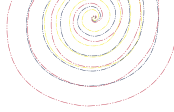




MIGRACIÓN Y SALUD

MIGRATION AND HEALTH



Migración y Salud / Migration and Health, Año 4, Número 4, 2022, es una publicación anual editada por la Secretaría de Gobernación a través de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SG CONAPO). 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, Editor responsable: Rafael López Vega. 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 SG CONAPO, José Noel Torres Valdez, Tel. (55) 5128 00 00 ext. 19530, ubicado en el mismo domicilio. Fecha de última modificación: septiembre de 2022. 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>

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.

Diseño editorial apoyado con recursos del Plan de Trabajo MEX07POP “Temas Emergentes de la Política de Población en México”, entre el Consejo Nacional de Población y el Fondo de Población de las Naciones Unidas

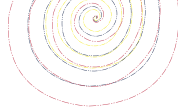
© Secretariat of the Interior
National Population Council (CONAPO)
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte
C.P. 03020, Mexico City
<http://www.gob.mx/conapo>

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.

Editorial design supported with resources from the MEX07POP Work Plan “Emerging Population Policy Issues in Mexico”, between National Population Council and the United Nations Population Fund



AGRADECIMIENTOS ACKNOWLEDGEMENTS

Esta publicación ha sido coordinada por la Secretaría de Gobernación a través del Consejo Nacional de Población (CONAPO)
This publication has been coordinated by the Mexican Secretariat of the Interior of Mexico, through the National Population Council

Agradecemos a quienes llevaron a cabo la revisión de los artículos
We thank those who carried out the peer review of the articles

Jaime Linares Zarco
Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores Aragón

Víctor Manuel Isidro Luna
Consejo Nacional de Población

Eloina Meneses Mendoza
Instituto Nacional de Estadística y Geografía

El proceso de dictaminación de los artículos siguió una metodología rigurosa de revisión por pares.

Agradecemos el apoyo a quienes difundieron la Convocatoria

Arte, formación y cuidado de la edición:
Maricela Márquez Villeda, Blanca Estela Melín Campos,
Sergio Mariano Jiménez Franco, Pablo Leonardo Vega Rivas
(CONAPO)

Dibujo de portada: Esther Maria Cepeda, 26° Concurso Nacional de dibujo y pintura infantil y juvenil 2019

Corrección de estilo:
Olivia Plat Garbut

Traducción:
Victoria Pérez Meraz

The review process for the articles followed a rigorous peer review methodology

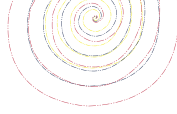
We appreciate the support for those who disseminated the Call

Art, design, layout and editing:
Maricela Márquez Villeda, Blanca Estela Melín Campos,
Sergio Mariano Jiménez Franco, Pablo Leonardo Vega Rivas
(CONAPO)

Cover drawing: Esther Maria Cepeda, 26° Concurso Nacional de dibujo y pintura infantil y juvenil 2019.

Style correction:
Olivia Plat Garbut

Translation:
Victoria Pérez Meraz



DIRECTORIO / DIRECTORY

Consejo Nacional de Población / National Population Council

ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

Secretario de Gobernación y Presidente del Consejo Nacional de Población
Secretary of the Interior and President of the National Population Council

MARCELO EBRARD CASAUBÓN

Secretario de Relaciones Exteriores
Secretary of Foreign Affairs

ARIADNA MONTIEL REYES

Secretario de Bienestar
Secretary for Welfare

MARÍA LUISA ALBORES GONZÁLEZ

Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretary for the Environment and Natural Resources

VÍCTOR MANUEL VILLALOBOS ARÁMBULA

Secretario de Agricultura y Desarrollo Rural
Secretary of Agriculture and Rural Development

LETICIA RAMÍREZ AMAYA

Secretaria de Educación Pública
Secretary of Public Education

JORGE CARLOS ALCO CER VARELA

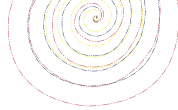
Secretario de Salud
Secretary of Health

LUISA MARÍA ALCALDE LUJÁN

Secretaria del Trabajo y Previsión Social
Secretary of Labor and Welfare

ROMÁN GUILLERMO MEYER FALCÓN

Secretario de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano
Secretary of Agricultural, Territorial, and Urban Development



DIRECTORIO / DIRECTORY

Consejo Nacional de Población / National Population Council

RAQUEL BUENOSTRO SÁNCHEZ

Secretaría de Economía

Secretary of Economy

ROGELIO RAMÍREZ DE LA O

Secretario de Hacienda y Crédito Público

Secretary of the Tax Agency and State Credit

NURIA FERNÁNDEZ ESPRESATE

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Head of the National System for the Full Development of the Family (DIF)

GRACIELA MÁRQUEZ COLÍN

Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

President of the National Institute for Statistics and Geography

NADINE FLORA GASMAN ZYLBERMANN

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

President of the National Institute for Women

ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

General Director of the Mexican Social Insurance Institute

PEDRO ZENTENO SANTAELLA

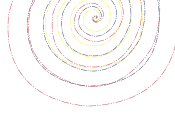
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

General Director of the Institute for State Workers' Security and Social Services

ADELFO REGINO MONTES

Director General del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

General Director of the National Institute of Indigenous Peoples



DIRECTORIO / DIRECTORY

Secretaría de Gobernación / Secretariat of the Interior

ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

Secretario de Gobernación

Secretary of the Interior

ALEJANDRO DE JESÚS ENCINAS RODRÍGUEZ

Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración

Assistant Secretary of Human Rights, Population and Migration

CÉSAR ALEJANDRO YÁÑEZ CENTENO CABRERA

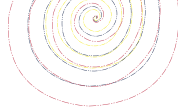
Subsecretario de Desarrollo Democrático, Participación Social y Asuntos Religiosos

Assistant Secretary of Democratic Development, Social Participation and Religious Affairs

JORGE ALBERTO MEDINA GONZÁLEZ

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Head of the Administration and Finance Unit



DIRECTORIO / DIRECTORY

Secretaría General del Consejo Nacional de Población General Secretariat of the National Population Council

GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

Secretaría General

General Secretary

MARÍA DE LA CRUZ MURADÁS TROITIÑO

Coordinadora de Estudios Sociodemográficos
y Prospectiva

Coordinator of Social and Demographic Studies
and Prospective

GABRIELA MEJÍA PAILLÉS

Directora de Estudios Sociodemográficos
Director of Social and Demographic Studies

ILEANA VILLALOBOS ESTRADA

Coordinadora de Programas de Población
y Asuntos Internacionales

Coordinator of Population Programs
and International Affairs

RAÚL ROMO VIRAMONTES

Director de Poblamiento y Desarrollo Regional
Sustentable

Director of Population Campaigns
and Sustainable Regional Development

RODRIGO JIMÉNEZ URIBE

Coordinador de Planeación en Población
y Desarrollo

Planning Coordinator in Population
and Development

LUIS FELIPE JIMÉNEZ CHAVES

Director de Análisis Estadístico e Informática
Director of Statistical Analysis and Informatics

KARLA BERENICE HERNÁNDEZ TORRES

Directora de Cultura Demográfica
Director of Demographic Culture

LILIA YAZMÍN GONZALEZ SORIANO

Coordinadora de Análisis Económico y Social
Coordinator of Economic and Social Analysis

KARLA BONILLA ARANDA

Directora de Coordinación Interinstitucional
e Intergubernamental

Director of Inter-institutional
and Inter-governmental Coordination

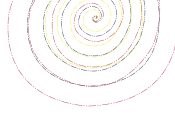
RAFAEL LÓPEZ VEGA

Director de Estudios Socioeconómicos y Migración
Internacional

Director of Socioeconomic Studies
and International Migration

LETICIA GARCÍA RUIZ

Directora de Administración
Director of Administration



DIRECTORIO / DIRECTORY

Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional **Direction of Socioeconomic Studies and International Migration**

RAFAEL LÓPEZ VEGA

Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional
Director of Socioeconomic Studies and International Migration

ALEJANDRA REYES MIRANDA

Subdirectora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional
Associate Director of Socio-Economic Studies and International Migration

VÍCTOR MANUEL ISIDRO LUNA

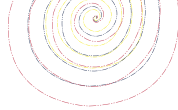
Jefe del Departamento de Estudios de Flujos Migratorios Internacionales
Head of Department of Studies on International Migration Flows

ALMA ROSA NAVA PÉREZ

Jefa del Departamento de Estudios Socioeconómicos
Head of Department of Socio-Economic Studies

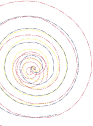
LUIS ALBERTO VÁZQUEZ SANTIAGO

Asistente de Investigación
Research Assistant



ÍNDICE / CONTENT

INTRODUCCIÓN	10
INTRODUCTION	75
CAPÍTULO I / CHAPTER I	
<i>Acceso a atención de la salud sexual de mujeres en situación de movilidad irregular en México</i>	15
<i>Access to Sexual Healthcare for Women in Situations of Irregular Mobility in Mexico</i>	79
Jesús Peña y Lucía Vázquez-Quezada	
CAPÍTULO II / CHAPTER II	
<i>Los procesos migratorios antes de COVID-19: la migración femenina en el contexto latinoamericano</i>	27
<i>Migratory Processes before COVID-19: Female Migration in the Latin American Context</i>	91
Rosa Patricia Román Reyes y María Viridiana Sosa Márquez	
CAPÍTULO III / CHAPTER III	
<i>Decesos de personas de nacionalidad extranjera en México: la criminalización de la migración como factor de riesgo</i>	39
<i>Deaths of People with a Foreign Nationality in Mexico: The Criminalization of Migration as a Risk Factor</i>	101
Rosalba Jasso Vargas y César Barboza Lara	
CAPÍTULO IV / CHAPTER IV	
<i>Cobertura de servicios de salud de la población mexicana en Estados Unidos durante el siglo XXI</i>	53
<i>Health Services Coverage of the Mexican Population in the United States during the 21st century</i>	113
Rafael López Vega	
COMENTARIOS FINALES	72
FINAL COMMENTS	132
ANEXO ESTADÍSTICO-GRÁFICO	135
STATISTICAL AND GRAPHIC ANNEX	135
Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional	
ACERCA DE LOS AUTORES	145
ABOUT THE AUTHORS	145



INTRODUCCIÓN

En 2020, la población mundial se enfrentó a uno de los mayores retos en términos de su salud, la pandemia por COVID-19. Las acciones administrativas para su contención recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e instrumentadas por casi todos los países, afectaron diferentes pautas de la movilidad humana. El confinamiento limitó, condicionó y detuvo la movilidad cotidiana hacia los centros de trabajo, las escuelas, el abastecimiento de alimentos; de la misma manera, la cancelación de viajes internacionales, las condiciones de control y vigilancia de fronteras terrestres, y la cuarentena impuesta en diversos destinos, limitó y condicionó la movilidad internacional de las personas, aceleró, acrecentó o generó modalidades poco estudiadas relacionadas con la migración internacional, como es el caso de la migración en condiciones de inmovilidad, en estricto sentido, dio lugar a poblaciones migrantes varadas y a problemáticas nuevas en relación con su salud (Odgers, 2020).

En este sentido, una evaluación de las situaciones que viven las poblaciones migrantes en relación con la infraestructura física e institucional, frente a las cuales estas se adaptan, organizan o reorganizan temporalmente su vida cotidiana, sus planes y estrategias migratorias, especialmente en corredores de tránsito y en zonas fronterizas, hace notar que se trata de condiciones adversas de las que destacan hacinamiento en los dormitorios colectivos, falta de empleo, ausencia de vínculos sociales en los

lugares donde se localizan los albergues, incertidumbre ante la espera de sus trámites migratorios, y en general, la necesidad de fortalecer los procesos de integración social, seguridad, reducción de riesgos y atención en salud para hombres, mujeres, adolescentes, niños y niñas migrantes (EL COLEF, 2020; CONAPO, 2022).

América Latina y el Caribe como muchas otras regiones comparten este contexto. Los economistas previeron diferentes escenarios durante la pandemia, en términos del mundo del trabajo, el desempleo y el teletrabajo fueron parte de las aristas que se previeron. En términos del crecimiento económico se previeron distintos niveles de descenso del Producto Interno Bruto en las más diversas economías, en consecuencia del abasto de bienes de consumo duradero y no duradero. En materia tributaria y fiscal se promueven medidas extraordinarias para amortiguar el impacto de las políticas continuas de contención y mitigación de la pandemia, lo que se prevé apoyará la recuperación económica post COVID-19, la OCDE registró alrededor de 700 medidas instrumentadas por los países a nivel mundial desde abril 2020 (Gurría, 2020; OECD, 2021).

En términos sanitarios, la pandemia implicó en infraestructura e inversión (gasto gubernamental), la reconversión de centros de salud y hospitales, así como la canalización de ingresos extraordinarios al fortalecimiento de estos y en recursos para la atención directa de los



costos de atención a pacientes de COVID-19. Estas acciones son una muestra de las prioridades estratégicas que muchos países instrumentaron para arrostrar la pandemia.

La información sobre gasto en salud de los Centros para Servicios de Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés), muestran que para Estados Unidos en 2020, el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) se situó en 19.7 por ciento, lo que en términos financieros se tradujo en un cambio porcentual del gasto de 9.7 por ciento en 2020, casi el doble que se tuvo en 2019 respecto a 2018 (4.3%). Los CMS indican que poco más de la tercera parte del cambio en 2020, se debió a la respuesta del gobierno federal para atender la pandemia mediante la asistencia financiera federal a los proveedores de atención médica, a través del Fondo de Ayuda para Proveedores y préstamos del Programa de Protección de Órdenes de Pago (CMS, 2021). Datos relevantes si se toma en cuenta que en Estados Unidos, la población inmigrante de todos los países representa un porcentaje importante de la población residente (14.3% con casi 47 millones de personas).

En otros países como el Reino Unido, la pandemia ha tenido como consecuencia niveles muy altos de gasto público. Las estimaciones del costo de las medidas gubernamentales oscilan entre 310 y 410 mil millones de libras (GBP), equivalente a 4 600 a 6 100 libras per cápita (UK Parliament, 2022). En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) el “Producto Interno Bruto Ampliado del sector salud en México reportó un monto de 1.5 billones de pesos en 2020, equivalente a 6.5% del PIB nacional, en contraste con el 5.6% que representó en 2019, año anterior al inicio de la pandemia por SARS CoV-2.” (p. 1).

La pandemia ha puesto en evidencia que las poblaciones vulnerables, como lo son las poblaciones migrantes, enfrentan mayores y nuevos riesgos (CEPAL, 2020). La edición 2022 de Migración y Salud / Migration and Health aborda

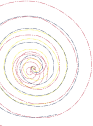
temas socialmente sensibles en relación con las vulnerabilidades que experimentan las personas migrantes dentro y fuera del contexto de la pandemia.

En el *capítulo primero*, Jesús Peña y Lucía Vázquez, con información cuantitativa y cualitativa abordan algunos de los principales problemas de salud sexual de mujeres en situación de movilidad internacional irregular en su trayecto por México en 2021, destacando el acceso y la calidad a la atención recibida. El estudio destaca las dificultades y limitaciones que la investigación de campo sobre las poblaciones migrantes presenta en una etapa sin precedentes para la movilidad internacional marcada por la pandemia debida al SARS-CoV-2 (Covid-19).

El *segundo capítulo*, Patricia Román y Viridiana Sosa, dan cuenta de que en los últimos 40 años la migración femenina aumentó a nivel global y América Latina no fue la excepción. Señalan que son diversos los factores y dinámicas que han propiciado este incremento, remarcan que la feminización de las migraciones se vincula a dinámicas de articulación entre países en desarrollo y países desarrollados que reflejan patrones de desigualdad [a escala mundial y regional]. La investigación enfoca la situación de la migración antes y durante la pandemia. Las autoras afirman que la globalización no es un proceso lineal, y que en esa falta de linealidad presenta contradicciones y conflictividad crecientes que impactan en el bienestar y en las condiciones de vida de la gente. Es así como el análisis del “descuido”, en tanto una de las consecuencias más dramáticas de este proceso, tiñe a las migraciones de crisis humanitaria. Contexto en el que transcurren las migraciones femeninas en América, y para las cuales no se cuenta con respuestas integrales de política pública.

Rosalba Jasso y César Barboza, en el *capítulo tercero*, con base en las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) analizan los decesos de personas de nacionalidad extranjera en México,





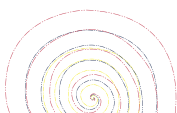
metodológicamente toman como premisa que transitaban por el país. Su investigación cubre el periodo 2002-2020 mostrando una tendencia creciente de los decesos, la cual se explica en parte, por el incremento en el número de asesinatos en solitario y en ejecuciones múltiples. Señalan que además de los asesinatos, las caídas y accidentes vehiculares son un importante riesgo en Chiapas, mientras los decesos por ahogamiento son más frecuentes en Tamaulipas.

Rafael López, en el *capítulo cuarto*, describe la cobertura de servicios de salud de la población nacida en México residente en Estados Unidos. Bajo un enfoque de derechos humanos, señala que el ejercicio del derecho a la salud se halla condicionado por distintas características, particularmente las relativas a la política migratoria y laboral en Estados Unidos y México, y de la dinámica migratoria condicionada por la complementariedad demográfica entre ambos países. La investigación tiene primordialmente un componente empírico-cuantitativo dado por la exploración estadística de la Encuesta de la Comunidad Americana 2020 (ACS, por sus siglas en inglés), a través de un modelo analítico y estadístico para el periodo 2008-2020.

Finalmente, la Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional in-

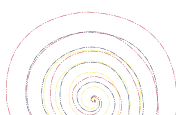
corpora un Anexo estadístico y gráfico, elaborado a partir de las fuentes de información estadounidenses más relevantes, que permitirá a otras instancias de gobierno, a especialistas y público interesado conocer con mayor profundidad una serie de características sociodemográficas y de salud de la población migrante nacida en México y de la población hispana residente en Estados Unidos.

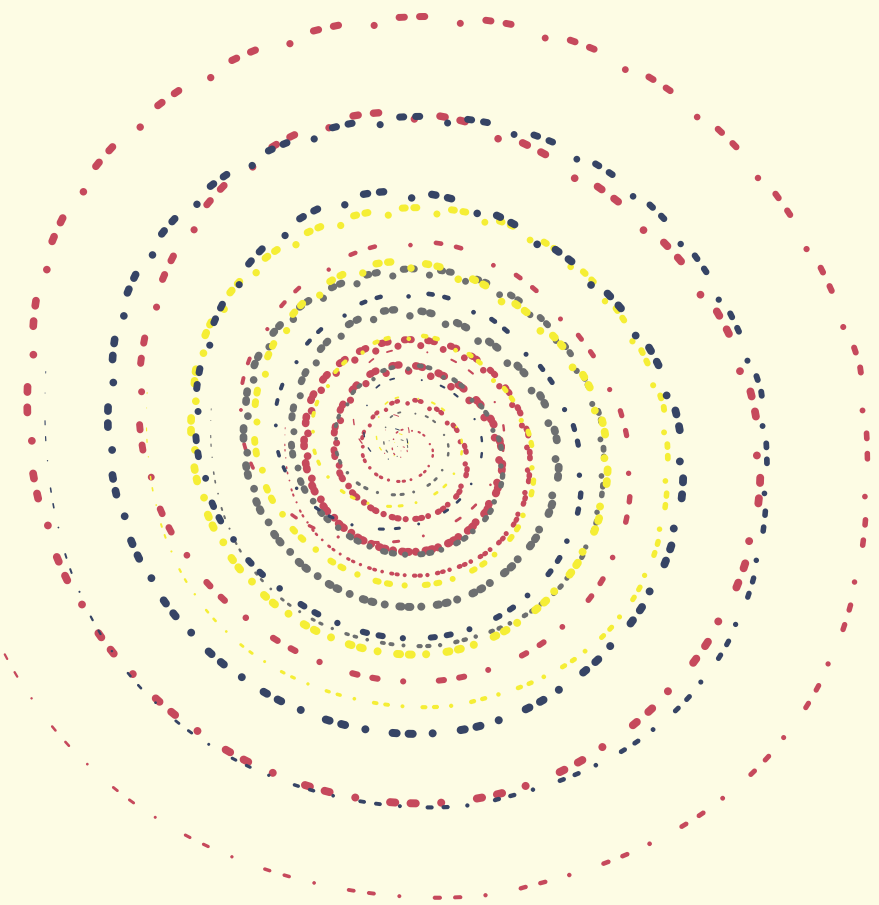
Como corolario de las investigaciones que integran esta edición, se puede decir que durante la pandemia por COVID-19 la migración se ha visto afectada desde diversas aristas. Por una parte, disminuyeron los flujos de población emigrante o se postergó la movilidad debido a las medidas administrativas instrumentadas por diversos países en relación con restricciones así como de vigilancia y control fronterizo. Por otro, se incrementó la vulnerabilidad y riesgos entre la población en situación irregular, dada su baja o nula cobertura de salud, el tipo de empleos y menores salarios a los que acceden. Además, debido a situaciones económicas generadas por la pandemia, se desencadenaron situaciones de desempleo en algunos sectores en los países de origen y destino, ocasionando mayores desplazamientos, así como inmovilidad forzada debido a población varada en zonas fronterizas con mayor riesgo de infección.

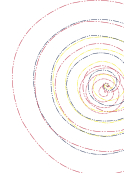


Referencias bibliográficas

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2020). “Los efectos del COVID 19: una oportunidad para reafirmar la centralidad de los derechos humanos de las personas migrantes en el desarrollo sostenible”. Informes COVID-19. Noviembre 2020. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46353-efectos-covid-19-oportunidad-reafirmar-la-centralidad-derechos-humanos-personas>
- Román, R. P. y Sosa, M. V. (2022). Condiciones sociales de las mujeres, niñas y adolescentes migrantes en México en época de pandemia por COVID-19. CONAPO (en proceso de publicación).
- El Colegio de la Frontera Norte [EL COLEF] (2020). Migrantes en albergues en las ciudades fronterizas del norte de México. *Documentos de contingencia 2. Poblaciones vulnerables ante COVID-19*. Recuperado de: https://www.colef.mx/doc_coyuntura/migrantes-en-albergues-en-las-ciudades-fronterizas-del-norte-de-mexico/
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020). Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2020. Comunicado de prensa núm. 768/21 14 de diciembre. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/saludsat/saludsat.pdf>
- Odgers, O. (2020). Migrantes varados en la frontera norte y albergues. Reflexión: La Labor de los albergues migrantes en tiempos de COVID-19. COLEF PRESS. Recuperado de: <https://www.colef.mx/noticia/migrantes-varados-en-la-frontera-norte-y-albergues/> y <https://youtu.be/-YNDLLmMCWA>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD] (2021). OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Tax and fiscal policies after the COVID-19 crisis. Recuperado de: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tax-and-fiscal-policies-after-the-covid-19-crisis-5a8f24c3/>
- UK Parliament (2022). Public spending during the Covid-19 pandemic. Recuperado de: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9309/>







CAPÍTULO I

ACCESO A ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE MOVILIDAD IRREGULAR EN MÉXICO

Jesús Peña¹ / Lucía Vázquez-Quezada²

Resumen

Se presentan algunos de los principales problemas de salud sexual de mujeres en situación de movilidad irregular en su trayecto por México, así como el acceso y la calidad a la atención para esos problemas. Se utilizan datos cuantitativos generados por medio de una encuesta y datos cualitativos provenientes de entrevistas semi-estructuradas. Se encontró que el acceso a servicios de salud se hace prevalentemente a través de albergues para migrantes. Por lo que se recomienda ampliar las capacidades de atención de estos espacios tanto dentro de sus instalaciones como por medio de convenios con centros de salud.

Palabras clave: *mujer, migración irregular, salud sexual, acceso a atención, frontera norte de México.*

Introducción

El presente texto se desprende de un estudio mixto realizado por el *Population Council* y El Colegio de la Frontera Norte cuyo objetivo era identificar las principales necesidades y acceso

a atención de salud sexual y reproductiva de mujeres en situación de movilidad irregular en México. Aunque no es exhaustivo de las necesidades de las mujeres que migran y se encuentran en tránsito por México, retoma las voces de éstas y brinda un panorama descriptivo estadístico de actualidad; además, coincide con un momento excepcional de la historia reciente de la humanidad: la pandemia por COVID-19.³ Los datos que se muestran a continuación fueron generados por una encuesta y entrevistas semiestructuradas aplicadas a mujeres en situación de movilidad que no tuvieran nacionalidad mexicana y que se encontraban en albergues para migrantes en Ciudad Juárez, Chihuahua en 2021. El objetivo de este texto es explorar el acceso y la calidad de la atención en temas de salud sexual (SAS) a mujeres migrantes durante el trayecto migratorio incluyendo la estancia temporal en la frontera norte de México. Se analizan datos sobre problemas y atención de salud menstrual y síntomas de infección y molestias en el área genital.

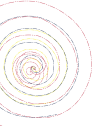
Para esto, a continuación se describe la metodología utilizada en el estudio. Posteriormente, se presenta una sección de antecedentes donde se muestran algunos de los problemas

¹ Jesús Peña es investigador y docente de El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Estudios Sociales.

² Lucía Vázquez-Quezada es investigadora en la Oficina de México del Population Council.

³ Para una consulta de los resultados completos de esta investigación, que incluyen el cuidado e interrupción del embarazo, cuidados ante el COVID-19 y las capacidades de atención de los albergues, se pueden consultar los tres volúmenes de resultados disponibles en: https://knowledge-commons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1534/ y en www.colef.mx





más recurrentes de SAS en la población estudiada. Le sigue una sección de resultados. En la sección final, se presentan conclusiones y recomendaciones que se espera contribuyan a expandir la evidencia científica sobre el tema para la toma de decisión de autoridades gubernamentales, organismos y agencias internacionales, prestadores de servicios de salud, y organizaciones de la sociedad civil, en beneficio del bienestar de las mujeres y personas que migran y que se encuentran en territorio mexicano.

