HSE) Recuperado de <http://hdl.handle.net/10147/212889>
- Mayock, Paula & Sheridan, Sarah & Parker, Sarah. (2012). Migrant Women and Homelessness: The Role of Gender-based Violence. *European Journal of Homelessness*. 6, 59-82.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moya, E. M., Chavez-Baray, S. M., Loweree, J., Mattered, B., & Martinez, N. (2017). Adults Experiencing Homelessness in the US–Mexico Border Region: A Photovoice Project. *Frontiers in Public Health*, 5, 113.
- Murillo, L. G., Ramos-Olagagasti, M. A., Mannuzza, S., Castellanos, F. X., & Klein, R. G. (2016). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and homelessness: a 33-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 931-936.
- O'Brien, A. (2018). 'Homeless' women and the problem of visibility: Australia 1900–1940. *Women's History Review*, 27(2), 135-153.



- Pacto Mundial para la Migración Segura Ordenada y Regular. (30 de julio, 2018). Naciones Unidas. Asamblea General. Marrakech, Marruecos. (10 y 11 de diciembre, 2018). Recuperado de https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/180713_agreed_outcome_global_compact_for_migration.pdf
- Phipps, M., Dalton, L., Maxwell, H., & Cleary, M. (2019). Women and homelessness, a complex multidimensional issue: findings from a scoping review. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 28(1), 1-13. doi: 10.1080/10530789.2018.1534427
- Roze, M., Vandentorren, S., Van-Der-Waerden, J., & Melchior, M. (2018). Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. *Journal of affective disorders*.
- Ruysen, I., & Salomone, S. (2018). Female migration: a way out of discrimination? *Journal of Development Economics*, 130, 224-241.
- Schiff Jeanette Waegemakers. (2015). Working With Homeless and Vulnerable People: Basic Skills and Practices. 1st Edition. Chicago, IL: Lyceum. Books.
- Teruya, C., Longshore, D., Andersen, R. M., Arangua, L., Nyamathi, A., Leake, B., & Gelberg, L. (2010). Health and Health Care Disparities among Homeless Women. *Women & Health*, 50(8), 719-736.

HOMICIDIO DE MUJERES MIGRANTES COMO INDICADOR DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CONTEXTOS FRONTERIZOS

Rosalba Jasso Vargas,¹ César Barboza Lara²

Resumen

El objetivo del artículo consiste en realizar una exploración descriptiva y espacial de los homicidios perpetrados contra mujeres migrantes en Chiapas y Guatemala. Utilizando las estadísticas de mortalidad de México y Guatemala, se estima el número de homicidios según municipio de ocurrencia. Los principales espacios de incidencia corresponden a municipios fronterizos con Guatemala y dos corredores migratorios: municipios de la región del Soconusco hacia Arriaga, y los municipios de Frontera Comalapa y La Trinitaria hacia Comitán. En territorio guatemalteco las muertes de extranjeras ocurren principalmente en la Ciudad de Guatemala y, en menor medida, por un contexto fronterizo.

Palabras clave: *feminicidio, transmigración, distribución espacial, frontera Chiapas y Guatemala.*

Introducción

El vínculo entre la salud y la migración puede abordarse desde múltiples perspectivas. Desde un enfoque de desigualdad, refleja relaciones de inequidad entre hombres y mujeres que

“naturalizan la violencia hacia las mujeres, las prácticas de discriminación étnica y los procesos de racialización de los sujetos migrantes” (ECAP *et al.*, 2016, p. 30). El objetivo de este artículo consiste en analizar la incidencia de los feminicidios de mujeres migrantes en un contexto transfronterizo mediante una exploración espacial de los homicidios hacia mujeres migrantes en Chiapas y Guatemala.

Este contexto transfronterizo se caracteriza por un incremento en los niveles de violencia ocasionado por factores políticos, sociales e históricos, particularmente en los países del norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras y El Salvador). Estas condiciones estructurales han afectado a las mujeres no solo “por el continuum de la violencia basada en género, sino porque la criminalidad organizada también replicará los mecanismos simbólicos y materiales de la violencia basada en género para someter a las mujeres migrantes” (OIM, 2016, p. 61). Esta situación se manifiesta en un incremento regional en los feminicidios, violencia sexual o desapariciones forzadas, ya que las cifras reflejan condiciones de crisis (Manjarrez, 2017).

Derivado de esta situación, la violencia vivida por las mujeres se convierte en el motivo que impulsa a las mujeres a migrar, al ser

¹ Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. El presente trabajo contó con financiamiento del Programa de Becas Posdoctorales de la UNAM.

² Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC).



población altamente vulnerable en la medida en que Honduras, Guatemala, El Salvador y México se encuentran entre los países con más feminicidios del mundo, y también los más impunes al respecto (Willers, 2016; Cortés, 2018). Según los datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020), en Chiapas, entre el 2015 y abril de 2020 ocurrieron 147 feminicidios, mientras que la Federación Internacional por los Derechos Humanos (2006) posicionó a ese estado en el séptimo lugar por el número de mujeres muertas de manera violenta. Respecto a Guatemala, la evidencia muestra que se ubica en el tercer lugar en América Latina en el número de asesinatos de mujeres, por debajo de Jamaica y El Salvador, con una tasa de feminicidio de 9.1 y un total de 846 muertes en 2014 (Caballero, 2018).

Este estudio es relevante para los países involucrados porque contribuye a ampliar el conocimiento sobre la dinámica espacial de los feminicidios en la región, así como a proponer hipótesis sobre el impacto que tiene en las mujeres residir o transitar por un espacio fronterizo especialmente vulnerable y peligroso. Para cumplir el objetivo propuesto, este trabajo se divide en cuatro secciones: la primera presenta los antecedentes generales del problema; la segunda parte explica la metodología propuesta, mientras que el tercer apartado desarrolla los resultados obtenidos. El artículo cierra con las conclusiones generales del estudio.

Antecedentes

La incidencia de los feminicidios en la región de Chiapas/Guatemala obedece a una serie de factores, aunque, para efectos de esta investigación se destaca cómo la violencia de género y el contexto de violencia estructural vigente en la región pueden ser las principales condiciones que han permitido que las mujeres migrantes continúen sufriendo los estragos de este delito.

Son múltiples los estudios que vinculan el entorno de violencia hacia la mujer desde un

punto de vista del género y su impacto en la migración. La Organización Internacional para las Migraciones (2016) afirma que un feminicidio es una de las formas más extremas de violencia realizada por motivos de género, mientras que un estudio del Fondo Centroamericano de Mujeres (2018, p. 35) parte de que el género sí afecta todos los ámbitos de la experiencia migratoria, ya que “el ser mujer influye sobre los motivos para migrar, la decisión de quién migra, las redes sociales empleadas para hacerlo, las experiencias de integración e inserción laboral en el país de destino, y las relaciones que se mantienen con el país de origen”. Este contexto indica una fuerte relación entre el género y la migración, lo que repercute en distintos ámbitos de la vida de las mujeres que deciden abandonar su lugar de origen.

Un punto de vista adicional lo expresa Cortés (2018, p. 52), cuando argumenta que “el espacio migratorio fronterizo, como cualquier régimen atravesado y construido sobre las relaciones de poder, contribuye y sustenta el orden de género contextualizando las relaciones de poder entre mujeres y hombres”, lo que impulsa muchas veces la decisión de migrar.

Las causas por las cuales se ha señalado que las mujeres migran tienen que ver con la situación de violencia que sufren en su entorno inmediato. Taracena (2017) expresa que esta violencia es resultado de una cultura eminentemente patriarcal, y que en 2016 hubo más de 59 mil denuncias por violencia contra la mujer, mientras que Bosch (2009) señala, incluso, que la violencia de género en Guatemala es endémica a sus comunidades. Por este motivo es que las mujeres son un grupo poblacional especialmente vulnerable en un contexto de alta migración, como lo es la zona de Chiapas y los países de Centroamérica.

Sobre los datos vigentes que analizan el problema, la conclusión general de la mayoría de los estudios señalan un incremento en el número de feminicidios, lo cual se refleja en cifras alarmantes: de 2011 al 2018 ocurrieron más

de 300 en Chiapas, y 50 de ellos fueron a niñas y adolescentes de entre 3 y 18 años, aunque no se contabilizan las mujeres detenidas en procesos migratorios (Comité CEDAW, 2018). Este mismo informe resalta una situación, que también es preocupante, cuando afirma que no existe un “registro confiable de los feminicidios ocurridos, se usan proxi las defunciones femeninas con presunción de homicidio. Esto se ejemplifica de manera específica en la región Istmo-Costa, una de las principales rutas de tránsito de personas en situación de movilidad” (Comité CEDAW, 2018). Finalmente, un reporte de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (2013) indica que, en Guatemala, la situación no es muy distinta, ya que en el país se somete a las víctimas de feminicidio a un proceso de revictimización y falta de respuesta institucional.

Metodología

Con el propósito de explorar los homicidios de mujeres en el contexto fronterizo de México-Guatemala e identificar los principales espacios de mayor incidencia se desarrollaron dos ejercicios empíricos. El primero consistió en un análisis descriptivo de los homicidios en Chiapas y Guatemala por grandes grupos de edad y método empleado según nacionalidad. En el segundo ejercicio se estimó el número de homicidios de mujeres según nacionalidad y municipio de ocurrencia.

Las cifras se basan en las estadísticas de muerte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) de México y el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala. Además, se emplearon las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (Conapo) y del Sistema de Información Gerencial de Salud (Sigs) para la estimación de población femenina mexicana y guatemalteca respectivamente. Los periodos analizados en ambos contextos difieren debido a la posibilidad de cada fuente de información. Se dio prioridad a abarcar la mayor

cantidad de años de cobertura en ambos espacios de análisis. En Chiapas se tomaron todos los homicidios que ocurrieron entre 2000 y 2018 y en Guatemala entre 2010 y 2018.

Para la identificación de los homicidios se utilizó la codificación de la causa básica CIE-10 en el rango de X85-Y09 y no se incluye las secuelas (Y871). Con base en este código también se identificó el método empleado con los primeros tres caracteres: X93-X97 representan “Armas de fuego, material explosivo o fuego”; X99-Y00 “Armas cortantes y contundentes”; X85-X90 y X98 “Productos químicos, gases, drogas, objetos calientes”; X91, X92, Y01-Y04, Y08 “Ahorcamiento o ahogamiento, empujón o fuerza corporal u otro medio”; Y05 “Agresión sexual”; Y06-Y07 “Negligencia, abandono o maltrato”; Y09 “Medios no especificados”.

Los homicidios se analizan según nacionalidad. Para Guatemala la desagregación de la información es como sigue: “guatemalteca”, “salvadoreña”, “hondureña”, “otra nacionalidad” y “desconocida”. En Chiapas, las categorías corresponden a mujeres “mexicana”, “extranjera” y nacionalidad “desconocida”; sin lograr desagregar la categoría de extranjera, dificultad que se encontró desde las bases de datos que proporciona el Inegi. Las bases de datos de defunciones de Guatemala tienen la ventaja de ofrecer información por país de residencia y país de nacimiento a partir de 2012; estas variables no fueron analizadas con el fin de incluir los homicidios del año 2010 y 2011.

Al contar con las proyecciones de población en ambos contextos se presentan tanto los datos absolutos como las tasas por grupos de edad para la población mexicana en Chiapas, y guatemalteca que falleció en Guatemala. Las tasas anualizadas se calcularon por medio del cociente de los homicidios de mujeres entre la multiplicación de la población a mitad de periodo por la longitud de tiempo analizado; este cociente además es multiplicado por un millón. Así las tasas representan el número de homicidios



de mujeres por cada millón de años-persona vividos. No se obtuvieron las tasas para las mujeres migrantes debido a que no se contaba con una estimación de la población expuesta al riesgo: población inmigrante y flujos migratorios.