Antecedentes

A partir de la creciente feminización de la migración, la mirada de género al fenómeno migratorio ha visibilizado vulnerabilidades específicas que pueden enfrentar las mujeres en la migración, como “la trata de mujeres para la industria del sexo, el trabajo doméstico, las formas forzadas o serviles de matrimonio y la descualificación de las migrantes altamente calificadas” (OIM, 2019a).⁴ Durante el tránsito, las mujeres pueden también enfrentar violencias sexuales e intercambiar bienes o servicios por relaciones sexuales (Freedman, 2016; Infante, C., Leyva-Flores, R., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Torres-Robles, C. A., & Gómez-Zaldívar., 2020; Infante, C., Silván, R., Caballero, M., & Campero, L., 2013). En México, se ha documentado además diferencias de género en las estrategias de viaje derivadas del conocimiento de estos riesgos, las cuales pueden incluir evitar ciertas rutas migratorias, o procurar contar con apoyo económico de la familia para que la mujer viaje en autobús y poder pernoctar en cuartos privados rentados (Díaz y Kuhner, 2014).

En cuantos a las necesidades de salud, Leyva Flores y sus colegas (2015, 2016) destacan que la mayor incidencia de problemas de salud

o enfermedades son las respiratorias (47.1%) y gastrointestinales (8.7%), micosis (7.0%), deshidratación (5.0%), heridas y accidentes (2.9%), y problemas de salud no especificados (6.0%). El 60 por ciento de la población encuestada por estos autores buscó atención, la gran mayoría de ellas (8 de cada 10) en casas albergues. La atención en servicios de salud públicos se da en menor medida, en parte porque las y los migrantes en situación administrativa irregular no buscan atención por miedo, desconocimiento, o por priorizar otras necesidades. El papel fundamental de los albergues en la prestación de servicios de salud primarios, y en las referencias que pueden hacer a otros servicios de salud, ha sido confirmado por otros estudios y reportes (Leyva-Flores & Quintino-Perez, 2011; OIM, 2019b; Peña, Jesús, Barrios de la O, Rodríguez, Carnero, Jiménez de León y Sánchez, 2020).

Existe poca literatura sobre las necesidades en salud sexual de mujeres migrantes internacionales que transitan por México, la mayoría de ellas centroamericanas. Algunas de las principales contribuciones a la literatura científica provienen de los trabajos arriba citados del Dr. Leyva-Flores y colaboradores (2011 y 2016), y sus más recientes contribuciones sobre prevalencia de VIH (Leyva-Flores *et al.*, 2016), violencias (Leyva-Flores *et al.*, 2019), y violación y sexo transaccional (Infante *et al.*, 2020). El presente estudio contribuye a esta literatura explorando otros aspectos de la salud sexual de las mujeres migrantes extranjeras en México, incluida la salud e higiene menstrual, así como signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual distintos al VIH.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de métodos mixtos en etapas. Primero, se aplicó una encuesta con preguntas cerradas dirigida a mujeres adultas (18+) que no tuvieran nacionalidad mexicana y preferentemente en edad reproductiva (18-49 años).

⁴ “Cada vez hay más mujeres que migran de manera independiente, en lugar de hacerlo como miembros de un hogar, y participan activamente en el mundo laboral” (OIM, 2019a:91).



Esta población incluye a mujeres que llegaron a Ciudad Juárez procedente del sur de México y a las que llegaron procedentes de Estados Unidos, después de ser retornadas a México por autoridades migratorias estadounidenses para seguir su proceso de asilo en México, como parte de los Protocolos de Protección a Migrantes. El rango y los grupos de edad fueron pensados para abarcar diferentes etapas de la vida reproductiva de la mujer. En la segunda etapa del estudio, se recurrió a entrevistas semiestructuradas a las mujeres migrantes seleccionadas a conveniencia. Se procuró incluir a mujeres embarazadas, así como a mujeres transgénero. Los instrumentos se diseñaron y aplicaron solamente en el idioma español. No se suscitaron casos en los que no se pudieran aplicar los instrumentos por cuestiones de idioma.

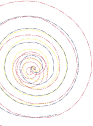
El estudio se llevó a cabo en Ciudad Juárez, Chihuahua debido a su importancia histórica como lugar de paso y recepción de población migrante extranjera, así como por su experiencia reciente como una de las principales ciudades de la frontera norte de México receptoras de población extranjera solicitante de protección internacional en Estados Unidos. La recolección de datos se llevó a cabo del 3 de junio al 30 de septiembre de 2021. La selección de la muestra consistió en dos etapas. La primera fue la selección de albergues como unidad primaria de muestreo y la selección de mujeres migrantes como unidades secundarias. Se seleccionaron los principales albergues en cuestión de cantidad de población extranjera femenina, así como los que

accedieron a colaborar con el proyecto tomando en cuenta las restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19. Dentro de los albergues seleccionados, se realizó un muestreo por oportunidad. La encuesta se realizó del 7 al 30 de septiembre de 2021. Las entrevistas se hicieron del cinco junio al treinta septiembre de 2021. Se lograron recolectar 266 cuestionarios de mujeres migrantes y veinte entrevistas a mujeres migrantes incluyendo población transexual. Las personas entrevistadas y encuestadas recibieron una compensación por su tiempo en forma de tarjetas de recarga de saldo para telefonía celular, así como equipo de protección para el COVID-19 durante la recolección de datos (mascarillas, gel antibacterial y toallas desinfectantes). Los nombres de las mujeres entrevistadas se presentan en este documento usando pseudónimos.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos sobre los problemas de salud sexual que se identificaron como más recurrentes en la población estudiada y el acceso y características de la atención. Se recolectaron datos sobre higiene y salud menstrual, signos de infección en el área genital, y problemas similares después de haber tenido relaciones sexuales. Sobre salud menstrual, se identificó como problema recurrente el tener dolores constantes o esporádicos que dificultaron sus actividades (62.2%) y no haber tenido acceso a medicamentos para contrarrestar el dolor (véase Cuadro 1).





Cuadro 1.
Distribución porcentual de cuidados y problemas de salud menstrual en el trayecto por México, 2021.

Tipo de problema	Siempre	A veces	Nunca
Tuvo ciclo menstrual regular	47.40%	20.60%	32.00%
Tuvo suficientes paños limpios para limpiarse	60.00%	34.50%	5.50%
Tuvo suficientes toallas o tampones nuevos	64.80%	23.70%	11.40%
Pudo cambiarse de toallas o tampones cada vez que lo necesitó	57.00%	30.60%	12.40%
Tuvo dolores que el dificultaron hacer sus actividades durante su ciclo menstrual con dolor	36.40%	25.80%	37.70%
Tuvo acceso a medicamentos para el dolor durante su ciclo menstrual	20.80%	8.90%	69.90%

Fuente: Elaboración propia.

Para explorar las características de la atención de salud menstrual se cuenta con datos cualitativos. Las mujeres entrevistadas con problemas de salud menstrual en el trayecto, indicaron que su ciclo se alteró durante el trayecto, que se “descontroló” o que no era “normal”, como fue el caso de Adriana y Silvia: “Se me descontroló lo que es la menstruación; sí me bajó, pero no normal.” (Adriana).

“El periodo ya no me venía normal como venía en Honduras, digo yo creo en mi pensamiento que es por el trayecto de tanto viajar, caminar de tanto cansancio, ya no me venía igual pero ahora que estoy aquí (en Cd. Juárez) gracias a Dios ya me viene normal como antes.” (Silvia).

Isabel atribuye los cambios en su ciclo menstrual al “estrés” sufrido en el trayecto.

“Comencé a sangrar, mi periodo se me pasó, a mí me dura más o menos siete días y comencé a sangrar poquito. Entonces tenía que usar protectores diarios siempre y se me quitaba y después tenía flujo. Y así, entonces sin mal olor ni nada, pero creo, me imagino, que es lo por el mismo el estrés que traía.” (Isabel).

Para la atención de los problemas de salud menstrual, las entrevistadas mencionaron la dificultad de traer durante el trayecto migratorio medicamentos (analgésicos) para contrarrestar el malestar y dolor menstrual, ya que cuando son detenidas por autoridades migratorias en México o Estados Unidos, se los quitan. También reportan que los guías (“coyotes” o “polleros”) les quitan todos los medicamentos que traen: “Pues me quedé así no más. No tomé (pastillas) porque ya nos habían quitado toda la medicina. Las personas que nos trasladaban, allá nos quitaban todo” (Ana).

Comprar medicamentos se puede complicar debido a que los guías no les permiten salir de los lugares donde son retenidas durante el trayecto. Otro problema es la dificultad de poder bañarse y asear sus genitales tanto en el trayecto como cuando se encuentran en detención migratoria en Estados Unidos, como lo comentó Isabel.

“No había como. Lo único que hacía era siempre tener el cuidado de andar limpia. En inmigración me tocó de que como botan toda la ropa, todo lo botan, entonces lo que hice fue comenzar a cambiarme, como me botaron todo, pero ahí mismo a ellos les dan toallas sanitarias, entonces



me ponía toallas sanitarias para no poder ensuciarme, así, que si es una situación bien difícil” (Isabel).

“No se puede salir de las casas para nada cuando ésta un coyote. Ellos no le permiten, ya que la policía no nos puede ver, no se puede asomar ni a la ventana. Entonces, yo iba preparada con las cosas del niño y muy pocas pastillas para mí. Yo creo que eso fue así que me la logré”. (Isabel).

En la encuesta se preguntó sobre síntomas en el área genital durante el trayecto: un 49.2 por ciento reportó haber tenido algún problema (n=131), siendo los más mencionados la comezón (24.5%) y dolor (33.1%). Solamente un 22.1 por ciento (n=29) buscó atención para tratar estos síntomas (véase Cuadro 2). Diferenciando por tipo de problema, se observa que alrededor de una de cada cuatro mujeres que tuvieron problemas para orinar buscaron atención. El dolor fue otro de los problemas que a algunas mujeres a buscar atención.

Al grupo de mujeres que buscó atención, un 79.3 por ciento la recibió en el lugar donde la buscó. Los albergues para migrantes resultaron ser el principal lugar donde se solicitó la atención (véase Cuadro 3). El apoyo recibido en el albergue fue gratuito con excepción de un caso. Todas las mujeres que recibieron ayuda en albergues recomendarían a otras mujeres migrantes en su situación pedir apoyo en ese lugar. Los centros de salud públicos son otro lugar mencionado para buscar atención (37.9%). Solamente una mujer reportó haberse sentido discriminada por su país de origen mientras recibía atención en un centro de salud. El resto no reportó incidentes de ese tipo y recomendaría a otras mujeres migrantes buscar atención en esos lugares.

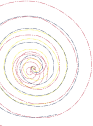
Con respecto a las razones por las que las mujeres no buscaron atención, destaca el no haber sabido a dónde ir (véase Gráfica 1). Otro 13.7 por ciento señaló que no lo hizo por tener que seguir su camino, situación que resuena con los testimonios anteriores de Isabel sobre la manera en que los guías de migrantes ejercen control total sobre el tiempo y los lugares a los que pueden acceder durante el trayecto.

Cuadro 2.
Distribución porcentual de problemas de salud en el área genital y acceso a atención durante el trayecto por México, 2021 (n=131)

Tipo de problema (Porcentaje que tuvo ese problema) n=131*	% que buscó atención n=29
Sangrado diferente a la menstruación (19.5%)	18.00%
Verrugas (6.6%)	11.80%
Dolor (33.1%)	22.40%
Comezón (24.5%)	22.20%
Ronchas (5.4%)	14.30%
Problemas para orinar (21%)	25.90%
Flujo vaginal con mal olor (18.7%)	14.60%
Llagas (2.7%)	14.30%

*Pregunta acepta respuestas múltiples.
Fuente: Elaboración propia.





Cuadro 3.

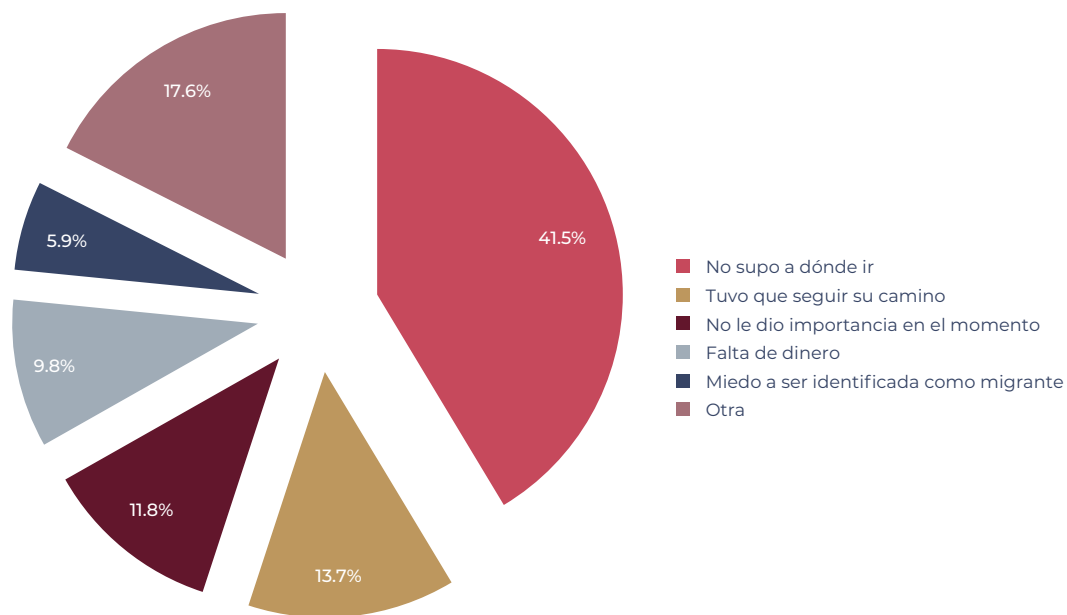
Distribución porcentual de lugar donde buscó atención y características de la atención, 2021

Lugar donde buscó atención (n=29)	Características de la atención			
	Recibió atención	Pagó por la atención	El personal de salud se refirió a usted de forma inapropiada por su país de origen	Recomienda a otras mujeres migrantes atenderse en ese lugar
Centro de salud público 37.9% (n=11)	81.10%	18.20%	9.00%	90.90%
Albergue para migrantes 48.2% (n=14)	76.90%	7.10%	0.00%	100.00%
Consultorio privado 3.4% (n=1)	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%
Farmacia 10.3% (n=3)	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 1.

Distribución porcentual de razones por las que no buscó atención para atender signos y síntomas en área genital, 2021 (n=102)



Fuente: Elaboración propia.



Con respecto a problemas después de haber tenido relaciones sexuales, que incumbe al 17 por ciento de la población encuestada que las tuvo durante su trayecto por México (n=44). Se les preguntó si después de la relación habían tenido algún problema de salud sexual, a lo que un 52.3 por ciento contestó afirmativo. El dolor en el vientre o abdomen fue el problema con más menciones (véase Cuadro 4). Destaca que un 31.8 por ciento estuvo preocupada por haber sido contagiada de alguna infección de transmisión sexual y un 34.1 por ciento por haber quedado embarazada. Entre las mujeres que tuvieron algún problema 26.1 por ciento buscó atención (n=6). Visto por tipo de problema, destaca que de las mujeres preocupadas por haber sido contagiadas por alguna enfermedad de transmisión sexual, solamente un 35.7 por ciento buscó atención. Algo similar se registra para las mujeres que quedaron preocupadas por haber quedado embarazadas, con un bajo porcentaje (26.6%) que buscó atención.

Para atender su problema, la mitad acudió a un centro de salud pública. Otro 33.3 por ciento lo hizo en el albergue donde se

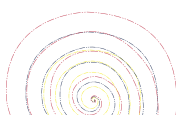
encontraban hospedadas y un 16.7 por ciento en consultorio de farmacia. Todas recibieron atención donde la buscaron. Con respecto al pago por la atención, 27.3 por ciento tuvo que pagar para recibirla. Solamente una mujer encuestada declaró haber sentido que se refirieron a ella de forma inapropiada por el personal que la atendía (véase Cuadro 5). Sucedió en un centro público de salud. Ella consideró que la razón fue su nacionalidad.

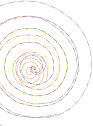
Entre las mujeres que tuvieron síntomas, molestias o preocupaciones de salud después de tener relaciones sexuales, no buscaron atención el 74 por ciento (n=17). La principal razón fue por no saber a dónde acudir (41.5%). No obstante, en esta ocasión, la falta de dinero sí fue un factor importante para no haber buscado atención. Es importante destacar de nuevo que varias mujeres comentaron que no buscaron atención debido a que las personas que contrataron para llevarlas a la frontera no las dejaban salir por su cuenta de los lugares (casas de seguridad) donde las mantenían durante el trayecto. Solamente una mujer dijo no haber buscado atención por miedo a que la deportaran (véase Cuadro 6).

Cuadro 4.
Distribución porcentual de problemas de salud después de haber tenido relaciones sexuales en durante el trayecto por México, 2021 (n=23)

Problema (Porcentaje que tuvo ese problema)*	Buscó atención
Heridas o lesiones en su vulva o vagina (9.1%) n=4	25.00%
Dolor en su vientre o abdomen (31.8%) n=14	21.40%
Dolor en el cuerpo (18.2%) n=8	37.50%
Comezón, ronchas o mal olor en su vulva o vagina (6.8%) n=3	33.30%
Preocupación por quedar embarazada (34.1%) n=15	26.60%
Preocupación por haber sido contagiada de alguna enfermedad de transmisión sexual (31.8%) n=14	35.70%

*Pregunta acepta respuestas múltiples.
Fuente: Elaboración propia.





Cuadro 5.
Distribución porcentual de lugar donde buscó atención y características de la atención, 2021 (n=6)

Lugar donde buscó atención (n=29)	Características de la atención			
	Recibió atención	Pagó por la atención	El personal de salud se refirió a usted de forma inapropiada por su país de origen	Recomienda a otras mujeres migrantes atenderse en ese lugar
Centro de salud público (50%, n=3)	100.00%	0.00%	33.30%	100.00%
Albergue para migrantes (33%, n=2)	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Farmacia (16.6%, n=1)	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6.
Distribución porcentual de las razones por las que no buscaron atención de su problema de salud en el área genital durante el trayecto por México, 2021

Razón n=17*	Porcentaje
No supo a dónde ir	41.50%
Falta de dinero	23.50%
Tuvo que seguir su camino	11.80%
“Otra (No podía salir del lugar donde estaba, no la dejaba el guía o coyote, miedo a que la identificaran como migrantes, no le dio importancia, pensó que se iba a curar sin necesidad de atención)”	23.20%

*Pregunta acepta respuestas múltiples.

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en los datos presentados, los albergues son uno de los principales lugares donde las mujeres buscan atención para problemas de SAS. Por medio de los albergues, las mujeres dicen resolver algunas de sus necesidades básicas de cuidados como son toallas y preservativos.

“aquí yo veo que hay preservativos. Y referente a lo del periodo, pues aquí nos dan muchísimas toallas sanitarias, toallitas húmedas o igual nosotros podemos comprar, si llevamos dinero, nuestro jabón íntimo” (Andrea).

Los albergues son también medios de vinculación con los servicios de salud de organizaciones civiles. Unidades móviles de salud van a los albergues a hacer pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), así como organismos de la sociedad civil ofrecen pruebas para la detección estas infecciones. Brenda recordó una ocasión en la que una organización civil visitó el albergue para hacer revisiones médicas y pruebas para detectar VIH y enfermedades de trasmisión sexual.

“Sí hay organizaciones que se acercan y le dicen a uno que si quiere chequearse, al



menos acá sí vinieron a realizar unas pruebas de VIH, Sífilis, pruebas para corroborar que nuestra salud está bien. Eso fue aquí en Juárez.” (Brenda).

Los albergues facilitan el acceso a servicios públicos de salud de atención primaria (centros de salud) o especializada (hospitales de segundo y tercer nivel). Venir referidas de un albergue es la manera más efectiva de tener acceso a atención en centros de salud.

“Pues aquí sí nos ayudan a ir a centros hospital también hay que nos atienden muy bien la verdad, y le dan ese apoyo aquí a uno para llegar a ese lugar porque yo he ido así con mis hijos y es buena la atención que le dan” (Perla).

“Si le pedimos el favor (al encargado del albergue) que nos lleve a algún lugar donde se puedan atender, tengo entendido que sí nos ayuda con eso” (Andrea).

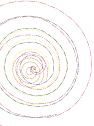
Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas

Los datos, análisis y conclusiones aquí presentadas sufren de las limitaciones espacio-temporales normales para este tipo de estudios. En particular, lo aquí presentado refleja las condiciones de los albergues y la población migrante en Ciudad Juárez durante una etapa sin precedentes debido a la pandemia del COVID-19. Esto afectó los métodos de recolección de datos y el trabajo de campo, con la implicación de tener menos capacidad para crear vínculos de confianza con las mujeres migrantes entrevistadas, lo que facilitaría tratar temas sensibles como pueden ser los relacionados a la SAS. Las relaciones sexuales en situaciones de coerción, por ejemplo, que se ha reportado en otros estudios similares (Infante *et al.*, 2020; Infante *et al.*, 2013), no fueron identificadas en este estudio.

También, los resultados reflejan las necesidades de mujeres migrantes cuyos viajes migratorios fueron de corta duración (entre quince días y un mes); y que llegaron a Ciudad Juárez deportadas desde Estados Unidos. Las necesidades y búsqueda de atención seguramente variarán dependiendo de la duración del viaje migratorio, y periodo de estancia en ciudades de espera, como el sitio de estudio. Otra limitación referente a los datos sobre acceso y calidad de la atención surge de la poca cantidad de mujeres migrantes que buscan atención. Esta situación se traduce en tener que sacar conclusiones con pocos datos. No obstante, la falta misma de estos datos ya es un indicio importante de lo mucho que se debe avanzar en facilitar el acceso a atención a las poblaciones en situación de movilidad en México. Con esto en mente, a continuación se ofrecen algunas conclusiones y recomendaciones que pueden contribuir a ampliar y mejorar ese acceso desde las políticas públicas.

Durante el tránsito por México, una necesidad presente para todas las mujeres (cis-género) es atender su salud menstrual. Incluso en periodos relativamente cortos de tránsito, las mujeres reportan cambios en sus ciclos menstruales, dolor incapacitante, e incomodidad debido a la dificultad para mantener el aseo personal deseado. No mencionan buscar atención para estos cambios, pues son atribuidos al estrés del viaje. El alivio del dolor que generan los cólicos menstruales no siempre es posible, dado que, en caso de llevarlos, estos son confiscados tanto por guías como por autoridades migratorias; y comprarlos resulta complicado (o imposible) porque suelen ser detenidas por los guías en casas de seguridad sin poder salir. Como una estrategia de cuidado durante el trayecto y en Ciudad Juárez, las informantes señalan, el aseo personal (genital) en la medida de lo posible. Las mujeres entrevistadas señalan que los albergues tienen la capacidad de proveer lo básico como toallas sanitarias y preservativos. No obstante, estos espacios tienen importantes





limitaciones en lo que respecta a medicamentos para el manejo del dolor (Peña, 2022).

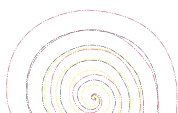
Sobre los datos recabados por medio de la encuesta muestran las dificultades que tienen las mujeres en situación de movilidad irregular para identificar y atender una diversidad de necesidades de salud sexual. Resalta que la razón principal por no buscar atención es “no saber a dónde ir” (45.1%) o no priorizar la atención (25.5%), y en menor medida el ser identificadas como migrantes en situación irregular (5.9%). En este sentido, pareciera que la búsqueda de atención depende más de la practicidad de la misma, que del miedo a ser identificadas como personas migrantes. Esto, nos parece positivo y un avance, quizás, en la percepción de ser sujetas de derechos. No obstante, en los resultados cualitativos se resaltó la falta de libertad de movimiento y decisión cuando son “guiadas” por el territorio, siendo esto uno de los principales obstáculos para la búsqueda de atención.

Por otro lado, aunque muy pocas mujeres buscan atención y no se puede observar tendencia alguna, resultó que tanto albergues como centros de salud son espacios frecuentemente mencionados para la atención por las mujeres migrantes que la buscan. En Ciudad Juárez, los albergues de la sociedad civil funcionan como facilitadores con otros actores para la atención en temas de SAS. Sin embargo, su principal función es brindar atención primaria dentro de sus instalaciones hasta donde sus capacidades de personal, espacio y medicamento permitan. Para la atención en centros de salud públicos, la canalización por parte de un albergue reconocido por autoridades estatales parece ser suficiente para que población migrante extranjera reciba atención gratuita —aunque el reporte de pocas mujeres incluye haber pagado por la atención—, tanto en albergues como en centros de salud. Aún así, el estudio sugiere que una problemática central es el acceso a servicios, más que la calidad de los servicios prestados para aquellas que pueden buscarlos y utilizarlos.

El desconocimiento aunado a la poca priorización de la atención en SAS, pone en evidencia la necesidad de ampliar la información y consejería en dichos temas, tanto en sus países de origen, como en los momentos de contacto que se tienen con ellas en México. El rol de género como un determinante para priorizar la salud de otras y otros (ej. hijos) y no lo propia se ha encontrado en otros estudios con esta población en la frontera sur también (Vázquez-Quesada *et al.*, 2021) y ha sido referida por albergues en Ciudad Juárez (Peña, 2022). Como una sugerencia a probar, se propone aprovechar la reciente experiencia en el autollenado de cuestionarios sobre signos y síntomas de COVID-19, para sugerir a las mujeres y otras personas migrantes realizarlos en privacidad (sin registro alguno por parte de las autoridades), y promover un espacio de reflexión sobre su salud, incluida la SAS (ej. signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual, secuelas físicas o psicológicas de violencias, mitos y verdades sobre la hígienes y salud menstrual, sexualidad, anticoncepción, etc.). Esta intervención deberá ser acompañada con capacidad de respuesta, ya sea por atención en los albergues o por referencias a organizaciones civiles o gubernamentales.