Resultados, discusión y análisis

El espacio fronterizo entre México y Guatemala como unidad de análisis presenta múltiples retos para comprender de manera integral las distintas dinámicas migratorias y los actores que intervienen en el proceso. Para el caso de las mujeres migrantes, los desafíos se multiplican aún más cuando el objetivo es visibilizar un problema con fuerte arraigo social e histórico, como la violencia hacia las mujeres. A partir de esta idea, se comparte el argumento formulado por Cortés (2018, p. 40), cuando afirma que es fundamental “plantear y aplicar un análisis fronterizo feminista que combine un modo híbrido de conciencia que desafía a los investigadores a repensar nuevas formas de conocer y ser y que interrogue, a la vez, los múltiples significados de las fronteras”. Este análisis se debe realizar profundizando en la forma en que se ha construido lo que es femenino o masculino, y la manera en que impacta en la definición de la violencia doméstica o, dicho en palabras de Silva (2012, p. 128), “la noción de lo femenino y lo masculino trasciende el ámbito de la desigualdad institucionalizada que hace impune el feminicidio y las prácticas de violencia diarias”.

Esta sección presenta los principales resultados obtenidos a partir del análisis de los datos disponibles en ambos países. En primer lugar, tanto la entidad de Chiapas como Guatemala presentan un nivel importante de subregistro en las fuentes estadísticas y, en particular, en la medición del feminicidio. A pesar de su deficiente nivel de cobertura, las estadísticas vitales son el principal recurso de información para el análisis cuantitativo del fenómeno. En este sentido, las cifras aquí mostradas representan solo el pináculo del problema de violencia contra las

mujeres y en particular del feminicidio. Debido a esta desventaja se agregaron nueve años de ocurrencia para Guatemala y 19 años para Chiapas. El nivel de cobertura para la población migrante en tránsito tiene mayores dificultades si se considera que algunos viajan sin poseer alguna documentación que los identifique.

En este apartado se analizan dos principales variables: el grupo de edad y el método empleado según nacionalidad (véase cuadro 1). El grupo de edad con mayor número de defunciones corresponde al grupo de 25 a 44 años en Guatemala, mientras que en México son las mujeres entre 15 a 24 años. Al comparar las tasas anualizadas de homicidios por edad, la tasa más alta en Guatemala concierne al grupo de 25 a 44 años de edad. En Chiapas, la tasa más alta corresponde a las mujeres mayores a los 65 años de edad y le sigue muy de cerca el grupo de 15 a 24 años de edad. En todos los grupos de edad las tasas anualizadas de Guatemala son por demás superiores a las tasas de Chiapas; no obstante, cada una refiere a periodos diferentes.

Resulta preocupante la alta incidencia de homicidio de mujeres en ambos contextos, pero principalmente en Guatemala. Al respecto, se ha documentado que una cantidad importante de las mujeres asesinadas en Guatemala eran de condición social pobre y laboraban por salarios muy bajos en comercios, en casas particulares o en algunas fábricas, y algunas eran trabajadoras migrantes de países centroamericanos vecinos (Federación Internacional por los Derechos Humanos, 2006).

Otra principal diferencia entre Chiapas y Guatemala es el medio empleado para el asesinato. Mientras en Chiapas la mayor proporción de muertes se da por armas cortantes y ahorcamiento, en Guatemala ocurre principalmente con un arma de fuego y en seguida por armas cortantes o contundentes. Esto podría abrir algunas hipótesis sobre si los homicidios en Guatemala están mayormente vinculados con la violencia imperante en las calles y si en Chiapas

se relaciona principalmente a la violencia intrafamiliar. Para ello convendría analizar el sitio de ocurrencia, el ‘espacio físico donde tuvo lugar el hecho vital’, cuyas categorías difieren en ambos contextos. Para una mejor correspondencia entre ambas fuentes convendría rescatar el lugar de ocurrencia a partir del cuarto dígito de la CIE-10; no obstante, una proporción relevante de casos aparecen como lugar “no especificado”.

En las bases de datos del Inegi se incluyen también las variables de ‘condición de violencia intrafamiliar’ y ‘parentesco del presunto agresor’; no obstante, la alta proporción de casos en la categoría de ‘se ignora’ las hacen poco útiles para el análisis de los homicidios derivados de violencia intrafamiliar. De ahí que el reclamo desde distintos ámbitos, como el académico y el social, es la generación de registros con perspectiva de género.

En relación a los homicidios de mujeres migrantes, por un lado, en Chiapas ocurrieron 55 defunciones a lo largo de 19 años; mientras que en Guatemala ocurrieron 155 muertes en un periodo de nueve años. Las principales mujeres afectadas en Guatemala provenían de El Salvador y en seguida de Honduras; con un perfil de edad joven entre 15 y 44 años de edad y su deceso fue perpetrado esencialmente con un arma de fuego (véase cuadro 1). El perfil de edad en Chiapas también es joven, entre 15 y 44 años de edad y el método empleado es en primer lugar con armas cortantes, después arma de fuego y ahorcamiento. Aunque el número de casos es muy limitado en las fuentes empleadas, conviene observar la distribución espacial de los homicidios en Chiapas y Guatemala e indagar si existe un mayor peligro en contextos fronterizos.

Cuadro 1. Homicidios de mujeres por grupo de edad y método empleado según nacionalidad, Guatemala 2009-2018 y Chiapas 2000-2018

Guatemala 2010-2018							
	Grupo de edad						Total
	Menor a 15	De 15 a 24	De 25 a 44	De 45 a 64	65 y más	No identificada	
Guatemalteca	288	1 428	1 843	729	260	27	4 575
Salvadoreña	0	13	34	18	3	1	69
Hondureña	1	13	21	2	1	1	39
Otra	3	11	26	5	1	1	47
Desconocida	7	52	45	4	3	55	166
Total	299	1 517	1 969	758	268	85	4 896
Proporción	6.1	31.0	40.2	15.5	5.5	1.7	100
	Método empleado						
	Arma de fuego	Armas cortantes	Productos químicos	Ahorcamiento	Agresión sexual	Abandono, maltrato	No especificado
Guatemalteca	3 300	452	20	338	1	157	307
Salvadoreña	49	11	0	5	0	1	3
Hondureña	32	3	0	1	0	0	3
Otra	36	4	0	2	0	1	4
Desconocida	70	30	0	38	0	12	16
Total	3 487	500	20	384	1	171	333
Proporción	71.2	10.2	0.4	7.8	0.0	3.5	6.8

Continúa...

Cuadro 1. Homicidios de mujeres por grupo de edad y método empleado según nacionalidad, Guatemala 2009-2018 y Chiapas 2000-2018**Chiapas, México 2000-2018**

	Grupo de edad						Total
	Menor a 15	De 15 a 24	De 25 a 44	De 45 a 64	65 y más	No identificada	
Mexicana	112	314	240	142	78	29	915
Extranjera	4	28	16	5	1	1	55
Desconocida	0	1	4	2	0	1	8
Total	116	343	260	149	79	31	978
Proporción	11.86	35.07	26.58	15.24	8.08	3.17	100.00

	Método empleado						
	Arma de fuego	Armas cortantes	Productos químicos	Ahorcamiento	Agresión sexual	Abandono, maltrato	No especificado
Mexicana	217	248	43	242	5	7	153
Extranjera	15	26	0	9	0	0	5
Desconocida	1	2	0	4	0	0	1
Total	233	276	43	255	5	7	159
Proporción	23.82	28.22	4.40	26.07	0.51	0.72	16.26

Tasa anualizada por millón	Grupo de edad				
	Menor a 15	De 15 a 24	De 25 a 44	De 45 a 64	65 y más
Chiapas, México 2000-2018	6.7	33.6	18.9	23.6	35.8
Guatemala 2010-2018	10.3	97.6	99.5	88.4	75.9

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas de mortalidad Inegi, Chiapas, México 2000-2018; Estadísticas de mortalidad INE, Guatemala, 2012-2018; Población femenina a mitad del año 2009 en Chiapas de las Proyecciones de Población de Conapo 2015-2050; Población femenina al 30 de junio del 2014 de las Proyecciones de Población de Guatemala Sigsa 2014-2020.

Principales espacios de incidencia de homicidios de mujeres migrantes

El principal espacio de muertes de mujeres migrantes en Chiapas corresponde al municipio de Tapachula, el cual registra 19 muertes durante el periodo de 2000 al 2018 (Incidencia alta); diez de ellos perpetrados con armas cortantes, cuatro con arma de fuego, cuatro por ahorcamiento y uno con arma desconocida. El siguiente municipio a destacar es Suchiate (5 decesos) que es uno de los principales puntos fronterizos entre México y Guatemala (véase Mapa 1).

Con una incidencia moderada (entre 3 a 9 decesos) resaltan los municipios de La Trinitaria,

Frontera Comalapa y Comitán de Domínguez que forman parte del corredor migratorio central hacia Tuxtla Gutiérrez. De incidencia baja (uno o dos decesos) se encuentran algunos municipios del corredor migratorio de Tapachula hacia Arriaga: Tonalá, Mapastepec, Acapetahua y Mazatán. De incidencia baja y sobre el corredor central se ubican los municipios de Venustiano Carranza y San Cristóbal de las Casas.

El corredor migratorio del Benemérito de las Américas hacia Palenque parece ser la ruta menos peligrosa para las mujeres migrantes pues exhibe dos muertes en Marqués de Comillas y dos muertes en Palenque. Es importante recordar que los registros de homicidio no

cubren la totalidad de decesos y representan solo la punta del iceberg de los abusos cometidos contra las mujeres.

En la mayoría de los municipios en Chiapas no existen registros de homicidios de mujeres migrantes y los registros resaltan dos principales corredores migratorios 1) municipios de la región del Soconusco desde Ciudad Hidalgo hasta Arriaga y 2) los municipios de Frontera Comalapa y La Trinitaria hacia Comitán. En menor medida aparece el corredor de Benemérito de las Américas hacia Palenque. Los resultados parecen congruentes con los principales espacios utilizados por mujeres en las actividades económicas y a las rutas de tránsito hacia Estados Unidos.

En relación con los homicidios cometidos en Guatemala, en los municipios colindantes con México se observa una incidencia baja del municipio de Malacatán en el departamento San Marcos (dos decesos) y en los municipios de La Libertad y San Andrés, en el departamento del Petén (con un deceso cada uno)(véase el mapa 1); en correspondencia a una de las principales rutas de hondureños a través de El Ceibo, en el departamento de Petén, para ingresar a México por Tenosique, Tabasco.

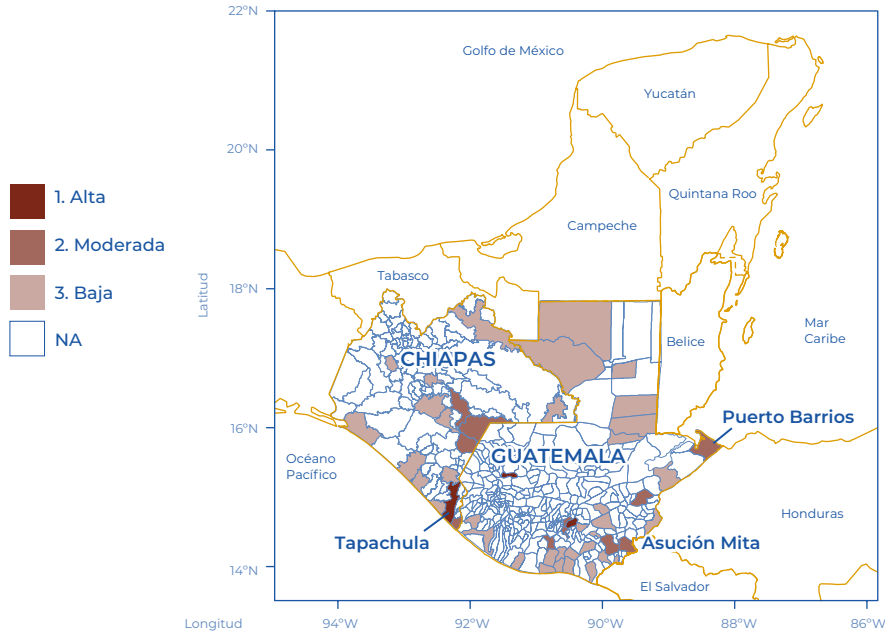
Sobre los municipios cercanos a la frontera con El Salvador se encuentra Asunción Mita con cuatro decesos y Jutiapa con tres decesos (véase el mapa 1). En el otro extremo colindante con Honduras, se destaca el municipio de Puerto Barrios, cercano una de las ciudades más importantes de Honduras, San

Pedro Sula, con seis decesos durante el periodo del 2010 al 2018. Lo cual concuerda con uno de los principales cruces fronterizos entre Honduras y Guatemala.