En la frontera norte de México, los albergues son puntos clave de conexión e integración entre las poblaciones en situación de movilidad y las sociedades de acogida. Por lo tanto, las instituciones gubernamentales que promocionan la salud deben de buscar mayor coordinación con los albergues para ampliar las capacidades de estos espacios de brindar atención primaria. Estas acciones deberán incluir los pasos para acceder a los servicios de salud para atención secundaria fuera de los albergues reforzando el carácter gratuito de la misma.

Poder brindar atención de segundo nivel dentro de los albergues facilitaría la atención de personas migrantes que no cuentan con recursos o que prefieren no salir del albergue por miedo o desconfianza en el entorno. No



obstante, la carencia de recursos humanos y materiales con que cuentan la mayoría de los albergues, hacen de esto inalcanzable, por lo menos en un mediano plazo. Las visitas de especialistas de la salud a los albergues parece ser la opción más viable de momento. Por lo tanto, por lo menos en contextos similares al de Ciudad Juárez, la vía para ampliar y mejorar el acceso a servicios de salud para la población migrante es trabajando con los albergue para ampliar sus capacidades de detección de enfermedades dentro de estos espacios.

Los factores que influyen para que unas mujeres accedan a servicios de salud públicos y otras no (puedan o quieran), es un tema para profundizar en futuras investigaciones. También, el acceso a servicios a mujeres que no se encuentran en albergues, así como estudios más amplios sobre la calidad de la atención entre mujeres migrantes quedan pendientes. Por lo pronto, se sugieren otras acciones concretas para que en el corto plazo se atiendan necesidades sentidas por las mujeres migrantes hospedadas en Ciudad Juárez: apoyar a los albergues para contar con analgésicos para contrarrestar los cólicos menstruales y pruebas de embarazo. Esto ayudará particularmente a las mujeres que tratan de evitar salir del albergue (al momento del estudio por las medidas de prevención ante COVID-19, pero también por seguridad), a quienes no les gusta ser revisadas por médicos, o que no tienen recursos económicos que puedan destinar a una prueba. La visita de especialistas mujeres, puede ser también una forma de promover la prevención, y la búsqueda de atención.

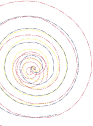
Como se mostró en los datos, existe preocupación por quedar embarazada o haber sido contagiada con una enfermedad de transmisión sexual después de haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto migratorio. Aunque en este documento estos temas no fueron explorados, se advierte que en caso de violencia sexual o sexo transaccional, los métodos

anticonceptivos son estrategias importantes, incluso insustituibles, de cuidado. Por lo tanto, se debe de procurar que dentro de la atención primaria que se pueda otorgar en los albergues, se cuenten con pruebas de embarazo y pastillas anticonceptivas de emergencia, así como mejorar la detección atención de enfermedades de transmisión sexual.

Referencias bibliográficas

- Díaz, P. G. y Kuhner, G. (2014). *Un viaje sin rastros. Mujeres migrantes que transitan por México en situación irregular*. Ciudad de México: L. L. C. de D. Editores S.A. de C.V., IMUMI (ed.).
- Infante, C., Leyva-Flores, R., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Torres-Robles, C. A., & Gómez-Zaldívar, M. (2020). Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Culture, Health & Sexuality*, 22(10), 1145–1160. doi: <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1662088>
- Infante, C, Silván, R., Caballero, M., & Campero, L. (2013). Sexualidad del migrante: Experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Pública de Mexico*, 55(SUPPL.1). doi: <https://doi.org/10.21149/spm.v55s1.5098>
- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Saldívar, M. J., & Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the us: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLoS ONE*, 14(8), 2009–2015. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>
- Leyva Flores, R., Infante Xibillé, C., & Quintino Pérez, F. (Eds.) (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud*. Cuernavaca, Morelos: INSP.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2019a). Glosario de la OIM sobre





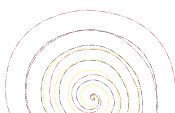
Migración. Recuperado de <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>

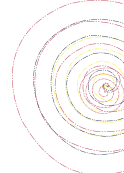
_____ (2019b). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1–28. Recuperado de: <https://dtm.iom.int/reports/mexico-diagnostico-para-monitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad>

Peña, J., Barrios de la O, M. I., Rodríguez. C. J. A., Carnero, D. E., Jiménez de León, P. y Sánchez, C. A. (2020). Condiciones y características de la población solicitante de asilo

en Estados Unidos en Ciudad Juárez. Una mirada desde los albergues y su entorno, 2020. Recuperado de: https://www.colef.mx/doc_coyuntura/condiciones-y-caracteristicas-de-la-poblacion-solicitante-de-asilo-en-estados-unidos-en-ciudad-juarez/

Vázquez-Quesada, L. M., Peña, J. y Vieitez, I. (2021) "Necesidades y Atención en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua." México: Population Council y El Colegio de la Frontera Norte.





CAPÍTULO II

LOS PROCESOS MIGRATORIOS ANTES DE COVID-19: LA MIGRACIÓN FEMENINA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

Rosa Patricia Román Reyes / Viridiana Sosa Márquez¹

Resumen

El presente trabajo² da cuenta de que en los últimos 40 años la migración femenina aumentó a nivel global y América Latina no fue la excepción. Se indica que son diversos los factores y dinámicas que han propiciado este incremento, se propone analíticamente que la feminización de las migraciones se vincula a dinámicas de articulación entre países en desarrollo y países desarrollados, situación que refleja patrones de desigualdad a escala mundial y regional. La investigación enfoca la situación de la migración antes y durante la pandemia por COVID-19. Se afirma que la globalización no es un proceso lineal, y que en esa falta de linealidad, se presentan contradicciones y conflictividad crecientes que impactan en el bienestar y en las condiciones de vida de la gente, entre ellas el de las poblaciones migrantes, especialmente el de las mujeres, adolescentes y niñas.

Palabras clave: *América Latina, feminización de la migración internacional, COVID-19, globalización, política públicas.*

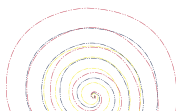
Introducción

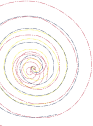
La perpetuación de la división entre trabajo productivo y reproductivo a escala global no hubiera sido posible sin la continua afluencia de mano de obra barata proveniente de los países periféricos dispuesta a incorporarse a este, relación que descansa no solo en el dinamismo de la migración internacional que distingue a la globalización, sino en la interdependencia en la esfera de la reproducción entre las sociedades de origen y destino (Ariza, 2013).

En este sentido, la distribución geográfica de la migración —incluida la femenina— según nacionalidades, responde al efecto de las redes familiares o vecinales de llegada acogida; al ámbito laboral, pues frecuentemente se ha documentado que el sector en que se vayan colocando las primeras irá aglutinando a las compatriotas que lleguen posteriormente y que las últimas en llegar quizá serán atraídas por las primeras al visibilizar las demandas laborales existentes en el destino (Ariza, 2013; Pla y Poveda, 2013). Estas trayectorias de movilidad también las sigue la migración calificada y/o profesional,

¹ Profesoras investigadoras del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales, Universidad Autónoma del Estado de México.

² El análisis que aquí se presenta forma parte del trabajo en extenso de la investigación documental del Componente G "Condiciones sociales de las mujeres, niñas y adolescentes migrantes en México en época de pandemia por COVID-19" financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. El grupo de investigación y entrevistadores/as fue liderado por la Dra. Rosa Patricia Román Reyes, con la colaboración de la Dra. María Viridiana Sosa Márquez, Temoatzín Gómez Cambrón y José Manuel Gutiérrez Becerra.





por ejemplo, en Valencia, las latinoamericanas con formación académica están consiguiendo empleos precarios en ciertas ramas del sector servicios (Pla y Poveda, 2013).

La dinámica de la feminización de las migraciones internacionales se enmarca en las dinámicas de participación de las mujeres en la producción para un mercado global, donde junto a la necesidad de importar cuidadoras sustitutas, en el origen de la feminización de los movimientos migratorios, está la circunstancia de que en los hogares transnacionales de los países, son las mujeres las únicas o principales responsables del sostenimiento de la familia, lo que hace referencia a la crisis de cuidados vigente en la actualidad, misma que traslada las desigualdades sociales derivadas de la división sexual de tareas de producción y reproducción, a la perpetuación de esta división en el plano internacional, forjando un entramado de relaciones de poder que constituye el escenario desde el que se pueden explicar tanto la feminización de los movimientos migratorios procedentes de los países más negativamente afectados por la globalización, como las (pseudo) soluciones que las sociedades más desarrolladas están dando a la llamada crisis de los cuidados.

En esta migración femenina (de mujeres, niñas y adolescentes) el gran corredor que va de Centroamérica a Estados Unidos, la violencia ha sido una de las principales causas de su incremento, así como la necesidad de la reunificación familiar, la pobreza y exclusión social de diversas regiones en México y en los países de la región centroamericana. Además, en los países de destino pueden persistir diversas maneras de violentar a las mujeres. Por ejemplo, en México se ha documentado que una estancia irregular de mujeres inmigrantes está acompañada de violencia intrafamiliar o algunas formas de explotación. Lo anterior, ante una dependencia económica de parejas o conyugues varones, así como la necesidad de información patronal para la obtención de una estancia legal en el país.

Hilar y recuperar las experiencias migratorias que tienen las niñas, adolescentes y mujeres desde el origen y en su proceso de tránsito hasta el destino, insta a documentar el tema, pues a pesar de su trascendencia, existen pocos estudios que abordan a fondo la movilidad femenina en las distintas etapas de la vida de las mujeres, que debido a su especificidad llega apenas a dejar un rastro. El análisis que aquí se presenta busca abonar en este sentido.

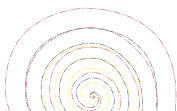
Metodología

La investigación tiene un carácter documental, se identificaron y seleccionaron parte de los textos más representativos sobre la migración femenina en el contexto latinoamericano, cuidando su anclaje al debate internacional del tema. A partir de ellos, se analizaron las contribuciones de cada uno de las y los autores citados, incluidos los trabajos de organismos internacionales y nacionales. El examen detallado de los textos de las investigaciones más recientes o lo que usualmente se llama estado del arte permitió con perspectiva de género evaluar las carencias, aciertos y necesidades que la migración femenina tiene en el corpus de textos académicos y la atención que recibe en materia de políticas públicas.

Balance de la migración femenina antes de COVID-19

En los últimos 40 años, la migración femenina aumentó en el contexto global y América Latina no fue la excepción (Herrera, 2013). Muestra de esto es que, en 2017, 257.7 millones de personas emigraron en el mundo, 51.6 por ciento fueron hombres y 48.4 por ciento mujeres (CONAPO, Fundación BBVA y BBVA Research, 2019).

Diversos son los factores y dinámicas que han propiciado este incremento; la Organización Internacional para las Migraciones (2014) hace referencia a que la feminización de las



migraciones se vincula a dinámicas de articulación entre países en desarrollo y países desarrollados que reflejan contundentes patrones de desigualdad, esto como consecuencia de las políticas neoliberales y los programas de ajuste estructural aplicados en las últimas décadas en algunas regiones -entre ellas América Latina-, lo que generó un aumento de pobreza, desempleo y economía informal. Esto impactó diferencialmente en las mujeres generando un proceso conocido como feminización de la pobreza. La migración emerge entonces como una alternativa adoptada por las mujeres para contrarrestar estas dificultades.

La distribución de las cargas de trabajo socialmente asignadas a hombres y mujeres, tradicionalmente está dada por una división sexual del trabajo que responsabiliza a las mujeres del trabajo reproductivo – doméstico y de cuidados para integrantes del hogar- y a los hombres del sostenimiento económico, a través de trabajo remunerado en el mercado laboral. Los cambios sociales, económicos y demográficos que se han experimentado desde hace ya algún tiempo han impactado en esta distribución del trabajo, siendo las mujeres las que más transformaciones han tenido, y una de las consecuencias o respuestas a ello es el aumento de la incorporación de las mujeres al mercado global (Sassen, 2003).

Por su parte, Herrera (2013) logra mencionar los siguientes factores como causantes de la migración femenina:

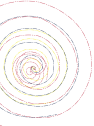
- ◆ La precariedad de los países de origen: las crisis económicas, las políticas de ajuste estructural, la reestructuración de los modelos productivos, la violencia social y política.
- ◆ La globalización: aumento de las comunicaciones y tecnologías los nuevos imaginarios de movilidad y la interdependencia entre mercados laborales.

- ◆ Rol de los estados en el ámbito del bienestar: permea la ausencia de cambios estructurales que promuevan la equidad de género desde los hogares, los mercados de trabajo y las políticas estatales.
- ◆ Factores estructurales relacionados con cambios demográficos: el envejecimiento de la población.
- ◆ Factores estructurales relacionados con cambios sociales: el ingreso de las mujeres al mercado laboral sin cambios en la división sexual del trabajo reproductivo al interior de los hogares.

En el caso de Latinoamérica, las migrantes que llegan a Estados Unidos siguen cuatro grandes conjuntos de razones: buscar mejores condiciones de vida; escapar de situaciones de violencia familiar y comunitaria; reunirse con su familia y encontrar un empleo que les permita apoyar económicamente a sus hijos (Ayuda en Acción, 2008), razones que no necesariamente excluyen que la migración sea una decisión personal, incluida en el proyecto de vida personal o simplemente dentro de su deseo de explorar nuevas opciones; así lo muestra Arias (2013: 96) “la evidencia etnográfica apunta a que las mujeres parten no solo por motivos de reunificación familiar o decisiones familiares —como se hacía tradicionalmente—, sino empujadas cada vez más por motivos particulares y decisiones propias, tomadas de manera independiente”. En este mismo sentido, Pla y Poveda (2013: 303-304) refieren lo siguiente:

Se puede suponer que el proyecto migratorio varía en función del perfil biográfico, de quiénes son y qué han hecho hasta entonces, de cuál es su principal motivación para emigrar, de si viajan solas o con la familia, de si vienen como familia reagrupada o como “pioneras” del proyecto familiar, del equipaje que traen (ahorros o deudas), de las redes de acogida con las que cuentan y,





por supuesto, de las oportunidades de vida y trabajo que encuentran a su llegada. Estas oportunidades, obviamente, muy ligadas a las políticas de regulación de la inmigración y a las del mercado laboral.

Es importante reconocer el papel protagónico que pueden tener las mujeres como individuos con autodeterminación en su movilidad y no solo bajo el dominio de decisiones masculinas, cuando ellas no ven alternativas de sostenibilidad en sus países de origen. Se reconoce que hay un impacto en las relaciones de género de las mujeres inmigrantes cuando ellas cuentan con trabajo asalariado regular. De tal manera que su autonomía y empoderamiento se incrementa bajo estas condiciones, asignándole a la toma de decisiones, en este caso de migrar, una cierta independencia o individualidad (Sassen, 2003).

Necesitamos entender también, que cada persona migrante tiene una historia propia que la impulsó a salir de su país, ya que tendemos a querer uniformizar la categoría migrante y esto también es un riesgo cuando analizamos la migración femenina, ya que no todas enfrentan las mismas situaciones ni motivaciones para migrar (Ayuda en Acción, 2021).

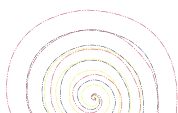
Los factores estructurales, demográficos, sociales y económicos están determinando los nichos laborales en los cuales las mujeres que migran hacia el norte se están incorporando, pues el trabajo sexual, el trabajo de cuidados, el trabajo informal y la agricultura ocupan los principales lugares de inserción laboral para estas mujeres (Garay y Medina, 2007).

Además, la solidaridad femenina en los últimos años está adquiriendo un papel relevante para que las mujeres puedan migrar, al menos así lo refiere Quecha (2015) en un estudio realizado con mujeres rurales en México. Aunque no dejemos de lado que, desde su formación, las redes de apoyo para las personas migrantes fueron heterogéneas, de difícil acceso, estaban

formadas por hombres y apoyaban a parientes hombres, con la idea de que estos trabajaran y proveyeran a sus hogares, es decir, en la formación de estas redes había coyunturas culturales, sociales y políticas, y por supuesto, desigualdades de género como base, pero poco a poco las mujeres han logrado ir consolidando sus propias redes de solidaridad.

Las redes de migración pueden definirse como el “conjunto de relaciones interpersonales que vinculan a los migrantes o emigrantes retornados con los parientes, amigos o compatriotas que permanecen en el país de origen” (Camacho y Hernández, 2005: 57) o en el de destino, transmitiendo información, otorgando ayuda económica y ofreciendo alojamiento y distintos apoyos a los recién llegados. Todos estos factores facilitan la migración porque reducen los costos, los riesgos y la incertidumbre de quienes se movilizan hacia un país desconocido.

A las mujeres les ha costado más trabajo tejer redes sociales que apoyen la movilidad que deciden realizar, dado que “su migración conlleva cambios significativos respecto a los roles y la jerarquía de las mujeres” (Quecha, 2015: 101) por lo que para ellas ha sido más compleja la movilidad internacional, pero al establecerse queda claro que hombres y mujeres tienen las capacidades y habilidades para migrar, no obstante, cada uno puede y busca objetivos diversos. Román (2013) menciona que hay razones no económicas que empujan a las mujeres a migrar, como son “salir de relaciones familiares opresivas, huir de distintas formas de violencia e interés propios”. Esto permite intuir que las mujeres pueden buscar la migración como una forma de superar algunas barreras de género y de violencia que se gestan a su alrededor, lo cual no necesariamente da como resultado que la violencia comunitaria ejercida hacia ellas aminore, pues un elemento común de las mujeres rurales que migran es la puesta en duda de su “honorabilidad”, comentarios que son acunados no solo por los hombres, sino también



por otras mujeres, y se puede pensar que el hecho de que no disminuyan los tratos opresivos hacia ellas, puede ser un factor que motiva y perpetúe las migraciones de mujeres, lo que a su vez puede seguir perpetuando la maternidad transnacional y la dinámica incivilizada del trabajo de cuidados.

Pese a lo anterior, para que se pueda concretar la migración femenina se requiere contar con diversos niveles de recursos, al respecto Merla (2014) refiere los siguientes:

1. El primer nivel de recursos comprende la movilidad (ser capaz de trasladarse) y la comunicación (más allá de las fronteras).
2. El segundo nivel incluye las finanzas (envío de dinero), el tiempo (poder dedicar tiempo a los cuidados), la educación y los conocimientos, y el alojamiento (poner a disposición un alojamiento adecuado).
3. Las relaciones sociales (tener acceso a una red social en origen y en destino). Las redes de amistad, familia, barrio, étnicas etc. pueden, en efecto, ayudar a las personas migrantes y a quienes integran su familia a superar las dificultades derivadas de un acceso difícil a otros recursos.

Este último nivel se complementa con lo referido por Puyana (*et al.*, 2010: 281): el mercado internacional reproductivo o la economía del cuidado internacional ha llevado a la salida de las mujeres de sus naciones y a delegar sus responsabilidades familiares a otras mujeres en sus países de origen, este fenómeno no solo ha intensificado las relaciones asimétricas entre géneros, sino también entre mujeres de países en desarrollo y de países más industrializados.

Los elementos mencionados aquí indican que la demanda de mano de obra femenina sea estructural, y que tenga como base un corte de género importante, por lo que para poder ser analizada requiere del uso forzoso de la perspectiva de género; pues la migración femenina,

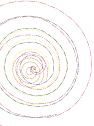
especialmente aquella que se ocupa en el trabajo doméstico y de cuidados se convierte en esfuerzos estratégicos para fortalecer el bienestar y el desarrollo, pues la división sexual del trabajo hace que las mujeres con su trabajo reproductivo subsidien gran parte de la economía y el desarrollo, y las mujeres migrantes en la globalización están expresando este proceso a escala transnacional (Herrera, 2013).

Demanda estructural de mano de obra femenina: migración internacional

La llamada feminización de las migraciones tiene como rasgo característico las transformaciones en los mercados de trabajo de los países de destino, que se han convertido en destacados reclutadores de mano de obra femenina para llevar a cabo las tareas de cuidado y otras ocupaciones de bajo salario, principalmente en el sector servicios (Parella, 2012).

La dinámica de la feminización de las migraciones internacionales se enmarca en las dinámicas de participación de las mujeres en la producción para un mercado global (Sassen, 2003; Parella 2012), donde junto a la necesidad de importar cuidadoras sustitutas, en el origen de la feminización de los movimientos migratorios, está la circunstancia de que en los hogares transnacionales de los países, son las mujeres las únicas o principales responsables del sostenimiento de la familia, lo que hace referencia a la crisis de cuidados vigente en la actualidad (Sassen, 2003), misma que traslada las desigualdades sociales derivadas de la división sexual de tareas de producción y reproducción, a la perpetuación de esta división en el plano internacional, forjando un entramado de relaciones de poder que constituye el escenario desde el que se pueden explicar tanto la feminización de los movimientos migratorios procedentes de los países más negativamente afectados por la globalización, como las (pseudo) soluciones que las sociedades más





desarrolladas están dando a la llamada crisis de los cuidados (Pla y Poveda, 2013).

La perpetuación de la división entre trabajo productivo y reproductivo a escala global no hubiera sido posible sin la continua afluencia de mano de obra barata proveniente de los países periféricos dispuesta a incorporarse a este, relación que descansa no sólo en el dinamismo de la migración internacional que distingue a la globalización, sino en la interdependencia en la esfera de la reproducción entre las sociedades de origen y destino (Ariza, 2013).

En este sentido, la distribución geográfica de la migración —incluida la femenina— según nacionalidades, responde al efecto de las redes familiares o vecinales de llegada acogida; al ámbito laboral, pues frecuentemente se ha documentado que el sector en que se vayan colocando las primeras irá aglutinando a las compatriotas que lleguen posteriormente y que las últimas en llegar quizá serán atraídas por las primeras al visibilizar las demandas laborales existentes en el destino (Ariza, 2013; Pla y Poveda, 2013). Estas trayectorias de movilidad también las sigue la migración calificada y/o profesional, por ejemplo, en Valencia las latinoamericanas con formación académica están consiguiendo empleos precarios en ciertas ramas del sector servicios (Pla y Poveda, 2013).

El empleo de fuerza de trabajo femenina inmigrante en el servicio doméstico es mayor en aquellos países que cuentan con bajos subsidios estatales para la esfera de la reproducción (cocina, limpieza y cuidado de niños y ancianos), en esta situación se encuentran algunas de las principales metrópolis de migración del norte global como son España, Italia, Portugal, Grecia y Estados Unidos, entre otros (Ariza, 2013), con esto no se debe perder de vista que aun cuando estén disponibles guarderías infantiles adecuadamente ubicadas, muchos estadounidenses de clase media tienen profundos prejuicios en contra de ellas, percibiéndolas como lugares que cuidan de los niños de manera fría,

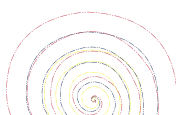
institucional y de segunda clase, es así que las familias de clase media, encabezadas por padres y madres trabajadores, prefieren la comodidad, flexibilidad y el privilegio de tener a alguien que cuide a sus hijos en casa (Hondagneu-Sotelo, 2011). Es así como, las trabajadoras domésticas internacionales permiten resolver parcialmente las tensiones entre las necesidades de reproducción de los hogares y las exigencias del mercado, dadas la división sexual del trabajo imperante y la continua reducción de la oferta laboral nacional (Ariza, 2013).

Los procesos migratorios antes de COVID-19: mujeres migrantes; migrar sin perspectiva de género y sin sistemas de cuidados

Un elemento de posicionamiento fundamental es el relativo a que la globalización no es un proceso lineal, y que en esa falta de linealidad, presenta contradicciones y conflictividad crecientes que impactan en el bienestar y en las condiciones de vida de la gente. En este contexto, el “descuido” parece convertirse en una de las consecuencias más dramáticas de este proceso y en el cual las migraciones se han teñido de crisis humanitaria.

En este contexto, consideramos relevante el planteamiento que realiza Amaia Pérez Orozco (2021) para entender como un enclave estratégico a las migraciones y los cuidados, y hacerlo reivindicando el papel de la migración como un proceso socioeconómico, histórico político en el cual los cuidados han ocupado un lugar pasivo de gran invisibilidad (como en todos los espacios y procesos sociales).

Para el caso de México, nos interesa recuperar las migraciones como procesos eminentemente socioculturales, considerando que quienes migran son personas que forman parte de un hogar y de una familia, dado que la migración es un fenómeno colectivo fundamentalmente. Es así que, en muchos casos, la



decisión de migrar es una decisión social, más que familiar y/o personal, y sean cuales sean los motivos de la migración, la ausencia de cualquiera de sus integrantes impactará en la estructura familiar y en los roles que se desempeñan dentro de esta, lo que generará cambios directamente en la reorganización familiar, y en el caso de las mujeres que migran y que tienen descendencia, implicará nuevos retos, nuevas formas de cuidar y de asumir la maternidad. En esta interseccionalidad de factores es donde se podrán apreciar otras desigualdades que tienen como base el sistema de control y organización sexo-género.

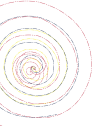
Al respecto, Díaz (2008) hace referencia a que cuando una mujer con hijos e hijas migra, el eslabón de la cadena de cuidados en el origen se encuentra ocupado por miembros familiares de la mujer no remuneradamente y de forma escasa por relaciones mercantilizadas o por cuidados proveídos por espacios estatales. En este punto, es preciso reconocer que frecuentemente la ausencia cotidiana de las madres migrantes no es sinónimo de desaparición en las decisiones ni en el acompañamiento y la supervisión del crecimiento de su descendencia, pues a través de los medios que están a su alcance (teléfono, internet, redes de apoyo familiar, etc.) muchas mujeres diseñan y llevan a cabo estrategias de cuidados y de presencia continua.

Investigaciones recientes muestran algunos cambios que se han originado a partir de la coyuntura que el confinamiento por la COVID-19, entre ellos podemos mencionar la mayor afectación de las mujeres en: la participación económica por la segmentación del mercado laboral, profundización en la desigualdad de las cargas del trabajo de cuidados al interior de los hogares, disminución del empoderamiento, en general, precariedad y vulnerabilidad, que además, requiere mayor documentación para conocer qué hacen las familias ante crisis como la de la enfermedad de COVID-19 y en específico las familias con presencia migrante (Gallego, 2021).

Así, la globalización de los cuidados se manifiesta a través de las cadenas globales de cuidados, que ponen en confluencia la forma en que distintos hogares transfieren cuidados de unos a los otros; entre quienes permanecen en México en el origen y quienes se ubican en Estados Unidos en el destino. Es a través de la globalización de los cuidados que se conectan la crisis de la reproducción social que ha obligado a las mujeres mexicanas a migrar, con la crisis de los cuidados que se desata en el destino. La principal característica -y condición para su funcionamiento- es su feminización; es desarrollada de forma exclusiva por mujeres, que son sus integrantes casi exclusivas. Según Pérez (2021); las cadenas globales de cuidados no son un asunto de mujeres, aunque son quienes tienen una presencia activa en las mismas, sino que son un espacio que desnuda las ausencias; de los hombres y del Estado, es decir, de la corresponsabilidad de los cuidados en la migración. Lo que ocurre es que se reproducen las desigualdades inherentes a la dinámica familiar y a la migración, ya que la forma particular de organización que asumen las familias y las personas suele ser distinta cuando migran las mujeres que cuando migran los hombres, en cuyo caso no es necesaria la reorganización familiar ni la puesta en marcha de cadenas de cuidados.

Las prácticas transnacionales muestran que las cadenas transnacionales se tejen en una red social y cultural construida sobre jerarquías de género, sociales y generacionales, que moldean la forma en que ocurren los arreglos de cuidado dentro de las familias y que se vinculan a prácticas muy arraigadas en las historias familiares (León, 2014). Si contemplamos estas desigualdades advertiremos que las cadenas globales de cuidado y/o cuidados transnacionales no constituyen una respuesta justa ni sostenible a la crisis de cuidados ni promueven la valoración social del cuidado, pues con esto se reproduce la vulnerabilidad de las mujeres en general y de las migrantes en particular, cuya contracara





está constituida por los procesos de retracción del Estado y expansión del mercado en el marco de los modelos neoliberales (OIM, 2014).

Así, los impactos socioeconómicos son varios; la privatización y mercantilización de los cuidados, la precariedad de los trabajos en los lugares de destino, la reingeniería de los recursos al interior de las familias para asegurar la supervivencia. Nuevamente, se intensifican los procesos de diferenciación social.

Al mismo tiempo, hay impactos en el trazado de las responsabilidades de las mujeres, en la visibilización (y agudización) de la inmovilidad de la paternidad y la expansión de la maternidad y por ende en la reconfiguración del vínculo entre los cuidados y la desigualdad; en palabras de Amaia Pérez Orozco (2021): “se cuida más y se recibe menos en un modelo de mal desarrollo donde la vida no está en el centro”. Es por esto por lo que los impactos de la estructuración de una cadena de cuidados con base física en el país de origen -México- pero con lazos afectivos más allá de lo tangible, se ubican directamente en la reconfiguración familiar —una nueva forma de organización de las relaciones y los vínculos familiares— en la cual es necesario especificar espacios y condiciones, que son los que van definiendo los roles, la distribución de actividades y de recursos.

Una nota aparte requiere analizar el impacto socioemocional de la migración sin hijas e hijos que la acompañen, así como las transformaciones en los roles de género al interior de las familias y los hogares.

Pensar en una aproximación global a una política de cuidados para mujeres migrantes implica considerar de forma básica tres elementos; la multilateralidad de los sistemas que involucra, el diseño de normativas y políticas con perspectiva de género y sensibles a los cuidados y el cumplimiento de los convenios internacionales existentes.

En el actual mundo globalizado donde la circulación de bienes provoca la circulación de

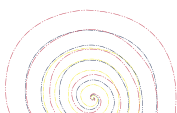
personas, el papel de los Estados se ha visto insuficiente, se sigue centrando en la diferencia entre migración internacional o interna, dejando de lado los contextos, el análisis de los aspectos socioculturales y económicos, los cambios socio-estructurales, y las diversas problemáticas sociales y políticas que se derivan de los movimientos poblacionales (Masseroni, 2016).

Comentarios finales y perspectiva de política pública

Cabe mencionar que, hasta este momento, la política migratoria en la mayoría de los países latinoamericanos, incluido México, se ha enfocado en la territorialidad, el desarrollo y un poco el retorno, pero sigue ausente el tema de los cuidados (Fernández, 2018), y la creación de estrategias y/o políticas para facilitar la reunificación familiar y la mejora de las condiciones de vida de las personas migrantes, sus hijos/as y sus familias en general.

El Estado debe generar políticas públicas que hagan más amigables³ los procesos migratorios y que a su vez garanticen el cuidado de las y los descendientes de las personas migrantes y de toda la población en general, pues cuando el estado no se hace cargo de desarrollar y efectuar políticas públicas que garanticen el cuidado y la reproducción, la mayor parte del cuidado se resuelve en la oferta privada o al interior de las familias, con serias consecuencias no sólo para las mujeres como sus principales responsables, sino también para los receptores del cuidado que se ven así sin el cuidado integral necesario (Herrera, 2012), y en este contexto, se intersectan cuestiones propias del entorno, es decir, la oferta de cuidados que puede haber en un entorno rural o en uno urbano, son diferentes.

³ Entendiendo el término amigable, como más fácil, sin riesgos, sin vulnerar los derechos humanos fundamentales de las personas migrantes, y por supuesto, sin violentarlas.



En los países europeos, y en España en particular, los debates en torno a la organización social del cuidado han girado en la interrelación entre el trabajo no remunerado ejercido por las familias, y las mujeres en particular, su reciente mercantilización en manos de mujeres migrantes, las transferencias monetarias a las familias por parte del Estado y/ o los servicios sociales que ofrece este para determinadas tareas (Vega, 2009; Martínez y Buján, 2011, citados en Herrera, 2012), en América Latina, con un Estado mucho menos presente, estos procesos toman una figura más precaria, pues no existen políticas o programas de conciliación entre el trabajo no remunerado y el remunerado, ni políticas que promuevan la corresponsabilidad social y de género en el trabajo reproductivo (Herrera, 2012).

Por su parte, la emergencia provocada por la pandemia de COVID-19 también ha generado ciertos impactos sobre la vida de las mujeres, profundizando las desigualdades de género presentes e incluso provocando retrocesos en algunos de los derechos ya reconocidos. Uno de los elementos que más visible se ha tornado a partir de la pandemia es la crisis del trabajo de cuidados, al ser este una de las principales barreras para la participación económica igualitaria de las mujeres en la economía, la sociedad y las familias (CIM, 2021).

Los cuidados deben verse como parte de las políticas de recuperación de la crisis derivada de la pandemia por COVID-19 y ubicarse como parte de las soluciones a corto, mediano y largo plazo, como inversión destinada al desarrollo de las naciones. Lo anterior, porque representan parte de la cadena de valor, como una precondition para que puedan llevarse a cabo las actividades remuneradas, inversión que impactará en lo social, público y privado, en la salud fiscal, en el crecimiento económico, así como en la productividad. Es entonces que se afirma que el trabajo de cuidados debe considerarse como parte integral e inherente de toda política pública (CIM, 2021).

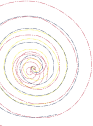
En la región latinoamericana es imprescindible realizar mayores esfuerzos para formular e implementar de manera efectiva políticas públicas que promuevan el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

Velasco, Pedone y Miranda (2021) afirman que se requiere fortalecer las perspectivas interseccional e histórica en el abordaje de la complejidad migratoria que engloban los corredores migratorios de la región, considerando el cruce de diferencias sexo-genéricas, raza/racialización, clase y generación. Así como considerar a las personas migrantes, sus experiencias y vivencias, las cuales se ven impactadas por las políticas y la aplicación de regímenes migratorios específicos.

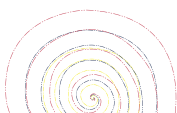
Referencias bibliográficas

- Arias, P. (2013). El viaje indefinido: la migración femenina a Estados Unidos. En Martha Judith Sánchez e Inmaculada Serra (coord.), *Ellas se van, mujeres migrantes en Estados Unidos y España*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Ariza, M. (2013). Inmigración y trabajo reproductivo: el servicio doméstico en Estados Unidos en tiempos de globalización. En Martha Judith Sánchez e Inmaculada Serra (coord.), *Ellas se van, mujeres migrantes en Estados Unidos y España*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Ayuda en Acción (2008). Migración femenina en el mundo, *Ayuda en Acción*. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/migracion-femenina/> (Consultado el 9 de agosto de 2021)
- Camacho, G. y Hernández, K. (2005). *Cambio mi vida. Migración femenina, percepciones e impactos*. Quito: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer



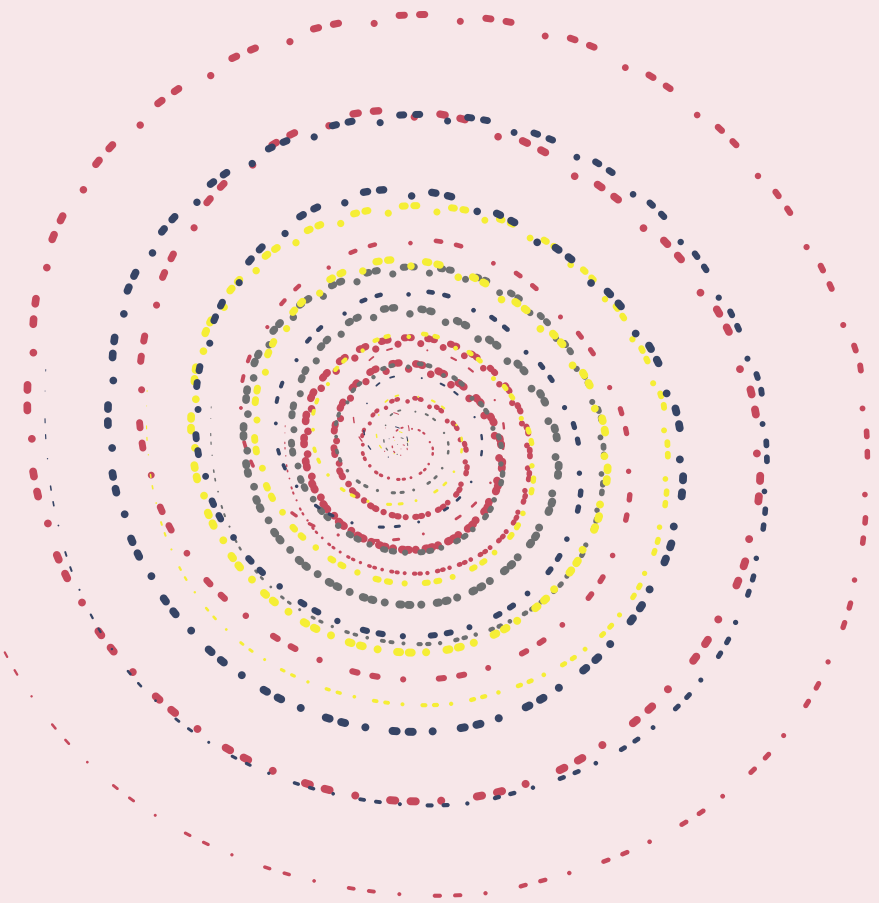


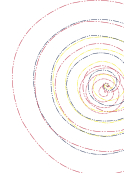
- (UNIFEM) y Centro de Planeación de Estudios Sociales (CEPLAES).
- CONAPO, Fundación BBVA y BBVA Research (2019). *Anuario de migración y remesas*, México 2019, primera parte, México: CONAPO, Fundación BBVA y BBVA Research. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/anuario-de-migracion-y-remesas-mexico-2019> (Consultado el 9 de agosto de 2021).
- Díaz, M. (2008). El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿Cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 71-89. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0808220071A/32256>
- Gallego, G. (2021). Seminario "Las familias a debate: miradas retrospectivas y contemporáneas en tiempos convulsos" impartido en línea "Devenires familiares en tiempos de pandemia", 18 de mayo de 2021 a las 17:00 HRS. Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano, Red de Estudios sobre Familias en México y América Latina.
- Garay, L. J. y Medina, M. C. (2007). *La migración colombiana a España. El capítulo más reciente de una historia compartida*, Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, y Observatorio de la Inmigración. Recuperado de: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0147.dir/mtas0147.pdf
- Herrera, G. (2012). Repensar el cuidado a través de la migración internacional: mercado laboral, Estado y familias transnacionales en Ecuador. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 139-159. doi: https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n1.39118
- _____ (2013). *Más allá de los cuidados. Revisitando la relación entre género, migración y desarrollo a partir de la experiencia de la migración andina*. Ecuador: E-DHC, *Quaderns Electrònics sobre el Desenvolupament Humà i la Cooperació*, 1 n° 1, 22-37. Recuperado de: https://www.uv.es/edhc/edhc001_herrera.pdf
- Hondagneu-Sotelo, P. (2001) *Domestic: Immigrant Workers Cleaning and Caring in the Shadows of Affluence*. California: University of California Press
- León, C. (2014). La retraditionalización de los roles de género en la maternidad transnacional: el caso de mujeres peruanas en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, XIV(1), 15-40. Recuperado de: <https://www.scielo.cl/pdf/ssa/v14n1/art02.pdf>
- Masseroni, S. (2016). Sobre el estudio de las migraciones enfoques y métodos. *Revista Huellas de la migración*, 1(1), 11-34. Recuperado de: <https://huellasdelamigracion.uaemex.mx/article/view/4427>
- Merla, L. (2014). La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, (106-107). Recuperado de: <file:///C:/Users/Mary&B/Downloads/280776-384948-1-SM.pdf> (Consultado el 13 de agosto de 2021).
- Organización Internacional para las migraciones [OIM] (2014). *Las mujeres migrantes y la violencia de género. Aportes para la reflexión y la intervención*. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones y Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Parella, S. (2012). Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España. *Papers*, 97(3), 661-684. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/255855/342802/>
- Pérez, A. (2021). La economía del cuidado en la sociedad actual. Santiago de Chile: CLACSO.



- Pla I. y Poveda, M. M. (2013). Inmigración y experiencia de trabajo de las empleadas de hogar en España. En Martha Judith Sánchez e Inmaculada Serra (coords.). *Ellas se van, mujeres migrantes en Estados Unidos y España*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Puyana, Y. et al. (2010). Cambios y Conflictos en los Grupos Familiares Frente a la Migración Internacional. Informe Final Conciencias. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad de Cartagena y Universidad del Valle.
- Quecha, C. (2015). Migración femenina e incidencias en la crianza: el caso de una población afrodescendiente en México. *Alteridades*, 25(49), 93-108. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v25n49/v25n49a8.pdf>
- Román, P. (2013). La familia como unidad de análisis en el estudio de las migraciones. En Eduardo Sandoval, Rosa Patricia Román Reyes y Renato Salas Alfaro (coords.). *Familia y Migración*. México: Universidad Autónoma del Estado de México y Miguel Ángel Porrúa.
- Sassen, S. (2003). *Contra geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficante de sueños.
- Velasco, S. A. P. Claudia y Miranda, B. (2021). "Movilidades, control y disputa espacial. La formación y transformación de corredores migratorios en las Américas". *PERIPLOS, Revista de Investigación sobre Migraciones*. 5(1), 4-27. Recuperado de: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/download/37116/29145/98797







CAPÍTULO III

DECESOS DE PERSONAS DE NACIONALIDAD EXTRANJERA EN MÉXICO: LA CRIMINALIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO

Rosalba Jasso Vargas¹ / César Barboza Lara²

Resumen

Con base en las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se presenta un análisis de los decesos de personas de nacionalidad extranjera quienes presumiblemente transitaban por el país. El análisis a lo largo del tiempo muestra una tendencia creciente, explicada en parte al incremento en el número de asesinatos en solitario y en ejecuciones múltiples. Adicional a los asesinatos, las caídas y accidentes vehiculares son un importante riesgo en la entidad de Chiapas, mientras los decesos por ahogamiento son más frecuentes en Tamaulipas. En esta última entidad se registró un mayor número de decesos en homicidios múltiples.

Palabras clave: *migración en tránsito, mortalidad, extranjeros en México.*

Introducción

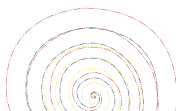
Discutir sobre la migración en tránsito por México obliga a pensar en distintas aristas de análisis desde las cuales se puede observar y analizar este fenómeno. Sin duda ha sido un tema vigente en la agenda regional de los

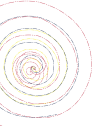
países que integran el continente americano, en la medida en que México representa el último territorio de cruce antes de llegar al lugar que la gran mayoría elige como punto de destino: Estados Unidos. Los países de origen de los migrantes que transitan por México han variado con el paso del tiempo: de territorios tan cercanos como Guatemala, Honduras o El Salvador, pero también desde otras latitudes, como Haití o Cuba. Incluso, se han documentado flujos de países localizados mayores distancias, desde el continente africano, cuyos flujos se han incrementado, particularmente desde Eritrea, Somalia, Congo y Camerún (Ray y Leyva, 2020).

Las perspectivas de análisis de la migración en tránsito por México implican entender la dinámica de los flujos y sus estadísticas, los países de origen, los perfiles sociodemográficos de quien migra, las causas de la migración o la diversificación de estrategias que utiliza la población migrante para cruzar de manera segura por México. Además de estos enfoques, se añade a la lista los riesgos a los que se enfrentan los migrantes en tránsito por México, los cuales han sido ampliamente documentados y que incluyen asaltos, extorsiones, secuestros, actos de corrupción, sobornos, violaciones, entre otros.

¹ Dra. Rosalba Jasso Vargas, Investigadora posdoctoral, Universidad Autónoma Metropolitana.

² Dr. César Barboza Lara. Investigador, Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Norte.





La muerte de una persona migrante representa el riesgo máximo al que se enfrenta en su trayecto hacia Estados Unidos. Según la Organización Internacional para las Migraciones, de enero de 2014 a julio de 2021 se han logrado documentar un total de 3 709 muertes de personas migrantes en toda la región de Latinoamérica: 650 de ellas ocurrieron en las rutas migratorias a través de México, mientras que 3 059 en la frontera entre Estados Unidos y México (Black y Viales, 2021).

Con base en lo anterior, este artículo pretende aportar a la discusión sobre la mortalidad de los migrantes en tránsito por México, en un contexto de cambio en los procesos migratorios, con base en el análisis de cifras recientes de mortalidad. A pesar de las múltiples estrategias que han establecido los migrantes para llegar a su destino, desde hace cuatro años ha llamado la atención la formación e integración de numerosos grupos de migrantes, llamadas caravanas que, en grupos de entre ocho mil a diez mil personas, buscaron llegar a los Estados Unidos (UNESCO, 2021).

En este tema se ven involucrados distintos países: Estados Unidos como el principal destino; México como territorio de tránsito, y los diferentes y variados lugares de origen. Por lo tanto, no es un tema exclusivo de un territorio y, por el contrario, es sumamente relevante para todos los involucrados por diversos motivos: primero, porque los países de este corredor migratorio requieren crear mecanismos de cooperación para evitar que sigan ocurriendo decesos de personas migrantes; y, segundo, porque a pesar del paso del tiempo, no se han logrado atender las verdaderas causas que obligan a las personas a salir de su lugar de origen y enfrentar un trayecto peligroso, inseguro y lleno de incertidumbre. Esto ha tenido como consecuencia que,

la crisis migratoria en LAC y el incremento de movilidad intrarregional motivado por factores económicos, políticos, me-

dioambientales y humanitarios, ha llevado a que los flujos migratorios se incrementen de manera drástica desde países como Venezuela, Haití, Nicaragua y el Triángulo Norte (Honduras, Guatemala y El Salvador) particularmente, cada uno con elementos diferenciadores que los caracterizan (UNESCO, 2021, p.13).

Con base en este breve contexto, el objetivo general de este trabajo consiste en desarrollar un panorama general de la mortalidad de la migración en tránsito desde Latinoamérica a su paso por México. Para hacerlo, el documento se divide en tres secciones: en primer lugar, se describen algunos antecedentes relevantes del tema de estudio; después, se explica la estrategia metodológica que se siguió para el cumplimiento de los objetivos; y, en tercer lugar, se presentan los resultados obtenidos. El documento cierra con algunas conclusiones y recomendaciones.

Antecedentes

La estimación de mortalidad de la población migrante es una tarea difícil, puesto que se enfrenta a obstáculos de registro y seguimiento de todas las personas que salieron de un punto A para llegar a un punto B. A pesar de estas dificultades, Black y Viales (2021, p. 4) afirman que, desde el 2014, se han registrado más de cinco mil muertes y desapariciones “en trayectos migratorios a través de Centroamérica, Norteamérica y el Caribe, aunque es probable que muchas más sigan sin ser documentadas”, lo que daría lugar a una cifra mayor.

Las causas que obligan a los migrantes a salir de su lugar de origen han obedecido a factores económicos, sociales y ambientales, como la pobreza, la desigualdad, la violencia o los desastres naturales (Henao e Hincapié, 2019), principalmente desde los países que forman el llamado Triángulo del Norte (Guatemala,



Honduras y El Salvador). Por otro lado, como afirman Castellano y Martínez (2021, p. 140) “una gran parte de los niños y los adolescentes en la región se encuentran ante una complicada disyuntiva”, al no contar con suficientes opciones educativas y de trabajo, además de residir en entornos de violencia en donde “la delincuencia organizada se vuelve atractiva para la juventud de los países de esta región a menos que opten por dejar sus hogares y buscar mejores oportunidades en otro país” (Castellano y Martínez, 2021, p. 140). Esto obliga a una importante cantidad de población a salir en busca de mejores opciones de vida, lo que asumen encontrarán en Estados Unidos.

Una vez que deciden emigrar, se enfrentan a una serie de obstáculos y retos que es necesario superar para poder lograr el objetivo. Sin embargo, en el trayecto hacia el norte desafortunadamente se presentan decesos dentro de lo que se ha conocido como frontera vertical, la cual se integra de los “puntos de control desplegados por las autoridades mexicanas y de la presencia de delincuencia organizada que pretende sacar provecho de los migrantes que se movilizan en condiciones y bajo circunstancias que los hacen vulnerables” (Torre y Mariscal, 2020, p. 3). Un reporte de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes concluyó, en el 2017, que 2 724 personas sufrieron algún tipo de delito en su trayecto, y entre los más sobresalientes se encontraron los robos, el secuestro, las lesiones y el abuso de autoridad (El Colegio de la Frontera Norte, 2018)

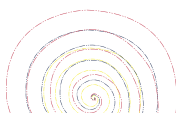
Las causas de la mortalidad de la población migrante en tránsito por México son diversas. Según Black y Viales (2021), la principal causa de muerte son los accidentes de tránsito, que se relacionan con los trenes de carga que comúnmente se utilizan como principal medio de transporte para llegar a la frontera norte de México. A pesar de que ha disminuido su uso, influenciado también por las caravanas migrantes, entre 2014 a 2020 se registraron al menos 215 decesos por

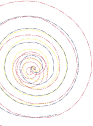
esta causa. Por otro lado, la muerte derivada de actos de violencia, como asesinatos y abuso físico, representó la segunda causa de muerte de la población migrante en tránsito (Black y Viales, 2021). Esto ha llevado a asumir que

La mayor preocupación, es el incremento alarmante de la intensidad de peligros a los que se enfrentan en su tránsito por México. La probabilidad de ser vulnerado es muy alta, pues la capacidad de evadir, resistir o enfrentar las agresiones y superar los posibles daños, es muy limitada (Castellano y Martínez, 2021, p. 142).

Un incremento en la mortalidad de migrantes puede explicarse también a partir de un aumento en el flujo de personas, así como su mayor visibilización en el entorno. Es posible que las caravanas que se empezaron a conformar desde el 2018 pudieron tener un efecto en este indicador, ya que a partir de ese año se “observó un cambio fundamental cuando estos últimos flujos se movilizaron en forma colectiva en las autodenominadas caravanas” (Castillo, 2020, p. 3). Al respecto, Salazar (2019, p. 136) afirma que “las caravanas constituyen un despliegue estratégico en el que población precarizada, desempleada, agredida y amenazada produce formas de movilidad que en contextos de violencia social y securitización estatal le permitan territorializarse y realizar prácticas de protección y sobrevivencia”. Es decir, se trata de una estrategia específica que movilizó a miles de migrantes con el fin de buscar su seguridad colectiva y visibilizar su situación. Y definitivamente lograron su cometido, ya que la caravana inicial, en el 2018, “despertó un gran interés por la comunidad nacional e internacional. Entre otras cosas, por lo novedoso de su convocatoria y organización a través de redes sociales y lo numeroso del flujo arribando de manera conjunta” (Gandini, 2019, p. 24).

Los riesgos asociados a esta movilidad colectiva no fueron pocos, particularmente por la





forma en que desde el mismo gobierno fue gestionada, atendida y entendida esta forma de migración en caravanas. Esto significa que “México ha producido una política de violencia estructural que genera la vulnerabilidad de las personas en múltiples sentidos. Reflejo de ello fue lo sucedido con las caravanas de personas migrantes que llegaron al país en 2018. Desde la crisis migratoria con las niñas, los niños y los adolescentes no acompañados en 2014 no había sido tan público el recrudescimiento de la política migratoria en las fronteras y el tránsito por el país” (Hernández y Ramos, 2022, p. 33).