Otros municipios no fronterizos con incidencia alta y moderada corresponden principalmente a la ciudad de Guatemala y sus alrededores, al municipio de Huehuetenango, ubicado en la región noroccidental del país en dirección hacia Frontera Comalapa, con cuatro decesos y Escuintla, con cinco decesos. La Ciudad de Guatemala y sus alrededores suman alrededor de 70 defunciones, por lo que esta zona representa el punto rojo de los homicidios cometidos contra las mujeres. En este caso, el vínculo entre migración y feminicidios podría responder a la hipótesis planteada por Landry (2011, p. 15), cuando explica que:

Frente a los estudios de género, es primordial investigar si los altos niveles de migración masculina pueden tener impacto sobre el femicidio que se está produciendo en Guatemala. Si resulta la conexión, sería interesante observar cuáles condiciones influyen esta violencia hacia las mujeres: su vulnerabilidad o su empoderamiento. En efecto, si la pérdida de protección masculina causado por la emigración del marido aumentó el nivel de violencia padecida por las mujeres o dentro de la sociedad machista guatemalteca, los hombres que se quedan en el país no aceptan esta nueva emancipación femenina que se inició gracias a estas migraciones.

Mapa 1. Muertes de mujeres migrantes por la causa de homicidio según municipio de ocurrencia, Chiapas 2000-2018 y Guatemala 2010-2018



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de mortalidad Inegi, Chiapas, México 2000-2018; estadísticas de mortalidad INE, Guatemala, 2012-2018; shapefile de México (Denue / Inegi) y shapefile de Guatemala (Sinit / Segeplan)

Nota: Alta (arriba de 19 muertes), Moderada (entre 3 y 18 muertes) y Baja (1 o 2 decesos)

Uno de los propósitos en este artículo consistía en indagar si los espacios fronterizos representan un contexto de mayor riesgo de violencia contra las mujeres; con este primer ejercicio exploratorio y las fuentes de datos disponibles no es posible sostener dicho vínculo y se requiere hacer análisis más especializados no únicamente sobre el homicidio sino de otro tipo de delitos cometidos contra las mujeres. Estos estudios deben desarrollarse necesariamente desde una perspectiva de género pues, como afirma Madueño (2010, p. 166), el género es estructural a la migración “ya que define la posición social en el país de partida, papel en la familia, falta de ingresos, libertad o no de movimiento, estigmas como el del divorcio o del sexo extramarital”, por lo que la consideración de este enfoque de análisis indudablemente contribuiría a optimizar y entender mejor las estadísticas sobre violencia hacia la mujer en la región fronteriza de Chiapas y los países del norte de Centroamérica.

Conclusión

La región fronteriza entre México y Guatemala representa un espacio dinámico en donde convergen distintos tipos de flujos migratorios; la región recibe a trabajadores diarios, temporales y permanentes (Nájera, 2013) y adicionalmente, es el paso de quienes tienen la intención de llegar a los Estados Unidos. Los lugares de paso y cruce ocurren por cientos de puntos a lo largo de toda la línea fronteriza (Castillo y Nájera, 2014), de manera que la región presenta grandes retos en materia de atención hacia la violencia en contra de las mujeres migrantes.

En primer lugar, existen prácticas asociadas al género al interior de las familias, en los países de origen y tránsito que constituyen factores para un incremento en el riesgo de muerte de las mujeres (Pickering y Cochrane, 2013). alguna de estas prácticas es que las mujeres son vistas como objetos de deseo y

satisfacción sexual, situación que puede agravarse en el contexto fronterizo y en particular con las mujeres extranjeras.

Por otra parte, la impunidad sigue presente en México y Guatemala. El feminicidio es considerado, por la antropóloga Lagarde (2011), como un crimen de Estado al silenciar y permitir la impunidad, al no ofrecer las garantías y las condiciones de seguridad a las mujeres en la comunidad, en la casa, espacios de trabajo y esparcimiento; o incluso cuando las autoridades no realizan con eficiencia sus funciones (Lagarde, 2008).

Las dinámicas migratorias de las mujeres en esta región responden, en gran medida, a los indicadores de violencia que viven diariamente tanto en la esfera pública, como en la privada, llegando al caso más extremo de violencia: el feminicidio.

El objetivo del artículo consistió en ofrecer una exploración descriptiva y espacial de los homicidios perpetrados contra mujeres migrantes en Chiapas y Guatemala. El propósito de la exploración descriptiva fue identificar los grupos de edad donde ocurren la mayoría de homicidios y los métodos empleados en los dos contextos: Chiapas y Guatemala. A partir de ellos se identificó que mientras los instrumentos mayormente empleados en Chiapas son las armas cortantes; en Guatemala son las armas de fuego tanto para las mujeres locales como las migrantes.

Los homicidios de mujeres ocurrieron a una edad temprana en términos proporcionales para ambos grupos poblacionales (locales y migrantes), pero adicionalmente se identificó que la tasa más alta de homicidio para las mujeres mexicanas corresponde al grupo de edad de 65 años y más. Este hecho puede estar vinculado con la violencia que se vive en casa y que ha afectado desproporcionalmente a personas adultas mayores, las cuales son asesinadas brutalmente con el uso de fuerza corporal y asfixia (Data Cívica & CIDE, 2019).

De la exploración espacial se buscaba sugerir cómo algunos municipios representan

un espacio de mayor violencia contra las mujeres migrantes, principalmente en los contextos fronterizos. Si bien el número de muertes reportado por las fuentes empleadas son escasas y presumiblemente subestimadas, los espacios identificados con cierta incidencia sugieren un vínculo entre las muertes por homicidios y los principales corredores migratorios y cruces fronterizos. Contrario a lo esperado, las muertes registradas no se acumulan a lo largo de las fronteras, sino que se extienden también a los corredores migratorios, sugiriendo la extensión de vulnerabilidad a riesgos no limitados a los contextos fronterizos.

Es importante aclarar que las defunciones de nacionalidad extranjera podrían corresponder tanto a inmigrantes, migrantes transfronterizos y migrantes en tránsito; de manera que, queda por explorar si los riesgos afrontados son diferenciados en estos grupos poblacionales. Mientras las bases de datos de Guatemala incluyen variables como la nacionalidad, país de residencia y país de nacimiento, las bases de México son más limitadas y únicamente permiten identificar a los extranjeros englobando a quiénes residían en algún país latinoamericano sin especificar el país de procedencia. Otro análisis pendiente es verificar si el feminicidio de mujeres extranjeras guarda vínculos espaciales y de otra índole con los feminicidios de las locales, con la violencia que también enfrentan hombres migrantes en las mismas rutas migratorias y con la violencia armada característica de ciertos espacios.

Diversos estudios han puntualizado la dificultad de medir o realizar una aproximación cuantitativa sobre el feminicidio (Cladem, 2008). E incluso con los datos disponibles es muy difícil identificar qué homicidios corresponden a feminicidios; de manera que, en su estudio frecuentemente se opta —como hemos hecho en este documento— por utilizar los homicidios en su lugar. No obstante, un Estado con información poco clara sobre la magnitud del fenómeno



no puede cumplir con su obligación de prevención de esta violencia extrema contra las mujeres (Toledo, 2009; Vásquez, 2015).

A raíz de estas conclusiones, se proponen algunas recomendaciones en materia de política pública con el objetivo de comprender mejor las dinámicas que ocurren en este territorio fronterizo. En primer lugar, es necesario abocar esfuerzos institucionales para generar instrumentos más confiables y amplios que detecten el tipo de feminicidio que ocurre en un contexto fronterizo. Olamendi (2016) propone una tipología de la que desprendemos solo algunos conceptos:

Íntimo: es la muerte de una mujer cometida por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación o vínculo íntimo; **No íntimo:** es la muerte de una mujer cometida por un hombre desconocido con quien la víctima no tenía ningún tipo de relación; **Infantil:** es la muerte de una niña menor de 14 años de edad cometida por un hombre en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder que le otorga su situación adulta sobre la minoría de edad de la niña; **Familiar:** es la muerte de una mujer en el contexto de una relación de parentesco entre la víctima y el victimario; **Sexual sistémico desorganizado:** la muerte de las mujeres está acompañada por el secuestro, la tortura y/o la violación; **Sexual sistémico organizado:** en estos casos los sujetos activos pueden actuar como una red organizada de feminicidas sexuales; **Por**

prostitución o por ocupaciones estigmatizadas: muerte de una mujer que ejerce la prostitución y/u otra ocupación cometida por uno o varios hombres; **Por trata:** muerte de mujeres producida en una situación de trata de personas; **Por tráfico:** muerte de mujeres producida en una situación de tráfico de migrantes.

Este marco conceptual podría generar un análisis más amplio que derive en la formulación de hipótesis sobre qué tipo de feminicidio ocurre en este contexto transfronterizo.

En segundo lugar, también es de suma importancia mejorar los esquemas de información hacia las mujeres en términos de los esquemas de protección legal ante situaciones de violencia. En ocasiones las mujeres desconocen los instrumentos legales que tienen a la mano en caso de sufrir algún tipo de violencia, por lo que, al impulsar una campaña de difusión de información, podría repercutir en la disminución de los niveles de violencia hacia las mujeres. Tercero, al tratarse de un grupo heterogéneo, que puede ser segmentado por edad (niñas, adolescentes, adultas, tercera edad) y/o por condición de migración (migrante, migrante en tránsito, no migrante), es fundamental establecer mecanismos de atención diferenciada para cada conjunto de población, y de las familias que son víctimas de los feminicidios. Finalmente, también es vital ampliar los estudios relativos a la ocurrencia de feminicidios en la región, mediante una coordinación binacional que atienda la gravedad del problema.

Referencias bibliográficas

- Bosch, M. (2009). Invisibilidades dolorosas. Una mirada sobre la percepción de la violencia de género en una comunidad de Guatemala. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 7(2), 69-86.
- Castillo, Manuel Ángel y Jessica Nájera (2014). México como país de origen, tránsito y destino de migrantes, una revisión a partir de la EMIF NORTE y la EMIF SUR, en *Consejo Nacional de Población y Unidad Política Migratoria, 20 años de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México*, Conapo/Unidad Política Migratoria, Secretaría de Gobernación, pp. 17-35.
- Cladem. (2008). *Investigación. Femicidio: monitoreo sobre feminicidio/femicidio en Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú y República Dominicana*. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM.
- Caballero, D. (2018). Ecos del enfrentamiento armado guatemalteco veinte años después del conflicto. El arraigo de la violencia. *LiminaR*, 26(1), 150-168.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (2013). *Guatemala: situación de las mujeres. Femicidio*. Madrid, Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Recuperado de <https://boletinderechoshumanos.files.wordpress.com/2014/07/guatemala-2013-femicidio.pdf>
- Comité de la CEDAW (2018). *La situación de las mujeres en Chiapas en el marco de la Declaratoria de Alerta de Violencia de Género*. Recuperado de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MEX/INT_CEDAW_NGO_MEX_31412_S.pdf
- Cortés, A. (2018). Violencia de género y frontera: migrantes centroamericanas en México hacia los EEUU. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 105, 39-60. doi: <http://doi.org/10.18352/er-lacs.10321>.
- Data Cívica, & CIDE. (2019). *Claves para entender y prevenir los asesinatos de mujeres en México*. ECAP – Equipo de Estudios Comunitarios de Acción Psicosocial, Voces Mesoamericanas Acción con los Pueblos Migrantes A.C., Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova A.C. (2016). Estado del arte. Investigación. Violencia contra las mujeres en contextos de migración. Recuperado de <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/55953/IDL-55953.pdf>
- Federación Internacional por los Derechos Humanos (2006). *Informe. Misión Internacional de Investigación. El feminicidio en México y Guatemala*. París: Federación Internacional de los Derechos Humanos. Recuperado de: https://www.fidh.org/IMG/pdf/mx_gt446e.pdf
- Fondo Centroamericano de Mujeres (2018). *Realidad migratoria interregional de niñas, adolescentes y mujeres jóvenes*. Managua: Fondo Centroamericano de Mujeres.
- Landry, V. (2011). Migración y cambios sociales en Guatemala: Familia transnacional y mujer". *Revista Sociedad y Equidad*, No. 1, 1-8. doi: 10.5354/0718-9990.2011.10603
- Lagarde, M (2008). Antropología, feminismo y política: Violencia feminicida y derechos