Las distintas caravanas migrantes que se han formado desde el 2018 han acumulado miles de personas que buscan transitar por México para llegar a Estados Unidos —7 mil en la primera y 13 mil en la segunda (Pérez y Niño, 2019)—, enfrentando diversos obstáculos en el camino. Al respecto, Prunier y Salazar (2021, p. 21), afirman que los migrantes “se enfrentaron al uso brutal de la fuerza y vieron disuelto su esfuerzo, con un trasfondo de miedo y criminalización que asocia la ilegalización del cuerpo migrante con la amenaza sanitaria”. Es decir, desde el mismo aparato estatal se empezó a limitar y enfrentar una travesía que se visualizaba peligrosa, y “al mismo tiempo, las personas transitando en caravana tienen el riesgo de exponerse a violencia depredadora, abuso sexual, violación, tráfico, inseguridad alimenticia, discriminación y exclusión social” (Sedas *et al.*, 2020, p. 1).

A pesar de acompañarse en el trayecto, muchas caravanas sufrieron hechos de violencia, hasta llegar al punto de su disolución en algunos puntos del país. Ante este contexto, se explica en la siguiente sección la metodología a seguir para presentar los datos de mortalidad de la población migrante.

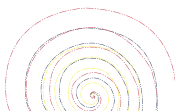
Metodología

Las cifras se basan en las estadísticas de muerte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se seleccionaron los decesos de personas de nacionalidad extranjera quienes en vida residían en algún país latinoamericano³ y cuya muerte ocurrió entre los años 2002 y 2020, como una primera exploración de las muertes de migrantes en territorio mexicano.⁴ Esta manera de proceder es limitada y sería deseable contar con información referente a la nacionalidad, el país de residencia, el país de nacimiento o el estatus migratorio, no obstante, al momento, en las bases de datos publicadas por el Instituto, únicamente es posible identificar los decesos de personas de nacionalidad extranjera (sin identificar el país de ciudadanía) y la región de lugar de residencia habitual (cuando no se reside en México).

Con el fin de analizar la mortalidad de latinoamericanos en tránsito, en nuestro análisis se excluyen a las personas extranjeras que eran residentes en México, es decir, el grupo de inmigrantes. En la identificación de las causas de muerte se utilizó la codificación de la causa básica CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición), de la siguiente manera: Ahogamiento (W65-W84), Caídas y accidentes (X01-X59, W01-W64, W85-W99, V01-V99,

³ Uno de los principios rectores de las estadísticas vitales es la cobertura universal: “... la captación debe incluir todos los sucesos vitales que ocurran en todas las regiones geográficas y todos los grupos de población dentro del territorio nacional” (INEGI, p.3). Las estadísticas vitales incluyen, entonces, las defunciones de turistas, trabajadores fronterizos, migrantes en tránsito cuya residencia habitual se encuentra en un país distinto a México.

⁴ Este procedimiento se basa en un ejercicio previo que contrasta los registros del INEGI y las actas de defunción del Registro Civil en 5 municipios de la frontera sur de México (Jasso, 2022). En esta exploración, las defunciones de personas de nacionalidad extranjera y que el país de residencia fuera algún país latinoamericano son un camino de aproximación a las muertes de migrantes en tránsito. El desconocimiento de algunas dimensiones de la movilidad como la nacionalidad, el país de residencia, el país de nacimiento o el estatus migratorio, ocasiona la subestimación de la mortalidad de este conjunto poblacional (Jasso, 2022). En este procedimiento reside la dificultad de diferenciar entre turistas, trabajadores transfronterizos y migrantes en tránsito; no obstante, representa un primer ejercicio de aproximación a las muertes durante el tránsito. Otro elemento que considerar es que algunas personas viajan sin documentación alguna con el fin de pasar desapercibidos, y en el caso de muerte, este hecho dificulta su identificación.



Y10-Y89, S00-S99, T00-T98), Homicidio (X85-Y09) y Suicidio (X60-X84).

El objetivo del artículo consiste en ofrecer un panorama general de las muertes de latinoamericanos en tránsito por México. Se ofrece un análisis descriptivo de las muertes según año de ocurrencia y cuáles fueron las causas de muerte más comunes.

Adicionalmente, se vincula la coincidencia temporal y espacial de las muertes de migrantes para identificar homicidios en masa y accidentes que provocaron la muerte de al menos dos personas extranjeras. Es decir, por eventos múltiples se consideraron aquellos decesos que ocurrieron el mismo día en un espacio relativamente cercano (misma localidad), asumiendo que la cercanía en tiempo y espacio supone la ocurrencia de un mismo evento.

Resultados, discusión y análisis

De acuerdo con Naciones Unidas al menos 810 personas murieron en su trayecto migratorio en 2019 mientras cruzaban desiertos, ríos y áreas remotas. Este año marca la cifra récord de personas migrantes muertas en el continente americano.⁵ El recuento de decesos por parte de este organismo se basa en diversos recursos como son los registros oficiales, los reportes en la web o de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), las encuestas y entrevistas a migrantes.⁶ Por nuestra parte, con base en los registros de las estadísticas vitales intentamos señalar algunas particularidades generales de los decesos de personas migrantes en el país. Es preciso subrayar dos principales desventajas: la escasa información a partir de los registros oficiales referente a las muertes de personas migrantes y la imposibilidad de estimar con cierta precisión las tasas de muerte. Por escasez de información

nos referimos, por un lado, a la falta de cobertura de las tragedias de migrantes y, por otro lado, de registrarse sus muertes, estas se encuentran insuficientemente especificadas.⁷

En relación con el nivel de cobertura de los decesos, resulta sumamente complejo disponer de algún margen en su dimensión, no obstante, algunas organizaciones civiles han estimado que la cifra de muertes ronda alrededor de los 40 mil. Varela (2017a) puntualiza la incertidumbre en las cifras como sigue:

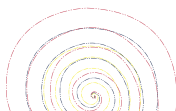
Es difícil poner esta cifra de muertos en perspectiva, pues se desconoce con certeza la cantidad concreta de cuántos de los cuerpos hasta ahora depositados en fosas comunes son de personas migrantes. Se carece de cifras oficiales para dimensionar si estos 40 mil migrantes muertos que las organizaciones civiles afirman que hay fueron asesinados en un período concreto de tiempo... En todo caso, 40 mil familias carecen de un miembro que intentó la fuga al norte global como estrategia de sobrevivencia (Varela, 2017a, pp.140).

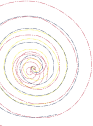
A pesar del número reducido de casos registrados en las estadísticas vitales (2 805) (en comparación con la estimación de 40 mil decesos), la tendencia de las muertes a lo largo del tiempo identifica cambios importantes en términos de la magnitud de decesos y de los riesgos asociados a diferentes causas de muerte; además, coincide en identificar el año 2019 como el de mayor volumen (Gráfica 1). Las cifras de las estadísticas reflejan que, mientras en 2002 ocurría en promedio la muerte de dos personas por semana, en 2019 ocurrieron aproximadamente 5 decesos cada semana.

⁵ <https://news.un.org/es/story/2020/01/1468662>

⁶ Para una explicación más amplia sobre la metodología revisar: <https://missingmigrants.iom.int/methodology>

⁷ En las bases de datos publicadas por el Instituto se omite el país de nacimiento y no se desagrega la nacionalidad, lo cual dificulta la identificación y caracterización de los decesos durante la migración (Jasso, 2022).





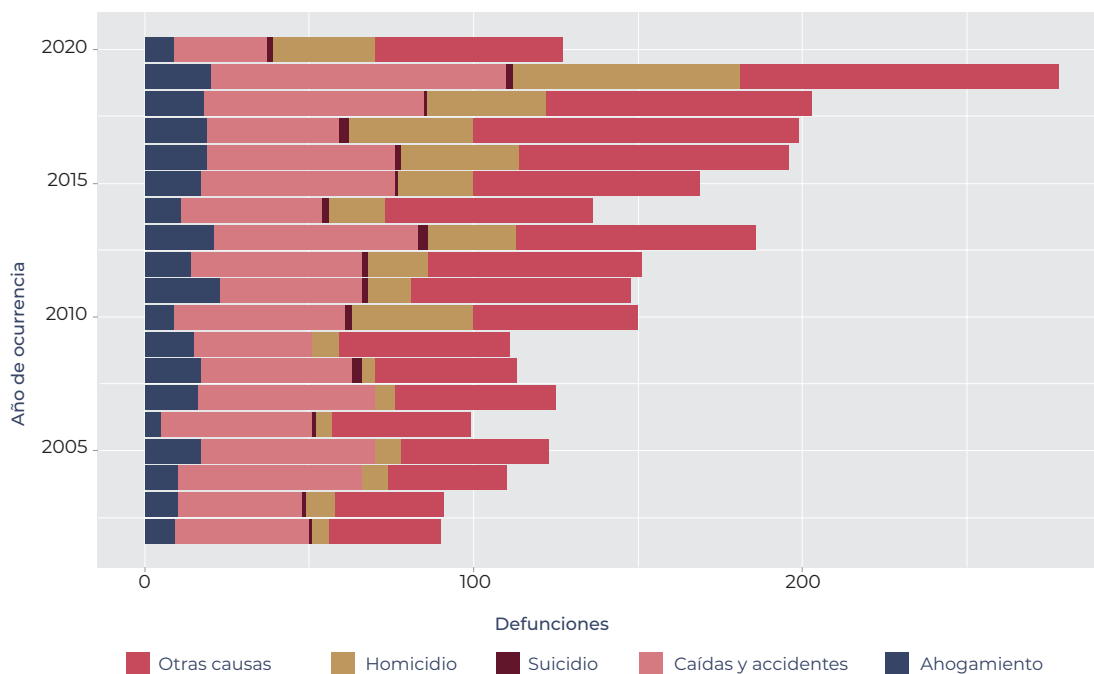
Este comportamiento de ascenso en las muertes puede deberse a un mejor registro, al mayor número de personas que participan en los flujos migratorios hacia Estados Unidos o efectivamente a un incremento en el riesgo de muerte. Lamentablemente, para el cálculo de las tasas de mortalidad se requiere conocer la magnitud de los contingentes que pasan por México, dimensión que resulta difícil de estimar.⁸

Diversos autores han documentado cómo en años recientes las personas migrantes son más susceptibles de sufrir desapariciones,

secuestros, extorsiones, agresiones, asesinatos y robo (Galemba, 2021; París, 2017); entre estos delitos, la muerte representa la consecuencia más lamentable. Específicamente, a partir del recrudecimiento de la guerra contra el narcotráfico, el asesinato de migrantes (así como de mexicanos) comienza a adquirir una alarmante relevancia, en particular en el contexto de las caravanas en 2019 (véase Gráfica 1). A su vez, el recrudecimiento de las medidas para detener la migración irregular ha convertido a México en uno de los países más violentos para el tránsito (Varela, 2017a).

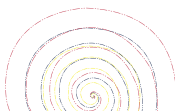
Gráfica 1.

Defunciones de personas de nacionalidad extranjera que fallecieron en México, quienes en vida residían en algún país latinoamericano, según causa de muerte y año de ocurrencia



Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas vitales del INEGI 2002-2022

⁸ Rodríguez (2016) estima los flujos migratorios centroamericanos en tránsito irregular para los años de 1995 a 2015. Varela (2017b) refiere cómo desconocemos cuántos migrantes intentan el éxodo, si lo logran o si desaparecen en su intento; además, los intentos de cruce (diferente al número de personas migrantes) depende de la fuente de donde se obtengan los datos: organismos no gubernamentales, casas de refugio y apoyo a migrantes, organizaciones civiles y políticas, observatorios académicos o fuentes gubernamentales.



Esta mayor vigilancia para detener la migración (*securitización* de la migración) ha sido contraproducente pues las personas se han visto obligadas a utilizar redes clandestinas (Benítez, 2011; París, 2017; Galemba, 2021). Quienes no tienen los recursos para contratar estos servicios viajan en condiciones de alta vulnerabilidad (París, 2017), e incluso, algunos por evitar los controles migratorios en las carreteras arriesgan sus vidas y su seguridad al viajar a bordo del tren⁹ de carga llamado “La Bestia” (Galemba, 2012). Estas condiciones de alta vulnerabilidad se ven reflejadas en la preponderancia de las causas de muerte accidentales y violentas (alrededor del 60%) (Gráfica 1), específicamente a las caídas y accidentes. A este respecto, Chiapas representa uno de los espacios más peligrosos como veremos más adelante.

Sobresale el incremento de muertes en el año de las primeras caravanas de migrantes por el país en el 2019, cuando se formó la segunda caravana a principios de enero de ese año, y una de las más numerosas, con cerca de 13 mil personas (Pérez y Niño, 2019). En este sentido, debemos preguntarnos ¿las caravanas garantizaron su seguridad? Si bien desconocemos las estrategias de tránsito para aquellos que perdieron la vida en este año, el incremento de la vulnerabilidad de la población migrante es evidente. Ahora bien, la intensificación de las muertes en este año se debió principalmente a los decesos que ocurrieron en las entidades de Chiapas y Tamaulipas.

Analizando los decesos a lo largo del tiempo en estas entidades, se observa que previo a 2011 Chiapas se caracterizó primordialmente por las muertes a consecuencia de caídas o accidentes, y a partir de 2012, el homicidio fue adquiriendo relevancia (véase Gráfica 2). Por otra parte, en Tamaulipas, la causa de muerte por

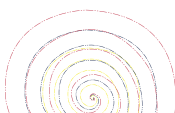
ahogamiento fue creciendo a partir de 2011. Los homicidios en esta última entidad también forman parte de las principales causas, en particular para los años 2010 y 2019 (véase Gráfica 2). Precisamente en 2010 ocurrieron los trágicos eventos de las masacres de personas migrantes en San Fernando, donde 72 migrantes perdieron la vida. Lamentablemente, al siguiente año de esta masacre, se descubrían 47 fosas comunes con 193 cuerpos también en este municipio (París, 2017).

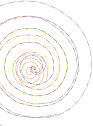
Esta masacre de conocimiento público es útil para evidenciar cómo la cobertura de las muertes de migrantes es limitada en esta fuente. En este caso particular, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reporta que 49 cuerpos quedaron en la Base Naval; algunos de estos cadáveres permanecieron expuestos a la intemperie y apilados, otros quedaron en bolsas de plástico en la caja de un tráiler, otros en el piso de alguna funeraria por falta de espacio y algunos fueron rociados con cal para acelerar el proceso de descomposición (Varela, 2017a). Los restos fueron repartidos sin ningún criterio entre la Procuraduría General de Justicia de Tamaulipas y el Servicio Médico Forense del Distrito Federal (Varela, 2017a). Esta falta de criterio y la ausencia de un protocolo conforme a los estándares internacionales impide el esclarecimiento de la identidad de las personas y, además, probablemente ha originado un registro inadecuado de las muertes. Ahora bien, la omisión de los decesos que ocurrieron en solitario podría ser aún mayor, ya que no existe ninguna presión nacional o internacional, son muertes que seguramente han quedado en el olvido.

Con el fin de aportar algunos elementos para la comprensión de eventos en masa y en solitario, en el Cuadro 1 se despliegan los decesos de la población migrante de acuerdo con su causa de muerte y si el deceso ocurrió adyacente a otras personas.¹⁰ El 57 por ciento de los asesinatos de

⁹ Previo a 2005 el tren de carga era seguramente el principal medio de transporte. De acuerdo con la Emif Sur (2013) el ferrocarril es el tercer medio de transporte y es utilizado primordialmente por migrantes hondureños (París, 2017).

¹⁰ Casos en los que se contaba información referente al día y localidad de ocurrencia de su muerte. Los casos se redujeron al 50 por ciento.



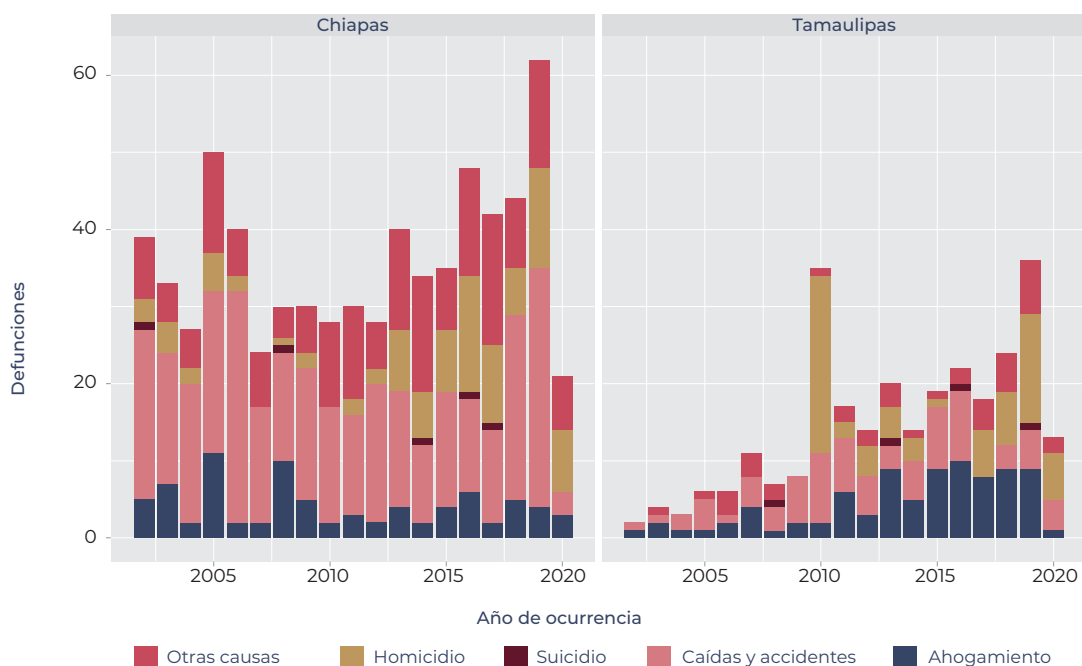


personas migrantes ocurrieron en solitario (190 de los 332 casos). Ahora bien, la principal diferencia entre los homicidios en Chiapas y Tamaulipas es el orden en que fueron realizadas las ejecuciones. Mientras en Chiapas en mayor medida los homicidios ocurrieron en solitario o adyacente a una persona más, en Tamaulipas la mayoría de los decesos ocurrieron en eventos de homicidios múltiples.¹¹ (Cuadro 1). Lamentablemente, estos hechos no son exclusivos de esta entidad. Baste como ejemplo el caso de Cadereyta, Nuevo León donde 49 cuerpos fueron mutilados en 2012.

Las masacres, desde el punto de vista de Varela (2017), además de ser resultado por el control territorial, son mensajes “ejempli-

ficadores” de quienes se atreven a desobedecer las leyes de acceso y permanencia en territorio norteamericano. Por su parte París (2017), utilizando la concepción de violencia estructural de Galtung (1978), refiere que las masacres y agresiones físicas contra los migrantes solo pueden ser entendidas en el marco de estructuras socioeconómicas extremadamente desiguales y de políticas migratorias restrictivas, racistas o punitivas. Entonces, “mientras que México, con apoyo de los Estados Unidos, militariza la frontera sur para combatir el narcotráfico y los migrantes indocumentados, la violencia, la inseguridad y los abusos a los derechos humanos ha aumentado” (Galemba, 2021, p.328).

Gráfica 2.
Defunciones de personas de nacionalidad extranjera que fallecieron en las entidades de Chiapas y Tamaulipas, quienes en vida residían en algún país latinoamericano, según causa de muerte y año de ocurrencia



Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas vitales del INEGI 2002-2022.

Debido a este obstáculo metodológico, el orden de magnitud de algunos eventos pudo haber sido mayor al reportado en este documento.

¹¹ En estas ejecuciones múltiples también perdieron la vida algunos mexicanos o personas de nacionalidad no identificada.



Diversas políticas y estrategias han sido adoptadas en la frontera sur para implementar acciones de seguridad y control migratorio. En el sexenio de Felipe Calderón, el plan de reordenamiento de la frontera sur pretendía ordenar los flujos migratorios, mejorar la seguridad y combatir la impunidad (Correa, 2014). La iniciativa Mérida en 2008 consistió en el apoyo económico, técnico y de inteligencia por parte de Estados Unidos a México (Villafuerte, 2014). El Programa Frontera Sur 2014 buscaba fortalecer la presencia de la autoridad en la zona y la coordinación de acciones en temas de seguridad y desarrollo con los países centroamericanos (Secretaría de Gobernación, 2014).

Lamentablemente, estas acciones promueven una visión de seguridad nacional en detrimento de la seguridad humana (Sin fronteras,

2014; Galemba, 2021). Quizás derivado de ello Chiapas es un espacio donde los eventos de accidentes con decesos de manera múltiple toman lugar (17% más de cinco personas y 22% entre 2 y 5 personas). Una de las mayores tragedias ocurrió el 9 de diciembre de 2021 en la entidad de Chiapas, en el cual murieron 55 personas que viajaban en un tráiler.¹² Otro caso refiere a la muerte de 23 migrantes de Guatemala tras volcar un camión.¹³ Y la lista puede continuar. Parece ser que Chiapas cada día se consolida como una muralla de contención que impide el camino de migrantes hacia Estados Unidos. Entonces, la criminalización de la migración ha propiciado que los migrantes tengan que viajar de manera clandestina, en condiciones probablemente de hacinamiento y poner su vida en manos de “coyotes” o actores criminales que les permita evadir las autoridades.

Cuadro 1.

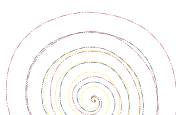
Defunciones de personas de nacionalidad extranjera, quienes en vida residían en algún país latinoamericano, según causa de muerte y si la muerte ocurrió adyacente a otras personas, en los años de ocurrencia 2002-2020

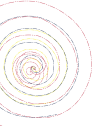
Causa de la muerte	Ahogamiento	%	Caidas y accidentes	%	Homicidio	%
Muerte en solitario	183	77.2	533	63.9	190	57.2
Entre 2 y 5 muertes en conjunto	48	20.3	234	28.1	105	31.6
Más de 5 muertes en conjunto	6	2.5	67	8.0	37	11.1
Suma	237		834		332	
Chiapas						
Muerte en solitario	46	73.0	173	61.3	51	67.1
Entre 2 y 5 muertes en conjunto	11	17.5	62	22.0	25	32.9
Más de 5 muertes en conjunto	6	9.5	47	16.7	0	0.0
Total	63		282		76	
Tamaulipas						
Muerte en solitario	55	71.4	32	47.1	18	28.1
Entre 2 y 5 muertes en conjunto	22	28.6	36	52.9	20	31.3
Más de 5 muertes en conjunto	0	0.0	0	0.0	26	40.6
Total	77		68		64	

Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas vitales del INEGI 2002-2022

¹² <https://elpais.com/mexico/2021-12-10/al-menos-54-migrantes-muertos-tras-volcar-el-camion-en-el-que-viajaban-hacinados-en-mexico.html>

¹³ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47493846>





París (2017) menciona que la manera de llegar a Estados Unidos sin correr demasiados riesgos son los autobuses de primera y que se fueron alojando en hoteles, lo cual implica sumas de más de 8 mil dólares por viaje. Quienes no tienen recursos, refiere la autora, viajarán en autobuses de segunda o pequeñas camionetas que pasan por pueblos y no por carreteras principales. Otros caminarán largos tramos. Otros utilizarán la Bestia a la cual se le atribuyen muertes y mutilaciones de miles de migrantes.

Es así que, el control territorial de algunas organizaciones criminales sobre las rutas migratorias, la securitización de la migración y las condiciones de vulnerabilidad en la que viajan los migrantes ha provocado un creciente número de muertes, las cuales constantemente son invisibilizadas.

Conclusiones y recomendaciones

El análisis de la mortalidad de las personas migrantes a partir de las estadísticas vitales es limitado debido al número exiguo de casos en comparación con las dimensiones reportadas por otros medios. Adicionalmente, hay otras importantes ausencias de la fuente que dificultan la adecuada identificación de población migrante: la agregación de la nacionalidad en la categoría “extranjeros”, la inclusión del país de residencia habitual, omisión del país de nacimiento y estatus migratorio, y previo a 2017, no reportar las defunciones de personas cuya nacionalidad era desconocida (Jasso, 2022).

A pesar de las desventajas inherentes a la fuente, esta nos ha permitido identificar:

1. La tendencia creciente de decesos de personas de nacionalidad extranjera (no residente en México) que ocurrieron primordialmente en las entidades de Chiapas y Tamaulipas.
2. Un perfil de muerte diferenciado en el espacio. Mientras en el sur, los riesgos

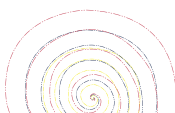
aluden mayormente a las caídas y accidentes vehiculares, al norte del país los riesgos se asocian más con los decesos por ahogamiento. La coincidencia en ambos espacios lamentablemente lo representa el incremento de asesinatos.

3. Un número de asesinatos que ocurrieron de manera múltiple. Este tipo de muertes plantean la interrogante de si viajar de manera “acompañada” representa mayores riesgos dada la mayor visibilidad ante los grupos criminales.

Entonces, los movimientos migratorios hacia Estados Unidos se han desarrollado en un contexto de incremento de violencia e inseguridad (Cortés, 2018). La persistente violencia en el país y las políticas migratorias restrictivas han impactado las condiciones de salud de las personas migrantes y en algunos casos, han provocado la muerte de cientos de personas migrantes, algunas en eventos en aislado y otras en masacres.

La muerte de una persona no debe ser nunca tolerada ni normalizada, mucho menos considerando las circunstancias en que ocurre el fenómeno de la mortalidad de la población migrante en su tránsito por México. Los eventos de fallecimientos de migrantes a causa de accidentes, condiciones de hacinamiento en el viaje o como consecuencia de delitos, han generado una mayor visibilización de la situación de los migrantes en tránsito cuyo único propósito es buscar mejores condiciones de vida en un país que no es el suyo.

Independientemente de la forma de ingreso al país, México debe garantizar la seguridad de las personas en su territorio. Cualquier recomendación de política pública tendría necesariamente que incluir la participación, coordinación, comunicación y trabajo conjunto de los distintos países y actores que de alguna manera tienen incidencia en este proceso. Es decir, hablamos de los países de origen, de destino,



de tránsito, pero también de organizaciones sociales y políticas para que, en equipo, discutan, analicen y propongan una ruta de trabajo para evitar más muertes de personas migrantes: hombres, mujeres y niños.

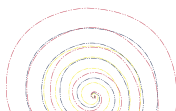
Este principio de coordinación interinstitucional aterrizaría en México con la formulación de estrategias y políticas específicas que contribuyan a disminuir las estadísticas de muertes de migrantes en tránsito. En primer lugar, es importante generar un marco legal que funcione y dé certidumbre jurídica a la estancia de los migrantes en el país. Es decir, se recomienda regularizar la situación de los migrantes en tránsito desde el punto de entrada, y proveer información oportuna y real de las opciones de internación que se tienen. Basta recordar algunos hechos violentos que ocurrieron en el estado de Chiapas, en la frontera sur de México, cuando un grupo de migrantes ingresaron por la fuerza a nuestro país, o también los hechos de persecución por parte de agentes del Instituto Nacional de la Migración en las carreteras de México.

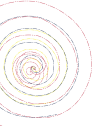
Una política pública que genere certidumbre jurídica conlleva obligatoriamente agilizar los trámites migratorios para todo aquel que lo solicite. Esto con la finalidad de evitar estancias prolongadas en centros migratorios del gobierno de México, y que permitan dar solución a las muchas solicitudes de internación de migrantes en tránsito, lo que generaría un trayecto más seguro para ellos y sus familias.

Finalmente, también es sumamente necesario contar con un sistema eficiente y funcional de identificación y recuperación de cuerpos de las personas migrantes que desafortunadamente perdieron la vida en el trayecto hacia su destino. A pesar de lo difícil de esta tarea, es una actividad que desde la esfera gubernamental debe realizarse, no solo para contabilizar y tener una cifra real del total de migrantes que fallecen, sino también para dimensionar el tamaño de este fenómeno migratorio e informar a las familias sobre lo acontecido.

Referencias bibliográficas

- Benítez, R. (2011). México, Centroamérica y Estados Unidos: migración y seguridad. En N. Armijo (coord.), *Migración y Seguridad: nuevo desafío en México* (pp. 179-192). Ciudad de México, México: CASEDE. Recuperado de: <https://www.casede.org/index.php/publicaciones/migracion-y-seguridad-nuevo-desafio-en-mexico>
- Black, J. y Viales, E. (2021). Si no es por pura necesidad. Muertes y desapariciones en trayectos migratorios en Norte y Centroamérica. San José, Costa Rica: Organización Internacional para las Migraciones. Recuperado de: https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/si_no_es_pura_necesidad_final.pdf
- Castellano, C. y Martínez, D. (2021). La caravana migrante centroamericana: pobreza, violencia y miedo bajo el prisma de los derechos humanos. *Derecho global. Estudios sobre derechos y justicia*. 5(17), 133-165. doi: 10.32870/dgedj.v6i17.313
- Castillo, M. (2020). Inmigración y pandemia en México. Reflexiones para políticas públicas. Notas sobre Migración y Desigualdades. Poblaciones vulnerables y redes de apoyo en México y Estados Unidos. Recuperado de: https://migdep.colmex.mx/publicaciones/COVID-19_Poblaciones-Vulnerables-Redes-Apoyo.pdf
- Correa, G. (2014). Seguridad y migración en las fronteras de México: diagnóstico y recomendaciones de política y cooperación regional. *Migración y Desarrollo*, 12(22), 147-171.
- 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.
- El Colegio de la Frontera Norte (2018). La caravana de migrantes centroamericanos en

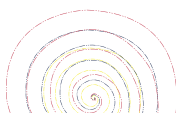


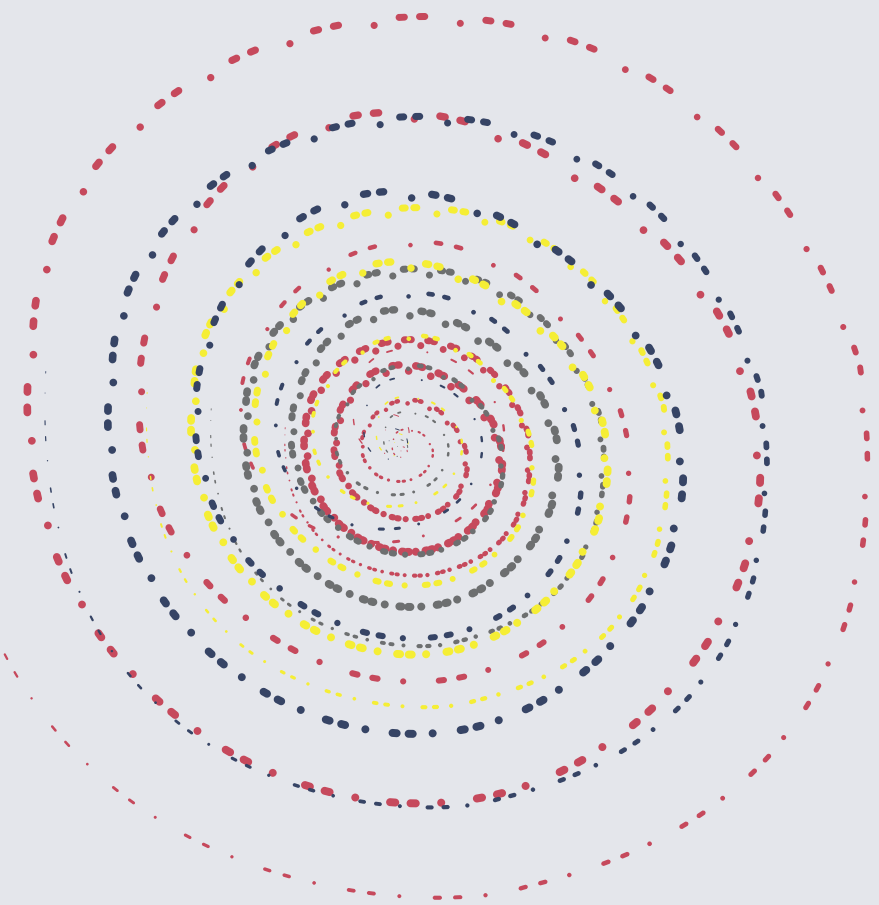


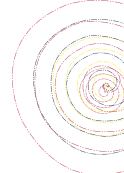
- Tijuana 2018. Diagnóstico y propuestas de acción. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de: <https://observatoriocolef.org/policybriefs/la-caravana-de-migrantes-centroamericanos-en-tijuana-2018-diagnostico-y-propuestas-de-accion/>
- Galemba, R. (2021). La cadena: vida y negocio en el límite entre México y Guatemala. San Cristóbal de las Casas, México: CIMSUR. Recuperado de: <https://www.cimsur.unam.mx/index.php/publicacion/obra/156>
- Gandini, L. (2019). Las "oleadas" de las caravanas migrantes y las cambiantes respuestas gubernamentales. Retos para la política migratoria. En A. Fernández, L. Gandini, E. Gutiérrez y J. Narváez. *Caravanas migrantes: las respuestas de México* (pp. 23-32). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de: <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/55928>
- Henao, K. e Hincapié, A. (2019). Migrantes centroamericanos en tránsito por México ¿Primacía de los Derechos Humanos o de los capitales? *El Ágora USB*, 19(1), 231-243. doi: 10.21500/16578031.4128
- Hernández, R. y Ramos D. (2022). Pandemia, seguridad humana y migración: gestión de la movilidad humana desde México. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (32), 27-41. doi: 10.17141/urvio.32.2022.4994
- INEGI (2022). Estadística de defunciones generales. Marco metodológico. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825086114.pdf
- Jasso Vargas, R. (2022). Muertes de mujeres centroamericanas en México y su compleja identificación en las estadísticas vitales. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, vol.17 (30). doi: 10.22201/cimsur.18704115e.2022.v17.550
- París Pombo, M. (2017). Violencias y migraciones centroamericanas en México. Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de: <https://libreria.colef.mx/detalle.aspx?id=7823>
- Pérez, D. y Niño J. (2021). Familias migrantes centroamericanas en tránsito por México: derecho a la salud y Covid-19. *Ius Comitalis*, 4(7), 165-191. doi:10.36677/ius-comitalis.v4i7.15634
- Prunier, D. y Salazar, S. (2021). Fronteras centroamericanas y movilidad en 2020. Una región de fracturas y desigualdades impactada por el COVID-19. *Estudios Fronterizos*, 22. doi: 10.21670/ref.2110073
- Ray, M. y Leyva, R. (2020). Migrantes africanos indocumentados en México: implicaciones para la salud pública. *Frontera Norte*, (32), 1-9. doi: 10.33679/rfn.vii1.2058
- Salazar, S. (2019). Las caravanas migrantes como estrategias de movilidad. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, (27), 111-144. Recuperado de: <https://ibero.mx/iberoforum/27/pdf/ESPANOL/Caravanas-migrantes-como-estrategias-de-movilidad-Salazar.pdf>
- Secretaría de Gobernación. (2014, 8 Julio). Decreto por el que se crea la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur. Diario Oficial de La Federación. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5351463&fecha=08/07/2014
- Sedas, A., Aguerrebere, M., Martínez, L., Zavala, L., Eguluz, I. y Bhabha J. (2020). Reporte situacional: Migración de tránsito en México durante la pandemia de Covid-19. Migration and Health. Recuperado de: <https://migrationhealth.org/wp-content/uploads/2021/05/lancet-migration-situational-brief-mexico-01-es.pdf>
- Sin Fronteras. (2014). Programa Frontera Sur, reflejo de una política migratoria desarticulada. Ciudad de México, México: Sin



- Fronteras IAP. Recuperado de: <http://www.sinfronteras.org.mx/attachments/plan-frontera-sur-GTPM.pdf>
- Torre, E. y Mariscal, D. (2020). Batallando con fronteras: estrategias migratorias en tránsito de participantes en caravanas de migrantes. *Estudios Fronterizos*, 21(e047). <https://doi.org/10.21670/ref.2005047>
- UNESCO. (2021). Movilidad humana y Covid-19. Una aproximación a la respuesta de los gobiernos locales de América Latina y el Caribe. México: UNESCO y COPRED. Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000376718.locale=es>
- Varela Huerta, A. (2017). La trinidad perversa de la que huyen las fugitivas centroamericanas: violencia feminicida, violencia de estado y violencia de mercado. *Debate feminista*, 53, pp.1-17. doi:10.1016/j.df.2017.02.002
- Villafuerte, D. (2014). Frontera sur, trans migración centroamericana y crisis. En M. E. Anguiano y R. Cruz (coords.), Migraciones internacionales, crisis y vulnerabilidades. Perspectivas comparadas, pp. 253-284. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte.







CAPÍTULO 4

COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN MEXICANA EN ESTADOS UNIDOS DURANTE EL SIGLO XXI

Rafael López Vega¹

Resumen

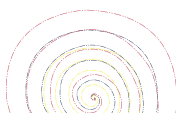
Se describen la cobertura y el acceso a servicios de salud de la población nacida en México residente en Estados Unidos entendiendo a esta como un derecho humano fundamental, la cual en relación con las poblaciones migrantes, su ejercicio se halla condicionado por la política migratoria y laboral, por el tipo de empleo, el ingreso percibido, los apoyos gubernamentales y la integración social y económica de las migrantes. El fundamento empírico de la investigación proviene de estimaciones de la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS, por sus siglas en inglés) para el periodo 2008-2020, con la cual se establece una línea de tiempo en la que acontece una estabilidad del volumen de personas nacidas en México residentes en Estados Unidos y de reducción permanente de la migración reciente. Situaciones condicionadas por la crisis económica financiera 2007-2008, por un retorno importante a México, por la promulgación e instrumentación de la Affordable Care Act de 2010, por el recrudescimiento de los ejes de política migratoria (Presidencia de Trump) y por el inicio de la Pandemia debida al SARS-CoV-2 (2020).

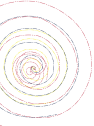
Palabras clave: *cobertura de salud, Affordable Care Act, American Community Survey, población inmigrante nacida en México, prueba estadística.*

Introducción

La protección de la salud de toda la población, derivada de uno de los eventos de riesgo más importantes en la historia mundial al inicio de la tercera década del siglo XXI —la pandemia debida al virus SARS-CoV-2 (COVID-19)— impactó e impacta la movilidad internacional de las personas. Las barreras a la movilidad recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control de la pandemia e instrumentadas en prácticamente todos los países favorecieron un diagnóstico casi inmediato en términos de inmovilizar a las poblaciones migrantes, interrumpir los flujos migratorios de salida, tránsito o retorno, así como a mantener varadas a personas en búsqueda de asilo o refugio, que contracorriente permanecen en movimiento. Además acrecentó las condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones en tránsito, que usualmente encontraban albergue por pocos días y continuaban su trayecto migratorio.

¹ Rafael López Vega, Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional, Consejo Nacional de Población.





A lo largo del siglo XXI, la dinámica de la migración internacional a escala global y regional ha tenido escenarios complejos en sus distintos corredores. Las estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) corroboran las previsiones para 2020 sobre la disminución de los flujos de emigrantes, debido a las medidas administrativas instrumentadas por diversos países en relación con la restricción de la movilidad humana, así como de vigilancia y control fronterizo para contener la pandemia. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022) indica que la División de Población de la ONU estima que entre el 1 de marzo y el 1 de julio de 2020 disminuyeron casi dos millones de migrantes internacionales a nivel mundial en relación con las estimaciones previstas.

Aun con este descenso global, la población inmigrante representó 3.6 por ciento de la población mundial, y países como México y Estados Unidos (países importantes en migración de origen y de destino), se clasificaron dentro del grupo con mayor número de casos y defunciones debidas a la COVID-19. En la Unión Americana, los Centros para el Control y Protección de Enfermedades (CDC, 2022) informan que a mayo de 2022 se registraron 83.3 millones de casos y 998 mil fallecimientos por COVID-19, y en México, la Secretaría de Salud informa de 6 millones de casos positivos estimados y 339 mil defunciones estimadas por la pandemia (Conacyt, 2022), más los casos que se reconocen por parte del registro civil para llegar a un total cercano al medio millón de personas fallecidas.

A dos años de la declaración de la pandemia esta afectó y afecta global, regional y bilateralmente a las poblaciones migrantes. Resulta imprescindible reconocer las necesidades y retos que la pandemia ha impuesto en relación con el ejercicio de los derechos humanos más elementales, de los derechos sociales, económicos y políticos de las poblaciones migrantes o de manera más general de poblaciones en

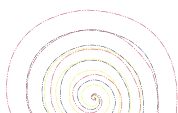
movilidad humana internacional; entre ellos, la necesidad de atención en salud mediante planes, programas, acciones, y en especial mediante la instrumentación de políticas públicas.

Una gran parte de la literatura en relación con las poblaciones migrantes y la salud señala la vulnerabilidad de estas últimas por ser migrantes, así como la falta de cobertura y acceso a servicios de salud, situación que actualmente al menos una tercera parte de la población migrante de México residente en Estados Unidos (EE. UU.) comparte, y del que el presente estudio informa.

En general, la literatura académica y de organismos internacionales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que la cobertura significa que personas y comunidades tengan acceso equitativo a los servicios de salud, que la demanda y la oferta de servicios (promoción, prevención y atención) permitan a las personas usar los servicios de salud, transitando de un enfoque economicista hacia el ejercicio del derecho a la salud, a través de los medios disponibles y de las capacidades institucionales para responder a las necesidades de la población (OPS, 2022; Fajardo-Dolci et al., 2015; Rojas, 2019).

Metodología

Las estimaciones estadísticas que se presentan, así como las pruebas y modelación estadística se derivan de la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS, por sus siglas en inglés). El enfoque analítico se sustenta en la cobertura de salud como un derecho humano del que solo parte de la población migrante cuenta. La ACS se levantó desde finales de los años noventa del siglo pasado a modo de prueba para ciertos estados en la Unión Americana, y a partir de 2000 y hasta 2005 produjo estimaciones a nivel nacional, continuando en ese periodo en su fase de prueba. Solo a partir de 2006 se considera que inició su instrumentación completa.



En 2006, técnicamente, la ACS incluyó integralmente a toda la población residente en Estados Unidos, y solo hasta 2008 incluyó una batería de preguntas en relación con la cobertura de salud, situación que por su tamaño muestral y diseño operativo, la hacen viable para investigar sobre el tema de la cobertura en salud a lo largo de un año calendario de levantamiento y no solo en una fecha puntual como acontece con otras encuestas, este por ejemplo, es el caso del Complemento Económico y Social de cada marzo en la Encuesta Continua de Población (CPS-ASEC, por sus siglas en inglés) o de la Encuesta Nacional de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) que ya no incluye la característica de lugar de nacimiento.

En cuanto a la exploración de las estimaciones, esta se desarrolló en tres pasos: 1) la revisión de la literatura especializada proveyó la identificación de variables clave en relación con la cobertura de salud (condición de ciudadanía, año-periodo de ingreso, tipo de empleo, ingresos, lenguaje hablado en el hogar y dominio del idioma inglés) y la inclusión de la perspectiva de género; 2) el desarrollo de un modelo analítico que incluye seis niveles (véase Figura 1) que orienta la generación de las estimaciones estadísticas; y 3) la realización de pruebas estadísticas independientes para identificar la asociación entre algunas de las variables exploradas, las que finalmente se modelaron bajo una regresión logística, en la cual la variable de interés es la cobertura en salud, a fin de determinar las propensiones a contar con cobertura de salud en relación con las covariables de ciudadanía, periodo de ingreso, tipo de empleo, sexo y dominio del idioma inglés.

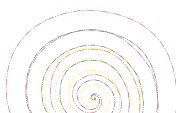
Programas gubernamentales y seguridad médica privada en Estados Unidos

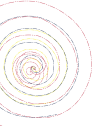
Una situación que conviene tener presente al explorar la cobertura y el acceso a la salud de

las poblaciones migrantes en los países de destino —en estricto sentido de residencia habitual para las personas migrantes— es que se ven en más de un sentido enfrentadas a instituciones, normatividades, regulaciones que condicionan el uso y acceso a los servicios que estas prestan. Por ejemplo, este tema fue materia prima de la investigación pionera de Manuel Gamio en los años veinte del siglo pasado, en el que las entrevistas transcritas por él daban cuenta de las limitaciones que el idioma, la cultura y los recursos económicos disponibles tenían para que las personas migrantes de México satisficieran su demanda de servicios de salud (Gamio, 2002).

La salud depende de múltiples condiciones bio-sociales, de hecho salud y enfermedad, constituyen un binomio indisoluble que denota y hace evidentes procesos de desigualdad que alimentan y son alimentados por el estatus migratorio, la educación, los ingresos, el tipo de contratación laboral, la condición de pobreza. Además, también son afectados por el tipo y ubicación, facilidad y orientación para el acceso a servicios de salud de primer, segundo o tercer nivel, así como por las propias condiciones ambientales, fisiológicas y los modelos institucionales de atención médica.

En Estados Unidos, en estricto sentido, la cobertura de salud se halla segmentada en el sector privado y los servicios proporcionados por el gobierno. Tal vez propiamente no pueda decirse que existe un sistema de salud integrado. En la atención en salud los servicios médicos privados (por medio del empleo o adquiridos con recursos propios) tienen primacía (OECD, 2021). En 2020, para quienes de manera individual o familiar adquirieron un seguro médico, en promedio estos tenían un costo de 456 y un mil 152 dólares por mes, respectivamente, aunque el costo puede variar, como usualmente resulta, dependiendo del plan de cobertura elegido (Porreta, 2022). La vertiente de atención a través de los programas públicos de salud incorpora a grupos especiales de población que cumplan





con los requisitos gubernamentales establecidos (Medicaid, Medicare, TRICARE —Militares—², Veteranos —VA—, Reservas Indias y el *State Children's Health Insurance Program* —CHIP³).

Por otra parte, *The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA, por sus siglas en inglés) estipula que cualquier persona que acuda a “casi” cualquier sala de emergencia debe ser estabilizada y tratada, bajo un enfoque de no discriminación, independientemente de si cuenta o no con seguro médico, capacidad de pago, creencias religiosas, color de la piel y nacionalidad (Latner, 2015). También se ha documentado que los centros de salud comunitarios configuran desde hace más de medio siglo una vía de acceso a la atención de servicios de salud para millones de personas reduciendo las barreras en términos de costos, falta de cobertura mediante seguro médico, distancia y lenguaje. En estos dos casos no se trata de una cobertura usual y permanente. El primero, se refiere solo al acceso a servicios de salud bajo ciertas circunstancias, en general de condición urgente o crítica; el segundo, tiene como enfoque atacar las raíces de la pobreza al combinar los recursos de las comunidades locales con fondos federales para establecer clínicas de vecindario en áreas rurales y urbanas, donde la información adecuada, como lo han mostrado estudios recientes, desempeña un rol crucial para la demanda y acceso a los servicios (Tenorio, Sierra de la Vega y Montañez, 2021; Vázquez, Ortiz y Cheney, 2022; NACHC, 2022).⁴ Sin embargo, Rice, Rosenbaum, Unruh y Barnes

(2020) indican, que si bien el seguro privado obtenido a través del empleo tiene primacía, este no comprende la mayor parte del gasto que a nivel país se hace en cobertura de salud, porque aquellos que son cubiertos por el gobierno implican un mayor gasto (véase abajo el porcentaje de gasto personal en salud).

Como resultado de la denominada “*Patient Protection and Affordable Care Act*” de 2010 (usualmente ACA, por sus siglas en inglés), las personas y la cobertura de salud se ven beneficiados en tres aspectos (GPO, 2010; HHS, s.f., Rosenbaum, 2011):

1. Si se cumple con ciertos requisitos de nivel de ingreso a nivel de hogar se puede comprar un seguro de salud subsidiado.
2. Para las personas adultas se oferta la cobertura a través del programa Medicaid, de manera similar al caso precedente se requiere cumplir con ciertos requisitos de nivel de ingreso a nivel personal.
3. Proporcionar servicios médicos bajo enfoques novedosos que disminuyan su costo.

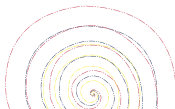
El marco general de los programas de política pública de cobertura y acceso a la salud, se ubica en los cambios de directrices recomendados a escala internacional hacia el final de los años setenta del siglo XX, que viraron bajo principios que se propusieron reorientar el papel del Estado en sus múltiples campos de intervención, fundamentalmente a través de la reducción del gasto público (empleo, educación, salud), y de fortalecer el papel del mercado en la asignación de recursos.

Bajo este enfoque, no deja de resultar paradójico que en la Unión Americana se intente una versión acotada de “Estado del Bienestar Mínimo” (Albert, 1992; Picó, 1996) en los que la disponibilidad, combinación e involucramiento de los ciudadanos con cobertura y personas que demandan acceso son actores esenciales, empezando por las oficinas gubernamentales

² El análisis que se presenta excluye personas que viven en unidades de viviendas colectivas o institucionalizadas.

³ Dirigido a menores de 0 a 18 años de edad, que cuenten con la ciudadanía estadounidense o que hayan sido admitidos legalmente en los EE. UU., que no cuente con cobertura de salud por parte del gobierno (que no sea elegible a Medicaid). Además debe cumplir con ciertos requisitos de ingreso y tamaño del hogar para ser elegible. Véase [benefits.gov](https://www.benefits.gov).

⁴ Beck, et al. (2019) indican que este tipo de Centros de Salud funcionan para apoyar la atención en salud de los no asegurados sin tener en cuenta su estatus migratorio, y señalan que hay aproximadamente 1 200 centros de salud que operan en todo el país y que además, hay muchas clínicas comunitarias gratuitas y de bajo costo que dependen de donaciones privadas y voluntarios para brindar servicios a quienes no pueden pagar. Por su parte la CDC (2022) indica que en estos centros se han instrumentado programas como REACH para reducir las disparidades raciales y étnicas en salud.



directamente responsables de la normatividad, regulación diseño e instrumentación de los programas de cobertura médica estatal. Los beneficiarios de Medicaid son hogares y 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).

Estadísticas de cobertura de los servicios de salud en Estados Unidos

¿Qué tan preparados estaban los servicios de salud en Estados Unidos para enfrentar la pandemia desde la perspectiva del gasto público, de la cobertura y acceso a servicios de salud de su población —incluidas las poblaciones migrantes?

En una mirada de mediano plazo, sobre la cobertura de salud, se encuentra que durante los años noventa del siglo pasado la población residente en Estados Unidos contó en su mayor parte con alguna modalidad de cobertura de salud con ligeras variaciones. Entre 1990 y 1998, el porcentaje de población protegida por algún tipo de servicio médico disminuyó de 86 a 84 por ciento, aumentando nuevamente en los siguientes dos años, para ubicarse en el año 2000 en el mismo nivel que tenía diez años antes (Mills, 2001).

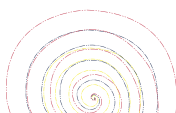
Por su parte, las cifras históricas de la Encuesta Continua de Población (CPS-ASEC, por sus cifras en inglés) sitúan la cobertura alrededor del año 2000 en el nivel citado por Mills y durante la primera década del siglo XXI sin cambios importantes en su promedio, situándose en alrededor de 85 por ciento (BLS, 2022).

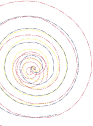
La información sobre gasto en salud de los Centros para Servicios de Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) muestran que a nivel nacional para Estados Unidos el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) se situó en 2000 en 13.3 por ciento, y considerando tanto el gasto personal (84.7%) como el gasto público (9.0%), el gasto per cápita

en salud en Estados Unidos era mayor a 4 500 dólares. Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, 2002), muestran que la Unión Americana en 2000 contaba con el nivel más alto gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) dentro de todos los países miembros.