- humanos de las mujeres. En Margaret Bullen y Carmen Diez Mintegui (coords.), *Retos teóricos y nuevas prácticas* (pp. 209-239). Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia: Ankulegi, Antropologia Elkartea.
- Lagarde, M. (2011). Prefacio: claves feministas en torno al feminicidio. Construcción teórica, política y jurídica. In R. L. Fregoso (Coord.), *Feminicidio en América Latina. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades*: UNAM.
- Madueño, N. (2010). El Impacto de la variable de género en la migración Honduras-México: el caso de las hondureñas en Frontera Comalapa. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 8(2), 165-181.
- Manjarrez, J. (2017). La violencia de género en los países del triángulo norte centroamericano, México y Puebla. En A. Cortés y J. Manjarrez (coords.), *Mujeres, migración centroamericana y violencia: un diagnóstico para el caso de Puebla* (pp. 47-52). Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Nájera, J. N. (2013). Los trabajadores migrantes y sus familiares en la frontera México-Guatemala. *Letras Migratorias*, 1-10.
- Olamendi, P. (2016). *Feminicidio en México*. Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Organización Internacional de las Migraciones (2016). Factores de riesgo y necesidades de atención para las mujeres migrantes en Centroamérica. Estudio de actualización sobre la situación de la violencia contra las mujeres migrantes en la ruta migratoria en Centroamérica. El Salvador: Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana.
- Pickering, S., & Cochrane, B. (2013). Irregular border-crossing deaths and gender: Where, how and why women die crossing borders. *Theoretical Criminology*, 17(1), 27-48. <https://doi.org/10.1177/1362480612464510>
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020). Datos abiertos de incidencia delictiva. Recuperado de: <https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/datos-abiertos-de-incidencia-delictiva>
- Silva, E. (2012). Retos para mujeres inmigrantes sobrevivientes de violencia doméstica en nuevos destinos migratorios en Estados Unidos. *Migraciones Internacionales*, 6(3), 109-138.
- Taracena, D. (2017). Atención integral a mujeres víctimas de violencia durante el proceso judicial penal en Guatemala. En G. Guajardo y V. Cenitagoya (eds.), *Feminicidio y suicidio de mujeres por razones de género. Desafíos y aprendizajes en la cooperación sur-sur en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Vázquez, A. (2015). Feminicidio en Chile, más que un problema de clasificación. *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 17, 36-47.
- Willers, S. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica*, 31(89), 163-195.

MENTE SANA EN... ¿CUERPO SANO?: LA POBLACIÓN MIGRANTE CALIFICADA MEXICANA EN ESTADOS UNIDOS Y LA CONSECUCCIÓN DE SU ACCESO A LA SALUD

Miguel Amaro¹

Resumen

La migración de la *población calificada mexicana*, entendida ésta como aquella que cuenta con al menos el nivel de licenciatura concluido, ha sido equiparada a una migración de élite o privilegiada que viaja por el mundo ofertando su trabajo al mejor postor; esto ha relegado su estudio y dejado fuera de las discusiones su participación en los principales fenómenos y dinámicas poblacionales. El presente trabajo muestra las características particulares de la población migrante calificada mexicana en Estados Unidos, a la vez que analiza los factores asociados a la no consecución de su acceso a la salud en aras de contribuir a la generación de conocimiento en este campo no explorado.

Palabras clave: *migración calificada, acceso a la salud, migración calificada y salud, condición del trabajo calificado.*

Introducción

La migración de hombres y mujeres calificados de México a los Estados Unidos (EE. UU.) tiene una tendencia creciente finisecular sostenida cuya directriz llevó a sextuplicar la población con educación terciaria, nacida en México, que

reside en los Estados Unidos de 1990 a 2015. En este sentido, se calcula que más de un millón de hombres y mujeres con al menos la licenciatura terminada migraron fuera de México en los últimos años, de los cuales cerca de más de la mitad habrían elegido Estados Unidos como destino (Lozano & Gandini, 2009; Tuirán & Ávila, 2013, Amaro, 2016). La génesis de esta tendencia adquiere sus bases en tres acontecimientos: uno atribuido al destino que versa sobre la demanda de mano de obra calificada de los Estados Unidos (Aragonés & Salgado, 2014), otro al origen que alude al incremento sostenido de la matrícula escolar mexicana durante, al menos, los últimos 30 años (Salgado, 2005; Gandini & Lozano, 2012) y, un último, en el que convergen ambos encarnado por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (Tlcan), con el que se previó la apertura del cruce fronterizo para especialistas en áreas científicas y tecnológicas (Pellegrino, 2001; Didou, 2004; Cruz & Ruiz, 2010).

Sin embargo, los estudios sobre esta cara de la migración internacional son hasta ahora insuficientes y concentrados en los aspectos laborales, dejando de lado procesos y dinámicas poblacionales de suma importancia, como el acceso a la salud, y suponiendo a esta población como una élite que se desplaza por el mundo a razón de las oportunidades laborales

¹ El Colegio de México.

y económicas, vendiendo su trabajo al mejor postor (Salazar-Marroquín, 2015). Esta invisibilización y falta de interés por los procesos y dinámicas propios de la migración calificada han provocado un desconocimiento del cúmulo de vicisitudes que sortean estos migrantes tanto en el contexto de origen como en el de destino. Por otra parte, si bien este autor toma distancia del concepto de fuga de cerebros y la carga teórica negativa que supone para el migrante, se reconoce que cada uno de los hombres y mujeres calificados que migran de México a Estados Unidos conllevan una inversión en instrucción escolar y salud por parte del Estado mexicano.

En este orden de ideas, el objetivo central de esta investigación es analizar los factores asociados a la no consecución de un seguro médico por parte de los hombres y mujeres migrantes calificados de México residentes en Estados Unidos. Lo anterior en aras de contribuir al conocimiento sobre el acceso a la salud de esta población, partiendo de la hipótesis de que este logro de la población migrante calificada no solo está condicionado por los constreñimientos estructurales propios del contexto de destino en el ámbito de la salud, sino por las características de distintos ámbitos de la vida de las personas, así como la interseccionalidad entre las mismas. Ya que contar con un alto nivel de instrucción escolar como principal activo diferencial de la migración tradicional no los exime de las distintas dinámicas poblacionales.

El capítulo se encuentra organizado en cuatro apartados, además de esta introducción. En el primer apartado se suministra un panorama sucinto del estado de los estudios sobre migración calificada y salud. Posteriormente, se expone la estrategia metodológica y analítica en la que se sustenta el presente estudio. En el tercer apartado se realiza un análisis estadístico inferencial sobre los factores asociados a la no consecución de un seguro médico por parte de la población migrante calificada. Por último, se presentan las principales conclusiones del

estudio, así como algunas recomendaciones en materia de política pública y agenda académica.

Antecedentes

El estudio del nexo entre la migración y la salud cuenta con una vasta tradición literaria, desde el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud (Davies, Mosca & Frattini, 2009) diversos abordajes teóricos y empíricos han sido profundizados, como el de la llamada paradoja hispana (Markides & Coreil, 1986; Markides & Eschbach, 2005; Conapo, 2005), la vulnerabilidad social (Salgado *et al.*, 2007), o la vinculación transfronteriza de políticas de salud México–Estados Unidos (Castañeda, 2007) y el desarrollo de perspectivas binacionales (Escobar *et al.*, 2013) para el estudio del caso particular de iniciativas que unen a México y Estados Unidos en el tema (Castañeda & Zavella; 2005; Vargas *et al.*, 2012). Sin embargo, el análisis del vínculo migración y salud se mantiene insuficiente para algunos grupos poblacionales como los migrantes calificados o incluso para ciertas dinámicas como la manera en la que la migración internacional influye en la toma de decisiones de salud pública (Cabieses, Gálvez & Ajraz, 2018) o viceversa.

Tres son las principales razones a las que se le puede adjudicar la disociación en el estudio de la migración calificada y la salud; la primera de ellas es el concepto *fuga de cerebros* (*brain drain*) con el que esta arista de la migración comenzó a ser estudiada, que aludía a la salida vertiginosa de población con instrucción escolar alta y dedicada a las áreas de la salud en el Reino Unido hacia Estados Unidos (Myint, 1968; Shinn, 2002, Brandi; 2006; Tigau, 2010), lo que imprimió una carga teórica a la migración calificada y un dejo de pérdida para los contextos de origen y los migrantes que perdura hasta nuestros días (Amaro, 2016).

La segunda razón versa sobre el sesgo economicista y androcéntrico con el que la

mayoría de las teorías de alcance medio emergieron para dar explicación a la migración, cuyo poder explicativo se ha ido estancando a medida que el fenómeno avanza y se configura de distintas maneras, entre ellas la migración calificada. De esta forma, el carácter exclusivamente económico atribuido a la migración calificada —al que ya se hizo alusión en la primera parte de este trabajo— provocó que los marcos teóricos desarrollados y los estudios subsecuentes se abocaran exclusivamente al razonamiento del vínculo que estos migrantes entablan con el mercado laboral (Kōu, Bailey & Van Wissen, 2009).

Finalmente, dadas las dos razones anteriores, cuando se habla de migración calificada y salud automáticamente se remite al periplo migratorio que emprenden los trabajadores de la salud. Así, una serie de estudios sobre la, mal denominada, *fuga de cuidados (caredrain)* (Raghuram & Montiel, 2003; Dumitru, 2014) ha acaparado la atención sobre el binomio migración calificada y salud, dejando por fuera la propia salud de los migrantes, incluso de los migrantes trabajadores del área la salud.

Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto, la investigación cuenta con un enfoque cuantitativo basado en información estadística recabada a partir de la base quinquenal 2013-2017 de la *American Community Survey (ACS)*, obtenida del *Minnesota Population Center*, en específico en *Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS)*, de ahí que algunos resultados se deban interpretar como una situación promedio de ese periodo. El universo de este trabajo lo conforman hombres y mujeres de 25 a 65 años de edad¹ na-

¹ El rango de edad entre 25 y 65 años obedece a dos criterios extendidos en la literatura sobre educación y mercado laboral; el límite inferior versa sobre el supuesto de que la población ya ha "estado expuesta" a la edad en que normativamente se concluye la licenciatura, nivel mínimo necesario para que sea considerada como "calificada" en esta investigación; y el segundo límite obedece a la edad de retiro del mercado laboral, que permite no generar distorsiones operativas debido a la ausencia de efectivos en las edades avanzadas. Se reco-

cidos en México residentes en los Estados Unidos de América y que cuentan con un nivel de instrucción escolar terciario².

Al desarrollar el análisis en un momento determinado del tiempo se plantea un estudio sincrónico o de corte transversal, que se desarrolla en dos etapas: una de carácter descriptivo y otra de carácter explicativo. La primera de ellas se vale de las poblaciones de nativos y migrantes calificados de otros lugares de nacimientos como poblaciones de referencia a fin de vislumbrar las particularidades o semejanzas de la población calificada nacida en México, al tiempo que se contrastan las condiciones de hombres y mujeres para apuntalar algunos rasgos atribuidos a los roles de género de estos migrantes. A la postre, se aplica un modelo de regresión logística binomial que evalúa variables de diversos ámbitos de la vida (socio-demográfico, capital humano, características de residencia, familiares, de hogar, y laborales) e identifica la asociación que éstas mantienen con la no consecución de un seguro médico por parte de los migrantes calificados controlando el efecto de los demás factores asociados que intervienen en dicho fenómeno.

Análisis, resultados y discusión

Con el fin de poner en perspectiva el lugar que ocupa el contingente de población migrante calificada dentro de la población de los Estados Unidos, el cuadro 1 plasma de manera esquemática todos los niveles de desagregación por características de interés para llegar a la población objeto de este estudio. Se observa que, en términos absolutos, la población nacida en México es la más numerosa dentro de la población migrante, pues representa más de 25 por

noce que, aunque son edades normativas no todos cumplen cabalmente, sin embargo, la gran mayoría se condensa dentro de este rango de edad, lo que permite tener cierto control sobre la población objetivo.

² Educación terciaria² es una denominación que alude a la última etapa de la instrucción escolar, en México es utilizada para la formación académica que se imparte después del bachillerato o la preparatoria, es decir licenciatura y posgrado (maestría y doctorado).



ciento, situación que se incrementa cuando nos centramos en el rango de edad entre 25 y 65 años hasta alcanzar el 30 por ciento. Por otra parte, al observar las proporciones de la población calificada, la situación se invierte para el caso de México, siendo el continente asiático (53.8%) el que cuenta con una ventaja relativa por sobre los otros grupos, esto se debe al peso de India, China y Filipinas en este tipo migración, ya que ocupan los primeros lugares dentro del ranking de población calificada residente en Estados Unidos (Arvizu, 2012, Amaro, 2016). Destaca el componente femenino de esta migración que como se observa supera en todos los casos las proporciones de los hombres. Asimismo, cabe señalar que la importancia del estudio de la migración calificada no radica en el volumen de su stock sino en el potencial heurístico que proporciona el estudiarla desde el nivel individual.

Por último, se observa que 41.5 por ciento de los mexicanos calificados estudiaron al menos la licenciatura en México; esta aproximación al lugar de realización de estudios es una variable construida de manera recurrente en los estudios sobre migración calificada; su uso en este trabajo se sustenta en la idea de que cursar la instrucción escolar terciaria en Estados Unidos facilita los mecanismos de acceso diferenciado a diversos activos, como la salud, para los migrantes calificados.

En el cuadro 2 se muestran algunas características seleccionadas de la población migrante calificada, se comparan hombres y mujeres calificados nacidos en México versus nativos estadounidenses e indios; esta última comparación responde a que el contingente indio ocupa el primer lugar en el ranking de la migración calificada en Estados Unidos, así como a sus particularidades propias de una

migración más aventajada como la que se encuentra en el imaginario de quienes conciben a la migración calificada como una migración de élite.

Resalta la concentración de la población calificada en las edades productivas y reproductivas tanto para nativos como para migrantes, siendo los nativos los que ostentan el promedio de edad más alto y los indios el más bajo. De manera general podemos observar que la población migrante nacida en México comparte algunas características con los nativos, como la propensión a la unión o la mayor concentración de la población calificada en el nivel licenciatura, así como con el contingente indio, como la presencia de hijos propios en el hogar y la participación dentro del mercado laboral estadounidense propia de una población selecta. No obstante, resaltan algunas características particulares de la migración calificada mexicana que, de cierta forma y guardando las debidas proporciones, la asemejan más a la población migrante mexicana no calificada que a la población calificada nativa y migrante.

Al respecto, se puede señalar el alto porcentaje de mujeres mexicanas calificadas con hijos menores de 5 años, rasgo que resalta por la probada influencia de los hijos menores como inhibidores de la participación de las mujeres en el mercado laboral (García & Pacheco, 2000), en las intermitencias de sus trayectorias laborales y en los tipos de empleos en los que se insertan (Amaro, 2016). En este mismo orden de ideas, las bajas proporciones de hombres y mujeres mexicanos calificados con posgrado aunado a la baja proporción de pertenencia a disciplinas académicas relacionadas con el *Science, Technology, Engineering and Mathematics* (STEM) los posicionan como los menos calificados dentro de los migrantes calificados (Amaro, 2016).

Cuadro 1. Población residente en los Estados Unidos de América, por edad, nivel educativo y sexo, según lugar de nacimiento: 2013-2017

POBLACIÓN	Migrantes															
	Total general	%	Nativos	%	Total de migrantes	%	Mexicanos	%	ALYC	%	Europa	%	Asia	%	Otros	%
Población total ¹	319 983 814		276 959 312		43 024 502		11 534 379		10 473 937		5 009 583		12 898 953		3 107 650	
Población entre 25-65 años	171 489 256	100.0	139 908 870	100.0	31 580 386	100.0	9 196 885	100.0	7 758 679	100.0	3 098 068	100.0	9 326 910	100.0	2 199 844	100.0
Población de baja o nula calificación	116 366 349	67.9	94 465 471	67.5	21 900 878	69.3	8 608 469	93.6	6 144 137	79.2	1 613 821	52.1	4 306 968	46.2	1 227 483	55.8
Población calificada ²	55 122 907	32.1	45 443 399	32.5	9 679 508	30.7	588 416	6.4	1 614 542	20.8	1 484 247	47.9	5 019 942	53.8	972 361	44.2
Hombres	25 576 134		20 906 226		4 669 908		277 617		705 603		712 995		2 434 571		539 122	
Mujeres	29 546 773		24 537 173		5 009 600		310 799		908 939		771 252		2 585 371		433 239	
Población calificada por lugar de estudios ³	55 122 907		45 443 399	31.9	9 679 508	100.0	588 416	100.0	1 614 542	100.0	1 484 247	100.0	5 019 942	100.0	972 361	100.0
País de nacimiento					5 135 941		249 737		793 014		836 351		2 699 884		556 955	
Estados Unidos					4 543 567		338 679		821 528		647 896		2 320 058		415 406	

¹ Se excluye de la población total a las Fuerzas Armadas para el cálculo de las proporciones.

² La población de calificados se conforma de los individuos que entre 25 y 65 años de edad y nivel educativo mínimo de licenciatura.

³ El lugar de realización de los estudios se calculó mediante la construcción de una variable proxy. Para calcular que los migrantes arribaron a EE. UU. con al menos la Universidad completada, se restó al año de arribo a los EE. UU. el año de nacimiento. Bajo el supuesto de que la edad normativa para concluir la licenciatura en México son los 21 años de edad, se decidió otorgar como margen hasta los 25 años.

Fuente: elaboración propia con base en IPUMS, American Community Survey (ACS) 2013-2017.

Cuadro 2. Población migrante calificada en los Estados Unidos de América, por características seleccionadas, según lugar de nacimiento: 2013-2017

Características	Nativos calificados		Indios calificados		Mexicanos calificados	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	45 443 399		1 462 377		588 416	
Sexo	20 906 226 100%	24 537 173 100%	793 984 100%	668 393 100%	277 617 100%	310 799 100%
Edad promedio (años)	44.7	43.7	39.7	38.8	42.7	41.6
Situación conyugal						
Unidos	65.6	62.4	82.2	88.4	65.1	66.4
No unidos	34.4	37.6	17.9	11.6	34.9	33.6
Presencia de hijos propios en el hogar						
Sin hijos	56.9	52.8	41.8	32.3	45.7	34.5
Con hijos menores de 5 años	29.2	14.5	33.0	26.9	37.7	18.9
Con hijos de 5 años o más	13.9	32.7	25.2	40.9	16.6	46.7
Relación de parentesco con el jefe del hogar						
Jefe del hogar	61.0	54.1	74.9	22.5	55.2	40.4
Cónyuge	24.3	32.2	13.1	68.1	20.0	39.6
Descendiente	5.8	5.8	2.4	1.8	5.2	5.9
Otro	8.9	8.0	9.6	7.6	19.5	14.2
Nivel de instrucción escolar						
Licenciatura	66.2	63.3	39.7	48.0	72.7	76.0
Maestría	22.8	28.5	47.4	41.3	19.1	17.0
Profesional	7.2	5.2	6.2	6.6	5.6	5.3
Doctorado	3.9	3.0	6.7	4.2	2.6	1.7
Lugar de realización de estudios						
País de nacimiento			61.8	57.9	43.5	41.5
EEUU			38.2	42.1	56.5	58.5
Tipo de disciplina académica						
STEM	30.2	13.1	78.7	50.2	39.9	14.7
No STEM	69.8	86.9	21.3	49.8	60.1	85.3
Estancia promedio en EEUU (años)			13.1	13.0	20.8	20.8
Condición de ciudadanía						
Sin ciudadanía de EEUU			61.6	56.5	55.0	48.5
Ciudadano naturalizado			38.4	43.5	45.0	51.5

Continúa...

Cuadro 2. Población migrante calificada en los Estados Unidos de América, por características seleccionadas, según lugar de nacimiento: 2013-2017

Características	Nativos calificados		Indios calificados		Mexicanos calificados	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	45 443 399		1 462 377		588 416	
Dominio del inglés						
No habla inglés			0.2	0.28	4.4	5.3
No habla bien inglés			1.0	2.71	14.3	14.7
Habla bien inglés			98.9	97.02	81.3	80.0
Estructura del mercado laboral						
Dentro de la Fuerza de Trabajo	90.5	82.3	94.9	63.4	92.5	72.2
Fuera de la Fuerza de trabajo (FFT)	9.5	17.8	5.2	36.6	7.5	27.8
Condición del trabajo calificado						
Correspondencia	51.8	51.9	72.3	43.8	37.2	32.6
Devaluación	38.5	30.1	22.3	18.4	55.1	39.0
FFT o sin experiencia reciente	9.7	18.0	5.3	37.8	7.8	28.5
Tipo de Cobertura Médica						
Sin Cobertura	4.8	4.0	3.8	4.0	26.0	22.7
Cobertura Pública	4.2	4.4	1.9	2.7	6.4	8.4
Cobertura Privada	86.4	88.4	93.2	92.3	65.9	67.6
Cobertura Mixta ¹	4.5	3.1	1.1	1.0	1.7	1.4

Fuente: elaboración propia con base en IPUMS, American Community Survey (ACS) 2013-2017.

Se observa que el *stock* de migrantes calificados mexicanos es de larga data, pues el promedio de años que han residido en Estados Unidos es de más de 20, casi el doble que los indios, por lo que llama aún más la atención las condiciones de la estancia que se recuperan como la alta proporción de hombres y mujeres que no cuentan con la ciudadanía o el casi 20 por ciento que no domina el idioma inglés. Estas características a menudo analizadas en los

trabajos sobre migración calificada reportan ser factores importantes en la consecución de empleos en correspondencia con las credenciales educativas, por ejemplo.

Otra característica que sobresale por su posible incidencia en las circunstancias de vida de la población calificada es la condición del trabajo calificado, entendida como la correspondencia entre las credenciales educativas de los migrantes y el nivel de instrucción escolar



requerido para acceder al empleo que desempeñan (Lozano & Gandini, 2010; Arvizu, 2012; Amaro, 2016), ya que tanto hombres como mujeres migrantes calificados se concentran en la devaluación del trabajo calificado; esta situación representa un desajuste a la baja, es decir, desempeñan empleos en los que su nivel de instrucción escolar no es requerido (empleos no calificados).

Finalmente, la última característica revisada es una del campo de la salud: el tipo de cobertura médica con el que cuenta la población migrante por lugar de nacimiento. En este sentido, se observa que mientras que la mayoría de la población nativa e india calificada accede a los servicios médicos por medio de una cobertura privada, en el caso de la población mexicana calificada dicha proporción es mucho menor. Asimismo, la proporción de la población migrante calificada nacida en México que accede a una cobertura médica mediante un seguro de carácter público es mucho mayor que la de la población nativa e india (6.4% de los hombres y 8.4% de las mujeres). No obstante, el rasgo que llama más la atención es la considerable proporción de hombres y mujeres migrantes calificados mexicanos que no cuentan con ninguna cobertura de seguro médico (26% y 22.7%, respectivamente).

Si bien las proporciones de población migrante calificada mexicana que no cuenta con seguro médico no son tan altas como en la población migrante mexicana en general, donde ésta se eleva aproximadamente al 50 por ciento, o para la población irregular, donde alcanza 70 por ciento (Castañeda, 2007), en el imaginario de la migración calificada como una migración privilegiada, se esperaría que la concentración en esta desventaja fuera mucho más baja como en el caso de la población india. Por lo tanto, este resultado suma al resquebrajamiento de la entelequia de la migración calificada mexicana como una migración de élite y acerca a esta

población a las características de la migración no calificada tradicional mexicana.