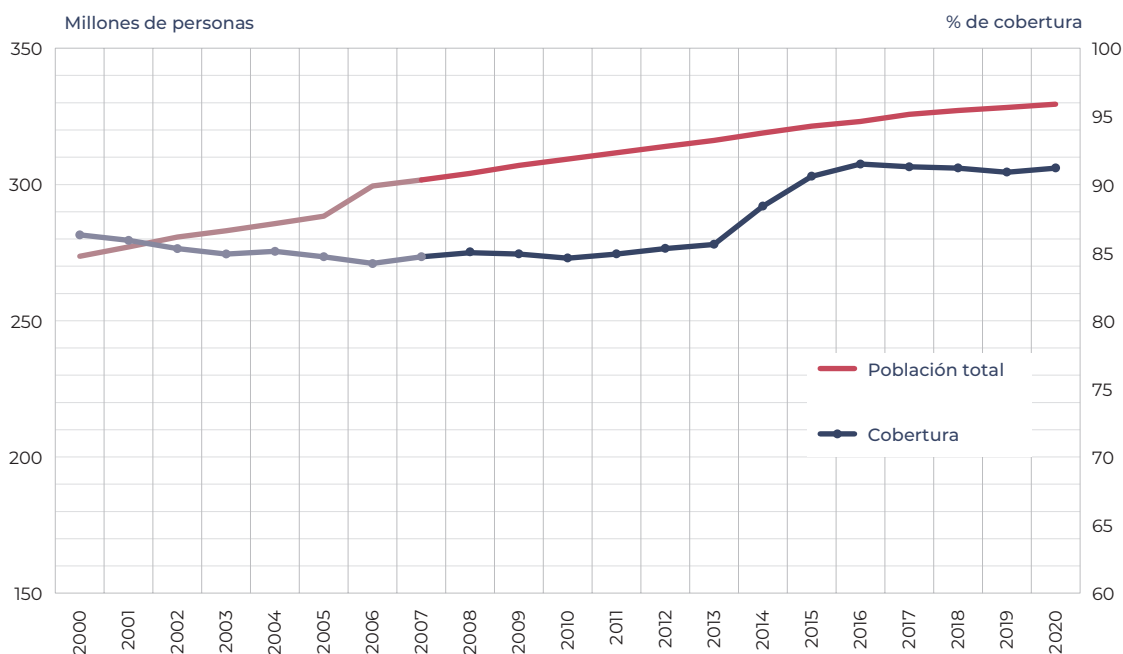
Además, los CMS informan que en 2019 el porcentaje de gasto nacional en salud se incrementó respecto a 2018 en poco más de 4 puntos (17.6%) y el gasto per cápita creció cerca de 2.4 veces para situarse casi en 10 900 dólares. En 2020 el gasto nacional en salud representó 19.7 por ciento del PIB y el gasto per cápita se situó en casi 12 mil dólares. En términos financieros, el cambio porcentual del gasto fue de 9.7 por ciento en 2020, casi el doble que se tuvo en 2019 respecto al año previo (4.3%). Además, poco más de la tercera parte del cambio en 2020 se debió a la respuesta del gobierno federal para atender la pandemia mediante la asistencia financiera federal a los proveedores de atención médica a través del Fondo de Ayuda para Proveedores y préstamos del Programa de Protección de Órdenes de Pago (CMS, 2021).

Las estimaciones de la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS, por sus siglas en inglés) muestran que el nivel general de cobertura para la población residente en Estados Unidos se mantuvo estable hasta mediados de la segunda década del siglo XXI, su avance a partir de 2014 es notable y en 2019 —es decir en el año previo a la pandemia por COVID-19— se situó en poco más de 90 por ciento. Dado que el cambio acelerado en el gasto federal no se orientó a la atención inmediata de pacientes sino al fortalecimiento de los proveedores, llama la atención que la cifra de 2020 sea consistente con el cambio advertido a partir de 2014 — la Oficina del Censo ha indicado que debido a los efectos de la pandemia en el levantamiento de la información se recomienda tomar estas estimaciones con precaución (U.S. Bureau of the Census, 2021) (véase Gráfica 1).





Gráfica 1.
Estados Unidos. Población total residente y porcentaje con cobertura de salud, 2000-2020¹



¹ La ACS inició el recabado de información sobre cobertura de salud a partir de 2008, dos años después de su fase de implementación completa. Las estimaciones excluyen unidades colectivas de vivienda. Las cifras de cobertura de 2000 a 2007 provienen de la CPS. Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Bureau of the Census y del U.S. Bureau of Labor Statistics, varios años.

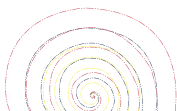
La cobertura de salud y la población migrante nacida en México

En la Unión Americana, en 2019 residían 48 millones de personas nacidas en otro país, que representaban 14.3 por ciento de la población total, mientras que en 2000 rondaban en 12 por ciento (32.3 millones de personas). Este grupo de población presenta niveles de cobertura de salud que permanentemente, hasta antes de la instrumentación de la ACA se acercaban a dos tercios, es decir marcadamente debajo de la cobertura de la población total residente en dicho país.

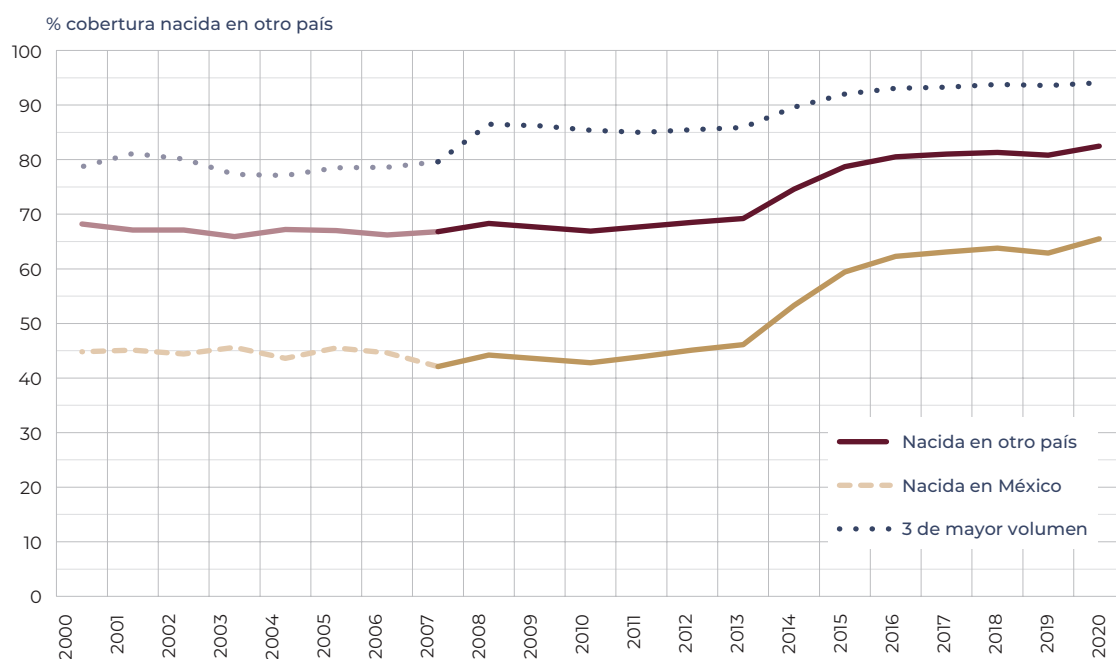
Sin embargo, cuando se analizan subgrupos de población migrante, la lógica de las cifras de cobertura permite señalar fuertes contrastes. Las personas nacidas en México con 11.2 millones en 2019 (23.4% del total, a la que le siguen en importancia numérica como países

de origen —con más de dos millones en cada caso— India con 5.7%, China con 4.8% y Filipinas con 4.5%), constituyen actualmente el grupo de población migrante más numeroso en este país y las estimaciones de su cobertura de servicios de salud (62.8%) muestran valores menores que los estimados para la población nacida en otro país residente en Estados Unidos (80.8%), lo que marca para las población nacida en México un déficit importante de estos servicios (37.2%). En el caso de las otras tres poblaciones migrantes indicadas como de importancia numérica, su cobertura de servicios de salud supera actualmente 90 por ciento, el contraste de cobertura entre algunas poblaciones migrantes resulta claro (véase Gráfica 2).

Interesa reconocer el cambio en el patrón de cobertura a partir de 2014 bajo el cual esta se amplía, tanto para el total de la población



Gráfica 2.

Estados Unidos. Cobertura de servicios de salud de la población nacida en otro país, 2008-2020¹

¹Las estimaciones excluyen unidades colectivas de vivienda. Los tres países de mayor volumen después de México son a partir de 2004: India, China y Filipinas. Las cifras de 2000 a 2007 provienen de la CPS.

Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Bureau of the Census y del U.S. Bureau of Labor Statistics, varios años.

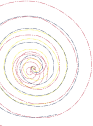
residente como para la población migrante y de grupos específicos en particular. Destaca la mayor cobertura alcanzada por la población nacida en México, con un cambio de casi diez puntos porcentuales entre 2014 y 2019, respecto a los seis puntos favorables logrados en el global de la población nacida en otro país y de los cuatro puntos para los tres países con mayor volumen de población migrante después de México.

Las cifras de cobertura bajo ACA alienan la investigación sobre las modalidades de cobertura que generó este cambio favorable y quiénes son las personas beneficiarias. A este respecto, los estudios especializados en materia de cobertura y acceso a servicios de salud han propuesto desde hace más de una década que el acceso depende de variables de política migratoria y laboral que modelan en parte la dinámica migratoria (acceso a la ciudadanía, tipo de

visas y regulación del tiempo de permanencia), del tipo de empleo y contratación que facilita o no la provisión de un seguro de cobertura médica (empleo formal, beneficios laborales e ingresos promedio) o bien simplemente del volumen de ingresos percibidos (adquisición de seguro personal y familiar), del apoyo gubernamental en materia de salud y del contexto y prácticas culturales sociales y personales que redundan en procesos de integración social y económica de las poblaciones migrantes (IOM, 2006 y 2009; NAP, 2018; Artiga y Hinton, 2018; CONAPO, 2020, Marina, Gandoy y Valenzuela, 2020).⁵

⁵ De lo anterior, se puede suponer que la crisis económico-financiera de 2007-2008 afectó de manera importante en términos de cobertura a la población migrante, independientemente de su origen, en todo caso, dado el retorno importante a México (cerca de un millón de personas entre 2005 y 2010), convendría contar con fuentes de información en EE. UU. que permitieran identificar el perfil migratorio del o los grupos que retornaron.





Estos elementos permiten pensar en una aproximación que facilite la modelación analítica y estadística de la propensión de contar con cobertura en salud en la Unión Americana. Sin embargo, aquí solo se describe la asociación entre algunas variables relevantes en la fuente de información utilizada (véase Figura 1).

En relación con cómo los inmigrantes se integran social, económica y culturalmente a las sociedades receptoras, conviene partir del reconocimiento de la existencia de políticas migratorias explícitas de largo plazo, las cuales han instrumentado estrategias administrativas bajo las cuales hay un desarrollo normativo e institucional general y específico que segmenta

el acceso a la cobertura de salud (Zeller, 2007; Gómez-Arias, 2019). Bajo esta premisa, la cobertura de salud como parte de la integración social de las poblaciones migrantes, en tanto área de intervención/gestión pública implica, entre otros aspectos:

1. La regulación de la entrada de los flujos migratorios, usualmente desbordada por el fuerte componente no autorizado: en la frontera suroeste de Estados Unidos durante 2021 la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP, por sus siglas en inglés) registró 1.73 millones de encuentros con personas migrantes

Figura 1. Condicionantes de política pública y de la dinámica migratoria en relación con la cobertura en salud para personas migrantes en Estados Unidos



Fuente: Elaboración propia.



no autorizadas, de los cuales 0.65 millones fueron con personas de México.

2. A la vigilancia de las fronteras y la clasificación en autorizada (legal en traducción literal) y no autorizada (ilegales en traducción literal): para 2015, el Departamento de Seguridad Interna de EE. UU. (DHS, 2018) estimó un total de 12 millones de personas inmigrantes no autorizadas, de las cuales 6.6 millones eran personas nacidas en México. Sin embargo, *el Pew Research Center* (2019) estima que hacia 2017 la población mexicana no autorizada en aquel país disminuyó a 4.9 millones representando menos de la mitad del total de la población inmigrante no autorizada en EE. UU.
3. A la necesidad de inscribir principios de gobernabilidad en la permanencia de los extranjeros en el territorio de destino (residencia) a través de políticas específicas de integración social, a saber:
 - a. Legalización o regularización de la residencia y adquisición de la ciudadanía a través de la naturalización: la población nacida en México naturalizada pasó entre 2006 y 2021 de 2.5 a 3.9 millones, cifra por demás relevante si se considera que prácticamente desde 2005 el número de personas nacidas en México residentes en la Unión Americana se ha mantenido estable entre 11 y 12 millones.
 - b. Programas educativos para el dominio del idioma y conocimiento de las leyes: se estima que 65.9 millones de personas residentes en la Unión Americana en 2020 (21.2%) hablaban un idioma distinto al inglés (9.8 millones eran de México), 8 de cada 10 hablan inglés muy bien (62.5%) y bien (19.4%). Entre la población inmigrante de México este porcentaje fue menor a 50

por ciento. En cambio 54.8 millones de personas migrantes en 2006 (19.7% de la población) hablaban un idioma distinto al inglés (11.2 millones eran de México), 3 de cada 4 indica que habla inglés muy bien (55.9%) y bien (19.6%). Entre la población inmigrante de México esta relación es cercana a 6 de cada 10 (58.5%).

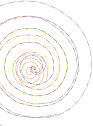
4. Respeto a la lengua y prácticas culturales (que no vulneren los derechos humanos universalmente reconocidos) de las comunidades de migrantes.
5. No obstante, también se recurre al descrédito y a la criminalización como una política pública explícita de rechazo de los inmigrantes: 23% de las personas latinas son discriminadas en EE. UU. por hablar en español; y 41% han sido discriminados por los propios latinos y 31% de los hispanos es discriminado por no hispanos debido a su color más oscuro de piel (PRC, 2022).

Resultados

En la cobertura de los servicios de salud, además de cuestiones básicas como la condición de ciudadanía, los esfuerzos gubernamentales y las acciones de política pública (como la política de salud de los últimos años en la Unión Americana) se ven condicionados por la magnitud de estas poblaciones, por los recursos financieros disponibles, por la vocación humanitaria de los propios gobiernos y de las personas nativas en el destino, así como por la activa participación de las comunidades para mejorar la vida social en común y el buen uso de los recursos gubernamentales.

En relación con el modelo propuesto en la Figura 1 para aproximarse analítica y estadísticamente a la cobertura de servicios de salud, aquí solo se presentan dos indicadores: la condición de ciudadanía en relación con el periodo de





llegada a la Unión Americana y la clase de trabajador de acuerdo a la clasificación de la ACS (quienes no forman parte de la fuerza laboral o nunca han trabajado, empleado asalariado de una empresa, de una Organización de la Sociedad Civil, de algún nivel de gobierno, autoempleado y empleado familiar, y desempleado).

Del Cuadro 1 se deriva en relación con la cobertura de servicios de salud que en total 64.6 por ciento cuenta con cobertura de algún servicio de salud y, 30.2 por ciento de personas cuentan con cobertura y ciudadanía. Vistas en el tiempo, las personas que ingresaron antes de 1990 representan el mayor porcentaje de cobertura (17.7%), relación que disminuye conforme avanza la flecha del tiempo, pero se mantiene.

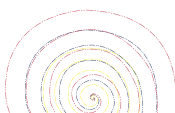
Como lo muestra la serie de pruebas estadísticas Chi-cuadrada de Pearson (χ^2) realizadas para explorar la asociación entre la cobertura de servicios de salud y la condición de ciudadanía, el año de ingreso, el tipo de empleo, los ingresos totales percibidos y el sexo. Es decir, el desarrollo del modelo de regresión logística que modela la propensión a contar con cobertura en función de la combinación lineal de las covariables, indicadas en la sección de metodología, tuvo como primer elemento analítico la evaluación de la asociación estadística con la variable de interés a través de pruebas Chi-cuadrada de Pearson. La primera prueba verificó la asociación entre cobertura y ciudadanía; la segunda, la asociación de la variable de interés con el ingreso; en la tercera con el tipo de empleo; y, en la cuarta con el nivel de ingreso. Todas las pruebas estadísticas se hicieron con el nivel de confianza del 0.05 (véase Anexo A1).

Sin embargo, estas no son las únicas variables con las que se ha encontrado asociación estadística. Por ejemplo, usualmente el conocimiento y dominio del idioma inglés en el proceso de integración social en Estados Unidos se debe tener en cuenta. En este orden, la ACS pregunta el grado de dominio del idioma inglés y, con base en ello, se puede establecer también

que contar con un dominio muy bueno y bueno puede hacer la diferencia en la cobertura de servicios de salud.

El modelo de regresión logística binario empleado, explícita la propensión a contar con cobertura de salud en función de la combinación lineal de las covariables indicadas en la sección de metodología y en las pruebas Chi-cuadrada. El modelo, como es usual, se llevó a cabo con intervalos de confianza del 95%, obteniendo los valores p (p-value). Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas si el valor de $p < 0.05$ (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004; de la Fuente, 2011):

- ◆ se pudo comprobar que 67.2 por ciento de los casos fueron ubicados correctamente al modelar con solo un parámetro (solo la constante),
- ◆ que la razón de verosimilitudes tiene una significancia estadística menor a 0.05, lo que implica que resulta adecuado introducir las covariables en el modelo y que el logaritmo de la verosimilitud (-2LL) se redujo, como era de esperarse;
- ◆ la prueba OMNIBUS (paso, bloque y modelo) rechazó la hipótesis nula (H_0) de que los coeficientes β_j , de todos los términos (excepto la constante) incluidos en el modelo son cero, con una significancia estadística < 0.05 .
- ◆ la prueba de Hosmer y Lemeshow verificó que el modelo ajusta adecuadamente, no existen discrepancias notables entre los valores observados y los esperados, y 70.3 por ciento de los casos fueron ubicados correctamente.
- ◆ la especificidad del modelo tiene 85.7 por ciento y una sensibilidad de 38.8 por ciento, en otras palabras el modelo podría considerarse como aceptable. Sin embargo, solo logra explicar la variación de la cobertura de servicios de salud entre un 14.1 y un 19.6 por ciento. Esto



Cuadro 1.

Población nacida en México residente en Estados Unidos por cobertura de servicios de salud, condición de ciudadanía, tipo de empleo según periodo de ingreso, 2020 (Porcentajes)¹

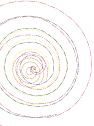
Cobertura, ciudadanía y tipo de empleado		Periodo de ingreso a Estados Unidos				Total
		Antes de 1990	1990 a 1999	2000 a 2009	2010 a 2020	
Total		32.3	27.1	26.8	13.8	100.0
Con cobertura	Subtotal	26.5	16.6	13.9	7.6	64.6
	Con ciudadanía	17.7	7.0	4.1	1.4	30.2
	No en la PEA o nunca ha trabajado ²	6.2	1.1	0.8	0.6	8.6
	Empleado (Privado)	7.6	4.1	2.4	0.6	14.6
	Empleado de OSC	0.8	0.4	0.2	0.0	1.5
	Empleado de gobierno	1.9	0.8	0.4	0.1	3.2
	Autoempleado (y familiar)	1.3	0.6	0.2	0.1	2.2
	Desempleado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	Sin ciudadanía	8.8	9.6	9.8	6.3	34.4
	No en la PEA o nunca ha trabajado ²	3.1	1.9	2.2	2.3	9.5
	Empleado (Privado)	4.4	6.0	6.1	3.1	19.5
	Empleado de OSC	0.2	0.3	0.3	0.2	1.1
	Empleado de gobierno	0.5	0.5	0.5	0.3	1.7
	Autoempleado (y familiar)	0.6	0.8	0.8	0.3	2.5
Desempleado	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	
Sin cobertura	Subtotal	5.8	10.5	13.0	6.2	35.4
	Con ciudadanía	2.5	1.8	1.2	0.4	6.0
	No en la PEA o nunca ha trabajado ²	0.5	0.3	0.2	0.2	1.2
	Empleado (Privado)	1.4	1.1	0.8	0.2	3.4
	Empleado de OSC	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2
	Empleado de gobierno	0.1	0.1	0.1	0.0	0.3
	Autoempleado (y familiar)	0.4	0.3	0.1	0.0	0.8
	Desempleado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Sin ciudadanía	3.3	8.7	11.8	5.7	29.4
	No en la PEA o nunca ha trabajado ²	0.8	1.6	2.6	1.8	6.8
	Empleado (Privado)	1.8	5.2	7.1	3.1	17.3
	Empleado de OSC	0.1	0.2	0.2	0.1	0.6
	Empleado de gobierno	0.1	0.2	0.2	0.1	0.6
	Autoempleado (y familiar)	0.6	1.4	1.5	0.6	4.0
Desempleado	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	

¹Los porcentajes se calcularon sobre un total de población nacida en México de 10 231 536 personas.

²Esta categoría incluye a personas menores de 16 años de edad, a quienes no forman parte de la fuerza de trabajo, a quienes llevan sin trabajar 5 años o más, y a quienes nunca han trabajado.

Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Bureau of the Census (2021), American Community Survey 2020.





implica que el modelo analítico es adecuado, sin embargo, es necesario:

- ◇ introducir un mayor número de variables de acuerdo a cada eje del modelo; y,
- ◇ como indica Delucchi (1981) debe mejorar la categorización de algunas covariables.

Los resultados encontrados que se muestran en el Anexo A2 (las variables de la ecuación, los coeficientes de regresión con sus errores estándar, el valor del estadístico de Wald para evaluar la hipótesis nula, la significación estadística, y el valor de la propensión a contar con cobertura expresada como $\text{Exp } \beta_i$ con sus intervalos de confianza) indican que: el modelo con 5 parámetros (incluida la constante) mejora el ajuste respecto al modelo inicial con un solo parámetro. Se encontró que la propensión a contar con cobertura de salud es 2.9 veces mayor para quienes cuentan con ciudadanía respecto a los que no cuentan con ella, así como para quienes ingresaron antes de 1990, es 2.4 veces mayor respecto a los que ingresaron en el periodo más reciente (2010-2020), para quienes son empleados en el sector público es 4.0 veces mayor frente a quienes se encuentran desempleados, y 1.5 veces mayor para quienes tienen un muy buen y buen dominio del idioma inglés (aunque hablen otro idioma en casa) respecto a quienes no tienen ningún dominio del inglés como lengua.

Conclusiones y recomendaciones de política pública

La población migrante mexicana residente en Estados Unidos a lo largo del siglo XXI ha experimentado una situación de menor cobertura de salud en relación con otras poblaciones migrantes. Aunque debe reconocerse que existe una mejora paulatina, sobre todo a partir de la instrumentación de la Affordable Care Act (ACA).

Puede afirmarse que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud que presentan la población nacida en México residente en Estados Unidos está asociada a condiciones estructurales de la política migratoria y laboral estadounidense, así como a factores propios de la dinámica migratoria. Si bien se diseñó un modelo analítico que permite explorar de conjunto estadísticas que buscan aproximarse a cada uno de los componentes (sin ser exhaustiva), y se aplicó una prueba de hipótesis para contar con elementos objetivos de la asociación que éstas tienen respecto a la cobertura de salud, el análisis no es determinístico sino exploratorio. Sirve como estrategia para probar el modelo analítico y las categorías utilizadas (Delucchi, 1981) y prepara la investigación para lograr un modelo estadístico robusto, por ejemplo, que contraste los resultados de la misma ACS en dos o tres momentos del tiempo, y en relación con otras poblaciones migrantes que presentan un mayor porcentaje de cobertura de servicios salud.

Las estimaciones y las pruebas estadísticas en relación con la cobertura de salud de la población nacida en México residente en la Unión Americana indican que esta guarda cierta relación con el grado de integración social a la sociedad estadounidense. Aunque solo se analizó la cobertura total, con base en los cambios en el acceso a la cobertura introducidos por la instrumentación de la ACA, sería una tarea pendiente especificar en torno a la cobertura mediante los programas públicos con el propósito de orientar el diseño de políticas públicas que aminoren o anulen las desventajas de la población migrante en cobertura de salud.

Precisamente en este orden discursivo, se recomienda *primero* que las acciones que le son posibles de llevar a cabo al Gobierno de México en los Estados Unidos, como las *Ventanas de Salud*, necesitan ser atravesadas por campañas de información en materia de derechos humanos, sociales y económicos



orientadas hacia sus poblaciones migrantes, efectivamente “poblaciones”, ya que en el acceso a la información intervienen además del acceso a las tecnologías de la información y comunicación las lenguas habladas por las personas migrantes, su localización geográfica y el tipo de comunidades en las que tiene lugar su vida cotidiana. Temas por demás que sería deseable evaluar. *Segundo*, tomar en cuenta las demandas de acceso y cobertura de salud

que las poblaciones migrantes han hecho al gobierno de México a través de sus líderes comunitarios y del que han dado cuenta estudios cualitativos recientes; *tercero*, encontrar una ruta para una política laboral binacional, mediante la cual el acceso al empleo garantice la cobertura de salud y su ejercicio, lo que implicaría diseñar instrumentos de protección en mercados laborales binacionales.

Anexo A1

Cuadro A1.