La falta de acceso a los servicios médicos por parte de los migrantes calificados mexicanos representa un factor de riesgo para el desdiseño de los distintos ámbitos de la vida en el contexto de destino. Esto podría encontrar su correlato en la peculiaridad de los esquemas de acceso a la salud diferenciados de México y Estados Unidos, ya que mientras en el primero el discurso oficial versa sobre la atención médica como un derecho humano, pese a los escasos recursos con los que se cuenta para llevar esto a la práctica de manera eficiente, en el segundo la atención médica se considera el logro de un servicio prestado por el sector privado (Castañeda & Zavella, 2005; Castañeda, 2007; Bilbao, Burrell & Collins, 2012).

Una vez que se ha puesto en perspectiva a la población migrante calificada mexicana que reside en los Estados Unidos y que se han descrito algunas particularidades de sus características en los distintos ámbitos de la vida, a continuación se expone la segunda parte de este análisis de carácter explicativo, constituida por la construcción de un modelo logístico binomial.

La regresión logística es un instrumento de análisis estadístico, tanto explicativo como predictivo, cuyo uso apropiado se da en aquellos casos en los que la variable dependiente es categórica. El objetivo al aplicar un modelo de regresión logística binomial es conocer la relación entre una variable dependiente cualitativa dicotómica y una o más variables explicativas independientes, ya sean categóricas —factores— o cuantitativas continuas —regresores— (Hosmer & Lemeshow, 1989).

Para este ejercicio, la variable dependiente es la operacionalización de contar con alguna cobertura de servicio médico (1 = no cuenta con cobertura médica 0 = sí cuenta con cobertura médica). En lo que respecta a las variables

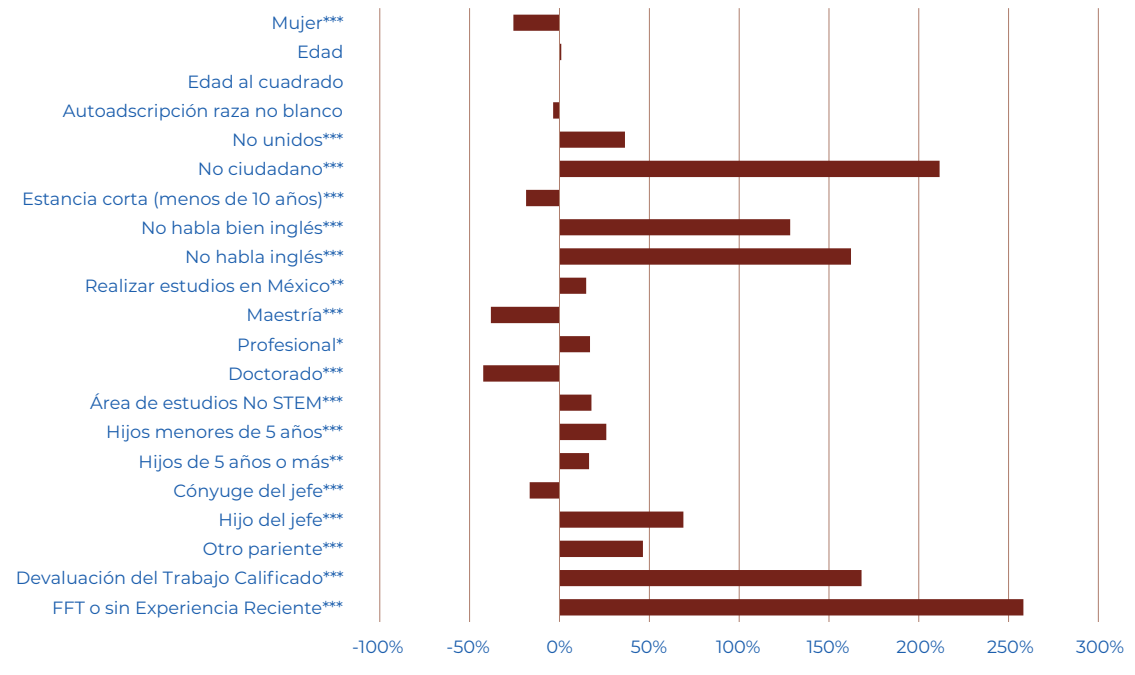


independientes éstas pertenecen a distintos dominios de la vida y se agruparon en las siguientes dimensiones: sociodemográfica (sexo, edad, edad al cuadrado, raza, situación conyugal), condiciones de la estancia (estatus migratorio, tiempo de estancia en Estados Unidos, dominio del idioma inglés), de capital humano (lugar de realización de estudios, nivel de instrucción escolar, áreas de estudio stem), familiares y de hogar (presencia de hijos propios en el hogar y posición en la estructura del hogar y número de miembros en el hogar³) y laborales (condición del trabajo calificado).

En el gráfico 1 se plasman los resultados del modelo general ajustado para el análisis de

los factores asociados a la no consecución de la cobertura de un seguro médico por parte de los hombres y mujeres mexicanos migrantes calificados. Las barras con porcentajes negativos corresponden a odds ratio menores a 1 y señalan una disminución en la propensión a no contar con cobertura médica; en contraste, las barras positivas indican un efecto que incrementa la propensión a no contar con cobertura médica y provienen de odds ratio mayores a 1. Resalta que a excepción de las variables de edad, edad al cuadrado y aquella que reporta la autoadscripción de la población a una determinada raza, todas las demás variables de los distintos dominios de la vida resultaron significativas.

Gráfica 1. Resultados del modelo logístico binomial: factor de cambio de los momios de no contar con cobertura de seguro de salud (porcentajes)



Pseudo R2 = 0.1652
 * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001
 Fuente: elaboración propia con base en IPUMS, American Community Survey (ACS) 2013-2017.

³ Esta variable se identificó como confusora, pues al incluirla resultaba no significativa estadísticamente y anulaba el efecto de otras variables, por lo que se decidió no contemplarla en el modelo general ajustado.



Destacan principalmente las variables de estatus migratorio, dominio del idioma inglés y condición del trabajo calificado, cuyas categorías contienen efectos que incrementan considerablemente la propensión de no contar con una cobertura de seguro médico. No ser ciudadano duplica la propensión a no contar con alguna cobertura de seguro médico en comparación con ser ciudadano y manteniendo los demás factores constantes, no hablar bien inglés y no hablar inglés incrementan en más de 100 por ciento la propensión a no contar con cobertura médica en comparación con hablar bien inglés y manteniendo los demás factores constantes; por su parte, la devaluación del trabajo calificado incrementa en 168 por ciento la propensión a no contar con seguro médico mientras que estar fuera de la fuerza de trabajo o no contar con experiencia laboral reciente casi triplica dicha propensión en comparación con estar inserto en un empleo en correspondencia con las credenciales educativas y manteniendo los demás factores constantes.

En este sentido, se puede vislumbrar que esta situación de desventaja, el no contar con cobertura de seguro médico, está mediada por constreñimientos estructurales (el acceso a la ciudadanía), características individuales (la habilidad del idioma inglés) y condicionamientos propios del mercado laboral (el tipo de empleo al que se accede).

En el mismo sentido, incrementando la propensión a no contar con cobertura médica, pero con un menor peso opera la situación conyugal, el haber realizado los estudios en México, pertenecer a una disciplina académica en áreas no STEM, la presencia de hijos en el hogar y no formar parte de la pareja principal del hogar (jefe y cónyuge del hogar).

En cuanto a los factores que operan disminuyendo la propensión a no contar con cobertura de seguro médico resalta el ser mujer

en comparación a ser hombre, tener una estancia corta en comparación a contar con más de diez años en Estados Unidos, tener un nivel de posgrado y ser cónyuge del jefe. En cuanto a la incidencia del sexo como factor asociado, el resultado de éste podría ser un indicativo de una migración por canales más formales por parte de las mujeres. En lo que respecta al resultado contraintuitivo del beneficio que podría representar tener una corta estancia o ser de nuevo arribo, eso podría encontrar su correlato en las cada vez más recurrentes transferencias internacionales de personal de las grandes compañías con sedes en ambos países y que posiblemente facilitan el acceso a un seguro médico para quienes migran bajo estos modos de incorporación. Los niveles de instrucción escolar más altos por su parte podrían representar un activo capitalizable no solo en un estatus más privilegiado en el contexto de destino sino en la consecución y aseguración del derecho humano a la salud. Finalmente, el efecto de ser cónyuge del jefe podría contener el peso de quienes migran como acompañantes (migración *asociacional*), cuya vía de acceso a la salud está ligada a la dinámica laboral y los modos de incorporación al destino de la pareja a la cual acompañan.

Dados los resultados del modelo, se puede corroborar que esta situación de desventaja que padecen los hombres y mujeres migrantes mexicanos calificados de no contar con cobertura de seguro médico, está mediada tanto por constreñimientos estructurales (acceso a la ciudadanía), como por características de los distintos ámbitos de la vida como el individual (situación conyugal), el familiar y de hogar (presencia de hijos propios), el educativo (nivel de instrucción escolar), las condiciones de la estancia (tiempo en el destino), así como por condicionamientos inherentes al mercado laboral (tipo de empleo en el que se insertan).

Conclusiones y recomendaciones de política pública

Si bien se esperaría que contar con mayor escolaridad facilitara el acceso a la salud *per se*, dadas las habilidades propias del nivel educativo de esta población, el presente análisis muestra que al menos en el caso de la población migrante mexicana calificada, esto no es así, ya que la proporción que no cuenta con alguna cobertura médica es considerablemente alta. Esta característica más que denotar una población migrante de élite evidencia una población expuesta y vulnerable, puesto que la salud, o la falta de ella, incide en todos los ámbitos de la vida de las personas.

Por otra parte, la manera distinta en la que se concibe el acceso a la salud en ambos lados de la frontera (como un derecho *versus* como un logro) y los esquemas por medio de los cuales se puede acceder a ella en los Estados Unidos como parte de los modos de incorporación al contexto de destino (público, privado y mixto), representan las principales barreras estructurales de carácter *macro* en el acceso a la salud para los migrantes mexicanos calificados.

No obstante, las características de los distintos dominios de la vida, muchas compartidas con los migrantes mexicanos no calificados, la existencia de otros grupos de migrantes calificados como los indios, cuyos perfiles y modos de incorporación en el destino presentan ventajas comparativas en todos los rubros, las condiciones en las que se desarrolla el proyecto migratorio a lo largo del curso de vida y la inminente relación que se establece con el mercado laboral, son algunas de las dimensiones *meso* y *micro* que también interceden en la consecución del acceso a la salud.

Al respecto, el modelo logístico binomial arroja luz sobre tres aspectos importantes: el primero, que pese a ser una población

selecta por su nivel de instrucción escolar, los hombres y mujeres migrantes calificados que residen en Estados Unidos aún se enfrentan a barreras como la ciudadanía y el idioma. Estas barreras prácticamente les impiden acercarse a instituciones formales que son la puerta de entrada a la consecución del acceso a la salud y/o a programas de prevención de enfermedades, colocándolos así en una situación de desventaja o vulnerabilidad.

El segundo aspecto importante lo encarna la interseccionalidad, que en términos de Crenshaw (1989) es la opresión que padece o el privilegio que ostenta un individuo con base en su pertenencia a múltiples categorías o la tenencia de determinadas características. En este caso, si bien ser mujer representa una ventaja por sobre los hombres, cabe señalar el hecho de que factores como el tipo de formación no STEM, la presencia de hijos menores de cinco años dentro del hogar y encontrarse fuera de la fuerza de trabajo incrementen la propensión a no contar con cobertura de salud, ya que al concatenarse colocarían a las mujeres en una mayor desventaja comparativa frente a los hombres diluyendo el efecto del sexo, dado que son ellas quienes mayoritariamente concentran estas características, reproduciendo así los roles de género tradicionalmente asociados su papel en la sociedad y los hogares que conforman.

En cuanto al tercer y último aspecto, este lo representa la condición del trabajo calificado, no solo por demostrar su papel crucial en la consecución del acceso a la salud, sino por la importancia de las desventajas que acumulan quienes se encuentran en devaluación del trabajo calificado y fuera de la fuerza de trabajo, en vista de que además de lidiar con empleos o situaciones no acordes con sus credenciales educativas, también deben afrontar el obstáculo que esto representa en términos de acceso a la salud.



En este orden de ideas, este trabajo apuesta por un enfoque para la creación e implementación de políticas públicas en el que las acciones se centren en subsanar las desventajas comparativas que afligen a los hombres y mujeres migrantes calificados con el fin de acortar las brechas en el camino del acceso a la salud que mantienen con sus pares nativos y migrantes de otros lugares de nacimiento.

Para la consecución de lo anterior, atender el vacío teórico del binomio migración calificada y salud resulta ineludible a fin de generar nuevos marcos que posibiliten la comprensión de los procesos y dinámicas propios de esta población que pareciera situarse en un limbo entre los no calificados mexicanos y los calificados de otros lugares de nacimiento, a la vez que procuran el resquebrajamiento de la idea que equipara a la migración calificada mexicana con una migración de élite.

El financiamiento de estudios que permitan conocer a fondo a esta población, su distribución espacial, principales dinámicas y estrategias de acceso a la salud, permitiría la creación de nuevos y mejores programas focalizados que atendieran las necesidades endémicas de esta población en temas de salud.

Adicionalmente, la responsabilidad bilateral de los gobiernos de México y Estados Unidos debe centrarse en superar la insuficiencia de las iniciativas y programas de acceso a

la salud puestos en marcha hasta ahora y en el mayor conocimiento y aprovechamiento de su diáspora calificada, de la mano de otros actores como las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y los propios migrantes calificados, pues de continuar con esfuerzos unilaterales y aislados podría minarse el derrotero del derecho humano a la salud.

Organizaciones como la Red Global Mx, podrían tomar un rol proactivo en temas de salud de la población migrante calificada, en la creación y difusión de información oportuna que haga asequible a los hombres y mujeres migrantes mexicanos calificados lidiar con las barreras de la consecución del acceso a la salud.

Finalmente, el desafío que se enfrenta actualmente es mayor, pues no solo contempla la necesidad de desarrollar cada vez más y mejor conocimiento de los distintos contingentes de migrantes en los Estados Unidos y la elaboración de políticas públicas focalizadas que los beneficien en la consecución del acceso a la salud, sino la lucha por el aseguramiento del derecho humano a ésta por parte de las poblaciones más vulnerables frente a coyunturas como las que se viven hoy por hoy, como el resurgimiento de discursos racistas y xenófobos en Estados Unidos y la pandemia por covid-19 que evidenció la falta de preparación de los gobiernos y sus poblaciones para hacer frente a problemas de salud global.

Referencias bibliográficas

- Amaro, Miguel (2016). *De la ilusión de la calificación al desencanto de la ocupación: un análisis integral de la devaluación del trabajo de hombres y mujeres migrantes calificados de México en Estados Unidos*. Tesis, Maestría en Población y Desarrollo, Flacso México, México.
- Aragónés, Ana María y Uberto Salgado (2014). ¿Competencia internacional por la migración altamente calificada?, *Comercio Exterior*, 64(2), 18-26.
- Arvizu, Xadani (2012). *Migración calificada y subutilización de habilidades de mexicanos e indios en el mercado laboral estadounidense, 2010*. Tesis, Maestría en Población y Desarrollo, Flacso México, México.
- Bilbao, González Elena, Jennifer Burrell y James-Collins(2012). "La migración mexicana y su acceso a los servicios de salud. Una perspectiva binacional desde Puebla y la región de la capital del estado de Nueva York". *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 7(13), 61-97.
- Brandi, Carolina (2006). "La historia del brain-drain", *Revista CTS*, 3(7), 65-85.
- Cabieses, Báltica, Piedad Gálvez y Nassim Ajraz (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 285-291.
- Castañeda, Xóchitl (2007). Oportunidades para la vinculación transfronteriza de políticas de salud México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49(Edición especial), 14-16.
- & Patricia Zavella (2005). Theorizing cross border interventions: The California-Mexico Health Initiative. Conferencia dictada en el Congreso de la Society for Applied Anthropology, panel Political Ecology of Borders, Santa Fe, 9 de abril 2005.
- Conapo (2005). *Migración México-Estados Unidos: temas de salud*. México, DF: Consejo Nacional de Población (Conapo).
- Crenshaw, Kimberle (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*. 43(6), 1241-1299.
- Cruz, Piñero Rodolfo y Wilfrido Ruiz Ochoa (2010). Migración calificada de mexicanos a Estados Unidos mediante visado preferencial. *Papeles de Población*, 16(66), 103-135.
- Davies, Adelina A., Dante Mosca & Costanza Fratini (2010). Migration and health service delivery. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation* 46(3), 5-7.
- Didou, Sylvie (2004). ¿Fuga de cerebros o diásporas? Inmigración y emigración de personal altamente calificado en México. *Revista de la educación superior*, 33(4), 132, 7-25.
- Dumitru, Speranta (2014). From 'brain drain' to 'care drain': Women's labor migration and methodological sexism. *Women's Studies International Forum*, 47, 203-212.
- Escobar, Agustín, Susan F. Martin, Lindsay L. Lowell y Rafael Fernández de Castro (2013). Estudio binacional sobre migrantes mexicanos en Estados Unidos y en

- México. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 13(3), 12-17.
- Gandini, Luciana y Fernando Lozano (2012). La migración mexicana calificada en perspectiva comparada: el caso de los profesionistas con posgrado en Estados Unidos, 2001-2010. en Telésforo Ramírez-García y Manuel Ángel Castillo (coordinadores) *México ante los recientes desafíos de la migración internacional* (pp. 83-121). DF, México: Secretaría de Gobernación (Segob), Consejo Nacional de Población (Conapo).
- García, Brígida y Edith Pacheco (2000). Esposas, hijos e hijas en el mercado de trabajo de la Ciudad de México en 1995. *Estudios demográficos y urbanos*. México, El Colegio de México (Colmex), 15(1), 35-63. doi: <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v15i1.1066>
- Hosmer, DavidW. & Stanley Lemeshow (1989). *Applied Logistic Regression*. New York, WileyInterscience.
- Kõu, Anu, Ajay Bailey, and Leo Van Wissen (2009). Migrant biographies: A life course approach to high skilled migration. *26th IUSSP International Population conference*, Marrakech.
- Lozano, Fernando y Luciana Gandini (2009). *La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Tendencias contemporáneas y perspectivas*. Caracas: Secretaría del Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA)-Organización Internacional para las Migraciones (informe).
- Lozano, Fernando y Luciana Gandini (2010). *Migrantes calificados de América Latina y el Caribe. ¿Capacidades desaprovechadas?* Ciudad Universitaria, México, D.F.: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM.
- Markides, Kyriakos S.&Karl Eschbach (2005). Aging, migration, and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(Special_Issue_2), S68-S75.
- Markides, Kyriakos S. & JeannineCoreil (1986). The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public health reports*, 101(3), 253.
- Mynt, H. (1968). The Underdeveloped Countries: A Less Alarmist View. Adams, (ed.): *The Brain Drain* (pp. 233-246). Nueva York, United States of America: Macmillan,
- Pellegrino, Adela (2001). Éxodo, movilidad y circulación: nuevas modalidades de la migración calificada. *Notas de Población*, 73, 129-162.
- Raghuram, Parvati & Dawn Montiel (2003). Skilled Migratory Regimes: the Case of Female Medical Migrants in the UK (pp. 67-84). A. Montanari (ed): *The New Geography of Human Mobility: Inequality Trends*, Roma, Società Geographica Italiana.
- Ruggles, Steven, Sarah Flood, Ronald Goeken, Josiah Grover, Erin Meyer, Jose Pacas and Matthew Sobek (2020). IPUMS USA: Version 10.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2020. <https://doi.org/10.18128/D010.V10.0>
- Salazar, Marroquín Santiago (2015). Migración calificada: La verdadera alianza que abrió las ciencias y logró una metamorfosis en ellas. *Fermentum*, 25(72), 66-74.
- Salgado, de SnyderV. Nelly, Tonatiuh González Vázquez, Ietza Bojorquez Chapela y César Infante Xibillé, (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud pública de México*, 49, 8-10.



- Salgado, María del Carmen (2005). Empleo y transición profesional en México, *Revista Papeles de Población*, 11(44), 255 - 285.
- Shinn, David (2002). *Reversing the Brain Drain in Ethiopia, Virginia, United States of America*, The Ethiopian North American Health Professionals Association.
- Tigau, Camelia, 2010, ¿Fuga de cerebros o nomadismo científico? *Cuadernos de América del Norte* Series 16, D.F., México: CISAN-UNAM.
- Tuirán, Rodolfo y José Luis Ávila (2013). Migración calificada entre México-Estados Unidos: Desafíos y opciones de política. *Migración y desarrollo*, 11(21), 43-63.
- Vargas, Bustamante Arturo, Miriam Laugesen, Mabel Caban & Pauline Rosenau (2012). United States-Mexico cross-border health insurance initiatives: Salud Migrante and Medicare in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(1), 74-80.



CONCLUSIONES

Actualmente, como parte del andamiaje internacional que facilita la garantía y el ejercicio de los derechos humanos de todas las personas migrantes en el mundo se destacan los Objetivos del Desarrollo Sostenible, el Consenso de Montevideo y los objetivos del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. En estos instrumentos ha sido primordial la inclusión de una perspectiva de reducción de las desigualdades, la oportunidad de compartir las preocupaciones acerca de la protección de los migrantes en materia de derechos humanos, en especial hacia los grupos en mayores condiciones de vulnerabilidad, así como el impulso para contar con mejor información que permita plantear políticas apropiadas, coherentes e integrales.

La migración internacional va más allá de factores asociados al menor desarrollo económico en los países de origen y la atracción que ejercen los salarios en los países de destino. Aunque en principio se asocia a la búsqueda de mejores condiciones de vida, en el largo plazo la movilidad humana reúne una causalidad que se amplía a variables sociales, económicas, ambientales, culturales y psicológicas. A las carencias económicas y sociales se suman la violencia social y familiar, desastres naturales de distintas escalas territoriales, así como configuraciones sociales de mayor complejidad bajo las que la migración internacional se presenta como única opción para que las personas logren sus aspiraciones de desarrollo humano y desplieguen su potencial, vivan con bienestar y prosperidad económica, y alcancen a cumplir sus metas de seguridad personal y familiar.

Al mismo tiempo sigue siendo escasa la reflexión que reconoce la interrelación que existe

CONCLUSIONS

Currently, as part of the international scaffolding that facilitates the guarantee and exercise of the human rights of all migrants in the world, the Sustainable Development Goals; the Montevideo Consensus; and the goals of the Global Compact for Safe, Orderly, and Regular Migration stand out. In these instruments, the inclusion of a perspective of reducing inequalities, the opportunity to share concerns about the protection of migrants in terms of human rights, especially towards groups in greater conditions of vulnerability, and the drive to have better information that allows appropriate, coherent, and comprehensive policies, have been essential.

International migration goes beyond factors associated with the least economic development in countries of origin and the attraction of wages in countries of destination. Although in principle it is associated with the search for better living conditions, in the long term, human mobility brings together a causality that extends to social, economic, environmental, cultural, and psychological variables. Added to the economic and social deficiencies are social and family violence, natural disasters of different territorial scales, as well as more complex social configurations under which international migration is presented as the only option for people to achieve their aspirations for human development, unleash their potential, live with well-being and economic prosperity, and reach their goals of personal and family safety.

At the same time, there is still little reflection that recognizes the interrelationship that exists between international migration and the contributions of migrants to economic and social development. The importance of



entre la migración internacional y las contribuciones de los migrantes al desarrollo económico y social. Se difunde la importancia de los flujos de remesas internacionales para la economía de las familias y los hogares, pero no se ha visibilizado el gran valor de las contribuciones de los migrantes al desarrollo de los países de origen y retorno, tránsito y destino.

Las previsiones realizadas por el Banco Mundial en relación con el impacto de la pandemia sobre una disminución del 20 por ciento en las remesas internacionales en el ámbito mundial resultan preocupantes, sobre todo si se tiene en cuenta que en muchos países la dependencia económica (porcentaje de remesas respecto al Producto Interno Bruto) de las remesas es alta, para Guatemala es de 13.9 por ciento, para El Salvador es de 20.9 por ciento, y para Honduras es de 21.5 por ciento, tan solo por indicar el valor de este indicador para los países del Norte de Centroamérica, cuyos migrantes se dirigen principalmente a los Estados Unidos. La dependencia en México ronda en 3.0 por ciento del PIB.

La movilidad y la migración internacional atraviesa por diversos procesos sociales, algunos de gran complejidad, e involucran a distintos actores. El diálogo de alto nivel entre actores de distintos países e incluso dentro de un mismo país denota que no siempre existe coherencia e integralidad entre políticas públicas, sus estrategias y acciones. Mientras en México y en algunas entidades federativas se instrumentan acciones para abatir la estigmatización de las personas migrantes, paralelamente en el propio México, así como en Estados Unidos, Centroamérica y Sudamérica y en otras latitudes se les califica como portadoras de problemas de salud, de favorecer situaciones de riesgo donde transitan o se asientan y múltiples formas de discriminación que dejan de lado la comprensión de las situaciones que han generado los procesos salud-enfermedad y los distintos factores estructurales y coyunturales asociados a la migración forzada.

international remittance flows for the economy of families and households is disseminated and made known, but not the great value of the contributions of migrants to the development of the countries of origin and return, transit and destination.

The World Bank forecasts a 20 percent decrease in international remittances globally as a result of the pandemic. This is worrying, especially considering that in many countries the economic dependence (percentage of remittances on Gross Domestic Product) on remittances is high. In Guatemala, remittance dependence is of 13.9 percent, for El Salvador it is 20.9 percent, and for Honduras it is 21.5 percent, this is just the value of one indicator for the countries of North Central America, whose migrants are mainly directed to the United States. Dependence in Mexico hovers around 3.0 percent of GDP.

Mobility and international migration go through diverse social processes, some of great complexity, and involve different actors. The high-level dialogue between actors from different countries and even within the same country shows that there is not always coherence and comprehensiveness between public policies, their strategies and actions. While in Mexico and some federal entities, actions are implemented to reduce the stigmatization of migrants, in Mexico itself, as well as in the United States, Central and South America, and other latitudes, migrants are also classified as carriers of health problems and of favoring risky situations where they travel or settle. Migrants must then face multiple forms of discrimination that neglect the understanding of the situations that have generated a health-disease process and the different structural and conjunctural factors associated with forced migration.

Seen from south to north, Central America, Mexico and the United States make up a heterogeneous migratory space, in which different configurations are present: there is the case of the irregular migration of those who from



Visto de sur a norte, Centroamérica, México y Estados Unidos conforman un espacio migratorio heterogéneo, en el que tienen cabida distintas configuraciones: está el caso de la migración irregular de quienes desde Centroamérica transitan (y se asientan) por territorio mexicano hacia los Estados Unidos; el de quienes desde México deciden emigrar a los Estados Unidos; y de quienes desde Estados Unidos retornan a su país de origen (México u otro país) voluntariamente o por la acción de expulsión emprendida por las autoridades estadounidenses o mexicanas.

Los seis capítulos que integran este volumen muestran que las poblaciones migrantes enfrentan contextos sociopolíticos y condiciones económicas que generan procesos de desigualdad y vulnerabilidad social y laboral, que dificultan o impiden el ejercicio de sus derechos, entre ellos el derecho a la salud, a la salud sexual y reproductiva, a la salud mental, y que ponen en riesgo la integridad de las personas y la vida misma. En ocasiones se llega a naturalizar en el imaginario social la violencia hacia las personas migrantes y en particular hacia las mujeres. El enfoque de los trabajos funde perspectivas estructurales basadas en políticas públicas y legislación migratoria, con marcos coyunturales complementarios que dan cuenta de los prejuicios y la estigmatización hacia las personas migrantes, se trata de estudios focalizados en zonas fronterizas que dan visibilidad de la violencia cotidiana hacia las mujeres migrantes.

Cada capítulo incluye un apartado de recomendaciones de política pública y de conclusiones. Algunas de las recomendaciones proponen y se orientan a:

1. Formular políticas binacionales enfocadas en brindar cobertura integral de salud a la población migrante mexicana, tomando en consideración que al momento de ser pronunciadas deben contemplar a la población no documentada que

Central America transit (and settle) through Mexican territory to the United States; that of those who decide to emigrate to the United States from Mexico; and of those who from the United States return to their country of origin (Mexico or another country) voluntarily or due to expulsion by the US or Mexican authorities.

The six chapters that make up this volume find that migrant populations face socio-political contexts and economic conditions that generate processes of inequality and social and labor vulnerability, which hinder or impede the exercise of their rights, including the right to health, sexual and reproductive health, mental health, and that put the integrity of people and life itself at risk. Sometimes violence towards migrants, and in particular towards women, is naturalized in the social imaginary. The focus of the works combine structural perspectives based on public policies and migration legislation, with complementary conjunctural frameworks that account for prejudice and stigmatization towards migrants. These are studies focused on border areas that give visibility of the daily violence toward migrant women.

Each chapter includes a section of public policy recommendations and conclusions. Some of the proposed recommendations are the following:

1. Formulate binational policies focused on providing comprehensive health coverage to the Mexican migrant population, considering that at the time of their pronouncement they should include the undocumented population that has historically been marginalized. Policies should focus on enhancing existing networks such as community health centers, churches, and migrant clubs, which adapt to the reality of migrants.
2. Have those responsible for public policy making include both immigrants' access to health services and the perception that

históricamente ha sido marginada. Las políticas deberían enfocarse en potenciar redes existentes como centros de salud comunitarios, iglesias y clubes de migrantes; los cuales se adaptan a la realidad de los migrantes.

2. Hacer que los responsables de la formulación de políticas públicas deberían incluir, tanto el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud, como la percepción de que ellos pueden acceder a este tipo de servicios sin temer las consecuencias de su estatus migratorio, lo que redundaría en evitar la exacerbación de los riesgos para la salud de la comunidad.
3. Fomentar desde México la adquisición de la residencia y la adopción de la ciudadanía estadounidense en aquellos casos en los que se cuenta con inmigrantes mexicanos que reúnen los requisitos de ley.
4. Hacer que las mujeres migren en mejores condiciones y no por las violencias de sus lugares de origen, además para evitar que experimenten situación de calle y accedan a servicios de salud de calidad.
5. Mejorar los esquemas de información hacia las mujeres en términos de los esquemas de protección legal ante situaciones de violencia.
6. La creación y ejecución de políticas públicas en el que las acciones se centren en subsanar las desventajas comparativas de las personas migrantes calificadas de México con el fin de acortar las brechas en el camino del acceso a la salud que mantienen con sus pares nativos y de otras nacionalidades.

Como corolario de esta sección de conclusiones, es necesario virar hacia los instrumentos internacionales que hoy inclinan la balanza de la investigación sobre movilidad y migración internacional hacia garantizar el ejercicio de los derechos humanos, hacia el reconocimiento de

they can access such services without fear of the consequences of their immigration status, which would result in avoiding exacerbation of risks to community health.

3. Starting within Mexico, encourage the acquisition of residency and the adoption of U.S. citizenship in cases where Mexican immigrants are legally eligible.
4. Facilitate women's migration in better conditions to prevent them from experiencing street situations and allow them to access quality health services.
5. Improve information schemes for women, especially in terms of legal protection for situations of violence.
6. Creation and execution of public policies in which actions focus on addressing the comparative disadvantages of qualified migrants from Mexico, in order to bridge gaps in the path to access health services with their native peers and those of other nationalities.

As a corollary to this section of conclusions, it is necessary to turn to the international instruments that today are tipping the balance of research on mobility and international migration. Instruments for ensuring the exercise of human rights; recognition of migrants' economic and social development contributions, path toward eradicating stigmatization of migrants, and the reduction of socio-economic inequalities.

This makes even more sense in the current pandemic, given the possible exacerbation of the vulnerability of the migrant population: due to being stranded during transit or back to their countries of origin, being more susceptible to unemployment due to their irregular status, as well as a decline in rights caused by the consequences of the economic crisis, including the greater limitation to access health services. With this panorama in mind, the commitment of both institutions is the production of information and

las contribuciones de los migrantes al desarrollo económico y social, y a transitar el camino de erradicar la estigmatización de las personas migrantes y de la reducción de las desigualdades socioeconómicas.

Lo anterior cobra aún más sentido en la actual pandemia, ante la posible exacerbación de la vulnerabilidad de la población migrante: por quedar varada durante el tránsito o hacia sus países de origen, por ser más susceptibles a estar desempleada debido al estatus de irregularidad, así como por un retroceso de los derechos ocasionado por las consecuencias de la crisis económica, entre ellos, la mayor limitación para acceder a servicios médicos. Ante este panorama, el compromiso de ambas instituciones está en producir información y su divulgación, así como en el trabajo continuo con investigadores e investigadoras para fortalecer estas tareas, y encaminarlas a mejorar las condiciones de vida de la población migrante y sus familias.

its dissemination, as well as continuous work with researchers to strengthen these tasks, and guide the improvement of living conditions for the migrant population and their families.



SOBRE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS

- **César Barboza Lara** Doctor en Estudios de Población por el Colegio de México, Maestro en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte y Licenciado en Relaciones Internacionales por el Tecnológico de Monterrey. Actualmente es Profesor-Investigador en la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Coahuila.
- **Eva Moya** Profesora asociada del Departamento de Trabajo Social, Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en El Paso.
- **Isabel K. Latz** Ph.D., is a lecturer at the College of Health Sciences at the University of Texas at El Paso. She is also a research assistant for the Otero County Healthcare Services Department. She formerly worked as a policy analysis for the WORLD Policy Analysis Center at the UCLA Fielding School of Public Health. Her research priorities include immigration policy impacts on Latinx health, the role of policies in shaping social determinants of health and health disparities, and comparisons of human rights, social policies, and health outcomes globally.
- **Julio César Montañez Hernández** Maestro en Economía por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Es profesor-investigador en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Investigador Nacional Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores de Conacyt (SNI I).
- **Luz Angélica de la Sierra de la Vega** Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Investigadora de la Dirección de Salud Ambiental del Instituto Nacional de Salud Pública. Profesora titular de la Unidad Didáctica Sistemas y Políticas de Salud de las Maestrías en Salud Pública.
- **Miguel Amaro** Contador Público por la Escuela Superior de Comercio y Administración (ESCA) del Instituto Politécnico Nacional, Licenciado en Relaciones Internacionales por la Universidad del Valle de México (UVM) y Maestro en Población y Desarrollo por la Facultad de Estudios Latinoamericanos (FLACSO) sede México. Como servidor público de carrera ha desempeñado diferentes cargos de mando medio y superior en dependencias de la Administración Pública Federal de México.



- **Miguel Moctezuma Longoria** Docente investigador de la Universidad Autónoma de Zacatecas, doctor en Ciencias Sociales por el Colegio de la Frontera Norte y Maestro en Ciencia Política.
- **Patricia Ravelo Blancas** Profesora – Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- **Rosalba Jasso Vargas** Doctora en Estudios de Población por el Colegio de México. Actualmente es investigadora Posdoctoral del Subsistema de Humanidades de la UNAM en el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur, asesorada por el doctor Luis Rodríguez Castillo.
- **Silvia M. Chavez Baray** Investigadora asociada del Departamento de Trabajo Social, Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en El Paso.
- **Susana Leticia Báez Ayala** Profesora - Investigadora de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- **Yunuen Tenorio Corro** Maestra en Ciencias en Sistemas y Políticas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Coordinadora Operativa del Programa de Protección a Refugiados Casa del Migrante A.C. - ACNUR



GOBIERNO DE
MÉXICO

GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

Berkeley Health Initiative
of the Americas



PIMSA
PROGRAMA DE INVESTIGACION
EN MIGRACION Y SALUD

ALIANZA
UCMX

CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Migración y Salud.

Acceso a Servicios, Violencia de Género, Salud Mental y COVID-19



Migration and health.

Access to Services, Gender Violence, Mental Health and COVID-19