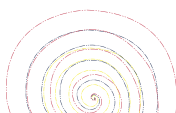
Pruebas estadísticas para la población nacida en México: cobertura de servicios de salud * condición de ciudadanía, periodo de ingreso, tipo de empleo e ingresos, 2020

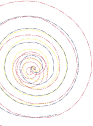
Cobertura de salud * Condición de ciudadanía		Condición de ciudadanía		Total	
		Con ciudadanía	Sin ciudadanía		
Cobertura	0 Recuento	3 659	16 931	20 590	
	% dentro de Condición de ciudadanía	14.8%	43.6%	32.4%	
	1 Recuento	21 097	21 917	43 014	
	% dentro de Condición de ciudadanía	85.2%	56.4%	67.6%	
Total	Recuento	24 756	38 848	63 604	
	% dentro de Condición de ciudadanía	100.0%	100.0%	100.0%	
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significancia exacta (2 caras)	
				Significancia exacta (1 cara)	
	Chi-cuadrado de Pearson	5 729.616 ^a	1	0.0000	
	Corrección de continuidad ^b	5 728.301	1	0.0000	
	Razón de verosimilitud	6 143.069	1	0.0000	
	Prueba exacta de Fisher			0.0000	0.0000
	Asociación lineal por lineal	5 729.526	1	0.0000	
	N de casos válidos	63 604			

^a0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8014.06.

^bSólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Continúa...



**Cuadro A1.**

Pruebas estadísticas para la población nacida en México: cobertura de servicios de salud * condición de ciudadanía, periodo de ingreso, tipo de empleo e ingresos, 2020

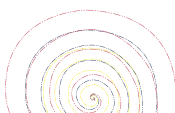
Cobertura de salud * Periodo de ingreso a EE. UU.		Año de ingreso a EE. UU.				Total
		Antes de 1990	De 1990 a 1999	De 2000 a 2009	De 2010 a 2020	
Coverage	0 Recuento	3 844	6 071	7 410	3 726	21 051
	% dentro de Año de ingreso	16.2%	36.2%	45.1%	40.2%	31.8%
	1 Recuento	19 867	10 709	9 032	5 538	45 146
	% dentro de Año de ingreso	83.8%	63.8%	54.9%	59.8%	68.2%
Total	Recuento	23 711	16 780	16 442	9 264	66 197
	% dentro de Año de ingreso	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)			
	Chi-cuadrado de Pearson	4 442.351 ^a	3	0.0000		
	Razón de verosimilitud	4 695.304	3	0.0000		
	Asociación lineal por lineal	3 387.51	1	0.0000		
	N de casos válidos	66 197				

^a0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2946.00.

Cobertura de salud * Tipo de empleado		Tipo de trabajador					Total	
		No en la PEA	Empleado (Privado)	Empleado de OSC	Empleado-gobierno	Autoempleado-(familiar)		Desempleado
Cobertura	0 Recuento	5 162	11 933	478	555	2 779	144	21 051
	% dentro de Tipo de trabajador	27.0%	34.8%	20.4%	13.4%	46.9%	47.7%	31.8%
	1 Recuento	13 977	22 399	1 865	3 600	3 147	158	45 146
	% dentro de Tipo de trabajador	73.0%	65.2%	79.6%	86.6%	53.1%	52.3%	68.2%
Total	Recuento	19 139	34 332	2 343	4 155	5 926	302	66 197
	% dentro de Tipo de trabajador	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Pruebas de chi-cuadrado								
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)					
	Chi-cuadrado de Pearson	1 793.987 ^a	5	0.0000				
	Razón de verosimilitud	1 878.229	5	0.0000				
	Asociación lineal por lineal	194.944	1	0.0000				
	N de casos válidos	66 197						

^a0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 96.04.

Continúa...



Cuadro A1.

Pruebas estadísticas para la población nacida en México: cobertura de servicios de salud * condición de ciudadanía, periodo de ingreso, tipo de empleo e ingresos, 2020

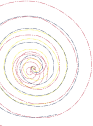
Cobertura de salud * Rangos de ingresos	Rangos de ingresos (US Dólares)								Total
	Pérdidas	< de 10 mil	10 mil a < de 20 mil	20 mil a < de 30 mil	30 mil a < de 40 mil	40 mil a < de 50 mil	50 mil a < de 100 mil	100 mil a < de 200 mil	
Cobertura 0 Recuento	19	2 360	3 101	3 638	2 525	1 366	1 576	224	14 809
% dentro de Rangos de ingresos	44.2%	27.7%	30.7%	37.2%	31.4%	26.9%	19.2%	13.30%	28.80%
1 Recuento	24	6 152	7 001	6 136	5 514	3 709	6 622	1 454	36 612
% dentro de Rangos de ingresos	55.8%	72.3%	69.3%	62.8%	68.6%	73.1%	80.8%	86.70%	71.20%
Total Recuento	43	8 512	10 102	9 774	8 039	5 075	8 198	1 678	51 421
% dentro de Rangos de ingresos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%	100.00%
Pruebas de chi-cuadrado									
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)						
Chi-cuadrado de Pearson	962.939 ^a	7	0.0000						
Razón de verosimilitud	1 007.396	7	0.0000						
Asociación lineal por lineal	344.39	1	0.0000						
N de casos válidos	51 421								

^a0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2180.19.

Cobertura de salud * Dominio del idioma inglés	Dominio del idioma inglés			Total
	Muy bien y bien	No bien	Nada	
Cobertura 0 Recuento	10 069	6 410	3 446	19 925
% dentro de Condición de ciudadanía	27.7%	38.7%	40.5%	0.325
1 Recuento	26 242	10 155	5 072	41 469
% dentro de Condición de ciudadanía	72.3%	61.3%	59.5%	0.675
Total Recuento	36 311	16 565	8 518	61 394
% dentro de Condición de ciudadanía	100.0%	100.0%	100.0%	
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	
Chi-cuadrado de Pearson	912.868 ^a	2	0.0000	
Razón de verosimilitud	905.757	2	0.0000	
Asociación lineal por lineal	812.788	1	0.0000	
N de casos válidos	61 394			

^a0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8014.06.
Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Census Bureau (2021). American Community Survey 2020.





Anexo A2

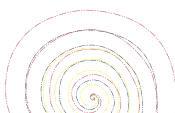
Cuadro A2.
Resultados del modelo de regresión logística. Variables en la ecuación

Variables del modelo*	β	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(β)	Intervalo de confianza 95% C.I. para EXP(β)	
							Inferior	Superior
Condición de ciudadanía								
Con ciudadanía	1.07	0.023	2128.183	1	0	2.915	2.785	3.05
Periodo de ingreso			1 711.38	3	0			
Antes de 1990	0.895	0.032	794.535	1	0	2.446	2.299	2.603
1990-2000	0.12	0.03	16.11	1	0	1.128	1.064	1.196
2000-2010	-0.168	0.03	32.603	1	0	0.845	0.797	0.895
Tipo de empleado			929.647	5	0			
No en la fuerza de trabajo	0.729	0.13	31.678	1	0	2.074	1.609	2.674
Asalariado (Privado)	0.535	0.129	17.206	1	0	1.707	1.326	2.199
Empleado de OSC	1.028	0.14	53.617	1	0	2.796	2.123	3.682
Empleado sector público	1.396	0.138	102.689	1	0	4.04	3.084	5.293
Autoempleo-Familiar	-0.094	0.132	0.507	1	0.477	0.911	0.703	1.179
Dominio del idioma inglés			323.052	2	0			
Muy bien y bien	0.385	0.028	193.934	1	0	1.469	1.392	1.551
No bien	0.057	0.029	3.743	1	0.053	1.059	0.999	1.121
Componente de género								
Hombres	-0.144	0.02	53.27	1	0	0.866	0.833	0.9
Constante	-0.612	0.132	21.616	1	0	0.542		

*Variables especificadas en el paso 1: ciudadanía, periodo de ingreso, tipo de empleo, dominio del idioma inglés, componente de género.

El modelo se aplicó con el método "introducir" de SPSS, el resultado con una constante (tres iteraciones) presentó un valor de verosimilitud -2LL = 75730.885. El modelo completo presentó una valor inicial de -2LL de 75719.122 que se redujo en la quinta iteración a 66632.181, con un p-value < 0.05. No fueron consideradas interacciones entre las variables del modelo.

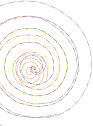
Fuente: Elaboración propia.



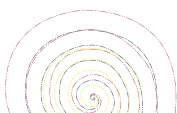
Referencias bibliográficas

- Albert, M. (1999). *Capitalismo contra capitalismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Artiga, S. y Hinton, E. (2018). Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Henry Kaiser Family Foundation. Recuperado de: <https://collections.nlm.nih.gov/master/borndig/101740257/issue-brief-beyond-health-care.pdf>
- Berecick, R. E., Barnett, C. J. y Upton, D. R. (2019). Health Insurance Coverage in the United States_2018. Recuperado de: <https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html>
- Bureau of Labor Statistics (2022). cps historical tables. Recuperado de: <https://www.bls.gov/cps/cpsdbtabs.htm>
- Centers for Disease Control [cdc] (2022). Covid data tracker. Recuperado de: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#datatracker-home>
- Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis; and U.S. Bureau of the Census. (2021). Table 1. National Health Expenditures; Aggregate and Per Capita Amounts. Recuperado de: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet#:~:text=Historical%20NHE%2C%202020%3A,16%20percent%20of%20total%20NHE>
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [Conacyt] (2022). covid-19 Tablero México - CONACYT - CentroGeo - GeoInt - DataLab. Recuperado de: <https://datos.covid-19.conacyt.mx>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2020). Elementos conceptuales en torno a la integración social de la población inmigrante internacional. Migraboletín, Año 3(5). Recuperado de: http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Anio_3_Num_5
- De la Fuente, F. S. (2011). Regresión logística. Recuperado de: <https://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/CUALITATIVAS/LOGISTICA/regresion-logistica.pdf>
- Delucchi, K. L. (1981). The use and misuse of Chi-Square. Paper presented at the Annual Meeting of the 'American Educational Research Association (65th, Los Angeles, CA, 13-17). Recuperado de: <https://eric.ed.gov/?id=ED204399>
- Department of Homeland Security [DHS] (2018). Population Estimates. Illegal alien population residing in the United States: January 2015. Recuperado de: https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/18_1214_PLCY_pops-est-report.pdf
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>
- Gamio, M. (2002). El inmigrante mexicano. La historia de su vida. Entrevistas completas, 1926-1927. México, D.F.: Instituto Nacional de Migración.
- Gómez-Arias, D. (2019). Public Policies Between Theory and Practice. *Ánfora*, 26(46), 1-14. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/3578/357857620008/html/>
- Hair, F. J., Anderson, E. R., Tatham, L. R. y Black, C. W. (2004). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Human and Health Services [HHS] (s.f.). About the Affordable Care Act. Recuperado de: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html#:~:text=The%20Patient%20Protection%20and%20Affordable,insurance%20available%20to%20more%20people.>

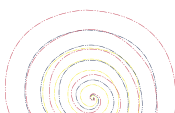


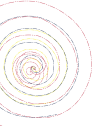


- International Organization for Migration- [OIM] (2002). Migrants, Health and Human Rights. *Migration and Health Newsletter*.
- _____ (2006). Migration: A Social Determinants of the Health of Migrants. Background Paper. Project AMAC. Recuperado de: https://ec.europa.eu/migrant-integration/sites/default/files/2009-10/docl_9914_392596992.pdf
- _____ (2009). Social Determinants of Health in the Context of Migration and at a Time of Economic Crisis. SPEECHES AND TALK. Recuperado de: <https://www.iom.int/speeches-and-talks/social-determinants-health-context-migration-and-time-economic-crisis>
- Latner, W. (2015). Law 101: Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). Recuperado de: <https://www.empr.com/home/features/law-101-emergency-medical-treatment-and-active-labor-act-emtala/#:~:text=Enacted>
- Marina, V. V., Gandoy, V. W. L. y Valenzuela, M. K. A. (2020). Ventanillas de Salud: Desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU. *Estudios Fronterizos*, 21. doi: <https://doi.org/10.21670/ref.2001043>
- Mills, Robert (2001). *Health Insurance Coverage: 2000*, U. S. Census Bureau. Recuperado de: <https://www.census.gov/library/publications/2001/demo/p60-215.html>
- National Academy Press [NAP] (2018). Roundtable on the Promotion of Health Equity. Immigrations a Social Determinant of Health: Proceedings of a Workshop. Washington (DC). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535940/>
- Organization for Economic Cooperation and Development [oECD] (2002). Health Data 2002, Table 1 "Growth of expenditure on health, 1990-2000". Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2002.htm>
- _____ (2021), Health at a Glance 2021: oECD Indicators, oECD Publishing, París. doi: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2022). Datos sobre migración relevantes para la pandemia de COVID-19. Recuperado de: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/datos-sobre-migracion-relevantes-para-la-pandemia-de-covid-19>
- OPS (2022). OPS_OMS _ Cobertura Universal de Salud - Preguntas frecuentes. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=es
- Pew Research Center [PHC] (2019). Mexicans decline to less than half the U.S. unauthorized immigrant population for the first time. Recuperado de: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/12/us-unauthorized-immigrant-population-2017/>
- _____ (2022). Latinos experience discrimination from other Latinos about as much as from non-Latinos. Recuperado de: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/05/02/latinos-experience-discrimination-from-other-latinos-about-as-much-as-from-non-latinos/>
- Picó, J. M. (1996). Modelos sobre el Estado del Bienestar. De la teoría a la práctica. En Ramón Casilda Béjar y José María Tortosa (Coords.). *Pros y contras del Estado del Bienestar* (37-58). Madrid: Tecnos.
- Porreta, A. (2022). How Much Does a Family Health Insurance Plan Cost? Recuperado de: <https://www.ehealthinsurance.com/resources/individual-and-family/how-much-does-a-family-health-insurance-plan-cost>
- Rice, T., Rosenbaum, P., Unruh, L. Y. y Barnes, J. A. (2020). United States Health system review. *Health Systems in Transition*,



- 2020; 22(4): i-441. Recuperado de: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>
- Rojas, O. F. (2019). Debate teórico sobre salud pública y salud internacional. *Rev Cubana Salud Pública*, 45(1):ei1521. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n1/e1521/>
- Rosenbaum, S. (2011). The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice. *Public Health Reports* (126), 130-135. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001813/>
- Tenorio, C. Y., Sierra de la Vega, L. A., y Montañez, H. J. C. (2021). Acceso a servicios de salud en población migrante mexicana en Estados Unidos de América antes y después del Affordable Care Act. En CONAPO (coord.). *Migración y Salud / Migration and Health*, 13-27. CDMX: CONAPO.
- U.S. Bureau of the Census (2021). Transcription of the Webinar about the pandemic's impact on the 2020 American Community Survey. Recuperado de: www.census.gov
- U.S. Congress [GPO] (2010). The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (March 23, 2010). Recuperado de: <https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>
- Vázquez, E., Ortiz, G., y Cheney, A. (2022). Entre el miedo y la incertidumbre, migrantes mexicanos sobreviviendo la pandemia de covid-19 en el este del Valle de Coachella, California. En CONAPO (coord.). *Migración y Salud / Migration and Health* (53-65). CDMX: CONAPO.
- Zeller, N. (2007). Políticas públicas: marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf_319.pdf





COMENTARIOS FINALES A LA EDICIÓN 2022

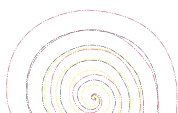
Las personas en movilidad internacional —migrantes, desplazados, refugiados, trabajadores internacionales— se ven inscritos en procesos sociales y políticos de gran complejidad. Su búsqueda de mejores condiciones de vida, de una vida alejada de la pobreza, de la violencia, de mejores empleos o de un empleo, de su unidad familiar con sus hijas e hijos, cónyuges, de su padre o madre, expresa como en la movilidad humana internacional se reúnen motivos, causas y razones estructurales, comunitarias, familiares y personales, e incluso en situaciones críticas como la pandemia por COVID-19, en la búsqueda de la simple protección de la salud.

La estadística sobre las personas migrantes, sobre los flujos migratorios, sobre las migraciones, las personas solicitantes de refugio o la de aquellas que se encuentran en procesos de desplazamiento forzado, encuentra sus propios medios de continuidad como necesidad imprescindible y estratégica, en diagnósticos académicos y en la política pública, para el conocimiento del trayecto, que a escala global y en muchas regiones ha tomado la movilidad internacional de las personas. La movilidad humana internacional se aborda con esfuerzos únicos que se empiezan a compartir mediante estudios cualitativos, con la vuelta a la vista hacia los registros administrativos que tenuemente consideran a las personas migrantes, con una revaloración de la literatura científica especializada en temas de gran envergadura

para la movilidad de las personas —como la feminización de la migración— o evaluando la consistencia de resultados experimentales de encuestas que han sido por más de una década fuente obligada de consulta, o compilando y desarrollando indicadores para el conocimiento de los determinantes de la salud de las poblaciones migrantes, el desafío es permanente y necesita ser asido desde distintas perspectivas y metodologías.

Los capítulos que se presentan en esta edición 2022 de *Migración y Salud / Migration and Health* abordan temas de gran sensibilidad para los tomadores de decisiones en el campo de la política pública, pero también para el conjunto de la sociedad. El *capítulo primero* aborda el tema de la salud sexual de mujeres en situación de movilidad irregular, de los varios elementos que se destacan en las conclusiones de la investigación, se halla la identificación de la razón principal que lleva a las mujeres a no buscar atención como el “no saber a dónde ir” o no priorizar la atención y en menor medida el que las mujeres sean identificadas como migrantes en situación irregular. A este respecto, la investigación valora que identificar el problema del acceso a servicios de salud en términos de esas dos primeras razones parece ser “...positivo y un avance, quizás, en la percepción de ser sujetas de derechos”.

En el *capítulo segundo* en relación con los mercados laborales y la participación femenina



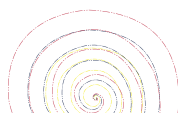
en ellos, con énfasis en las mujeres migrantes y el tipo de actividad laboral que desarrollan, se indica que la “...emergencia provocada por la pandemia de COVID-19 también ha generado ciertos impactos sobre la vida de las mujeres, profundizando las desigualdades de género presentes e incluso provocando retrocesos en algunos de los derechos ya reconocidos. Uno de los elementos que más visible se ha tornado a partir de la pandemia es la crisis del trabajo de cuidados, al ser este una de las principales barreras para la participación económica igualitaria de las mujeres en la economía, la sociedad y las familias. Plantea que los cuidados deben verse como parte de las políticas de recuperación de la crisis derivada de la pandemia por COVID-19 y ubicarse como parte de las soluciones a corto, mediano y largo plazo, como inversión destinada al desarrollo de las naciones.”

El *capítulo tercero*, plantea que los movimientos migratorios de las personas migrantes fallecidas en tránsito por México hacia Estados Unidos, han tenido lugar en un contexto de incremento de violencia e inseguridad. Observa que “...la persistente violencia en México y las políticas migratorias restrictivas han impactado las condiciones de salud de las personas migrantes y en algunos casos, han provocado la muerte de cientos de personas migrantes.” Y propone que con independencia del estatus migratorio en el país “...se debe garantizar la seguridad de las personas en su territorio. Cualquier recomendación de política pública tendría necesariamente que incluir la participación, coordinación,

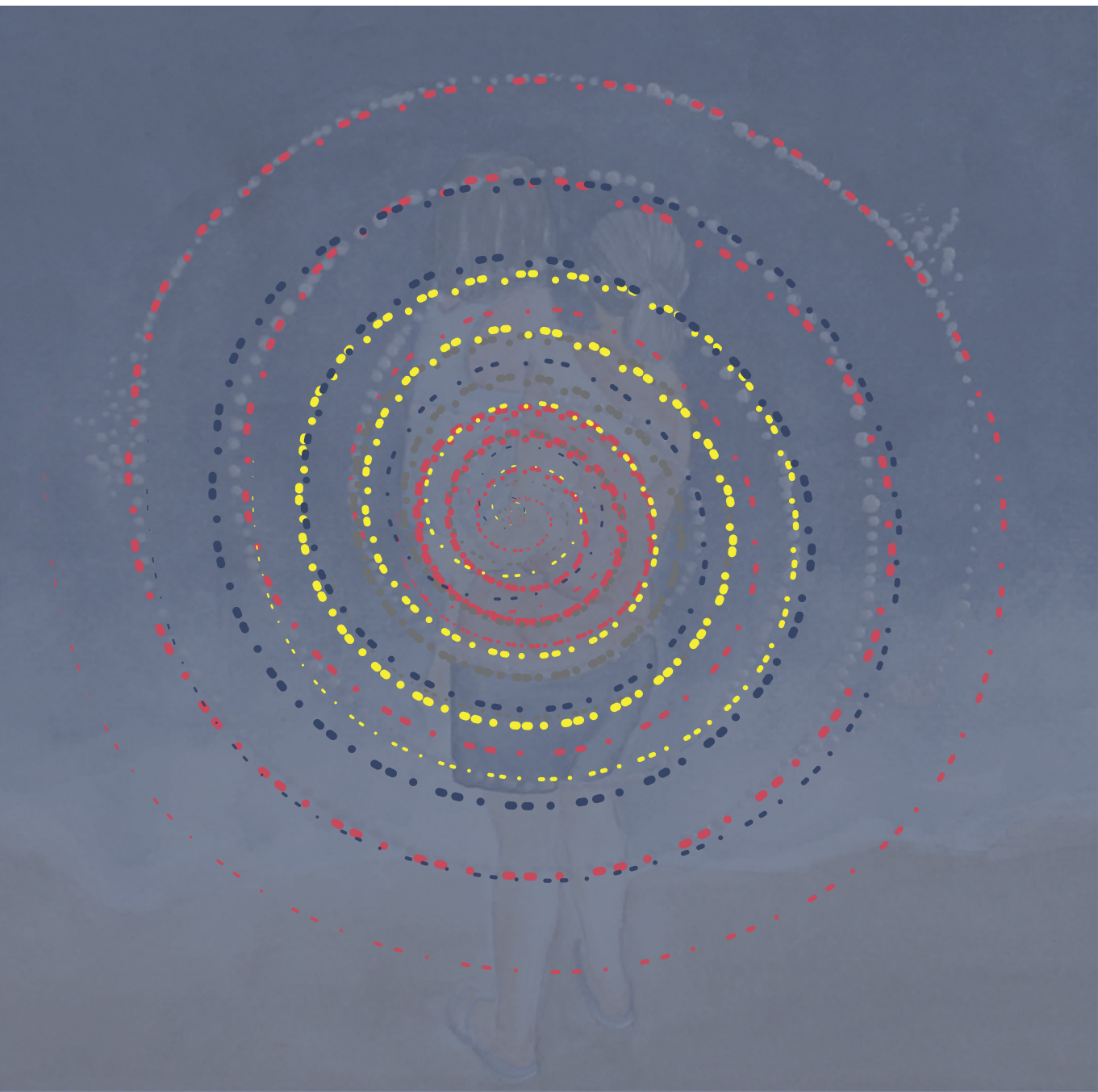
comunicación y trabajo conjunto de los distintos países y actores que de alguna manera tienen incidencia en este proceso...”.

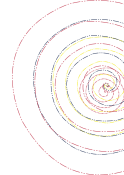
El *capítulo cuarto* afirma que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud que presenta la población nacida en México residente en Estados Unidos, está asociada a condiciones estructurales de la política migratoria y laboral estadounidense, así como a factores propios de la dinámica migratoria. Sugiere que la política pública encuentre una ruta para una política laboral binacional, mediante la cual el acceso al empleo garantice la cobertura de salud y su ejercicio, lo que implicaría diseñar instrumentos de protección en mercados laborales binacionales.

El carácter múltiple que la movilidad internacional de las personas tiene plantea retos, desafíos y obliga a la creatividad para identificar, analizar y evaluar sus componentes intrínsecos, así como los vínculos que estos mantienen con los grandes problemas sociales. Los gobiernos—incluso el Estado mismo— en los países de origen, tránsito y destino deben asir para arrostrar, con base en los instrumentos internacionales y en el marco de sus propias legislaciones, los desafíos que estos imponen en materia de derechos humanos, de derechos sexuales y reproductivos, de protección y garantía de la seguridad, ya que la migración se experimenta en muchos casos en condiciones de vulnerabilidad, así como abrir espacios de diálogo intergubernamentales para lograr o mejorar el bienestar de las poblaciones migrantes en el destino.



MIGRATION AND HEALTH





INTRODUCTION

In 2020, the world population faced one of its greatest health challenges ever, the COVID-19 pandemic. Administrative actions recommended by the World Health Organization (WHO) aimed at containing it were implemented by almost every country and affected human mobility in different ways. Confinement limited, conditioned and altogether stopped daily mobility to work centers, schools, and food supply chains. Similarly, the cancellation of international travel, control and surveillance conditions in land borders, and the quarantine imposed in several destinations, limited and conditioned the international mobility of people, and it accelerated, increased or generated scarcely studied forms of international migration. Such is the case of migration under immobility conditions, which gave way to stranded migrant populations and to new health-related problems (Odgers, 2020).

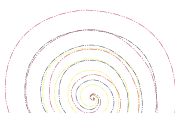
In this sense, an evaluation of the conditions experienced by migrant populations given the physical and institutional infrastructures to which they temporarily adapted and organized or reorganized their daily lives, their migration plans and strategies, especially along transit routes and in border areas, shows these adverse conditions include overcrowded collective dormitories, unemployment, lack of social ties inside the shelters, uncertainty while waiting for immigration procedures, and a general need to strengthen social integration processes, as well as security, risk reduction and health care

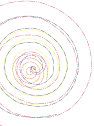
for migrant men, women, adolescents, boys and girls (EL COLEF, 2020; CONAPO, 2022).

Latin America and the Caribbean, like many other regions, shared this same context. Economists anticipated different scenarios during the pandemic regarding work, unemployment and remote working. In terms of economic growth, different levels of decline in the Gross Domestic Product were foreseen in the most diverse economies as a result of the supply of durable and non-durable consumer goods. As for tax and fiscal matters, extraordinary measures were promoted to mitigate the impact of long-lasting containment and migration pandemic policies. These measures are expected to support the post-COVID-19 economic recovery, the OECD registered about 700 measures implemented by countries worldwide since April 2020 (Gurría, 2020; OECD, 2021).

Healthwise, the pandemic generated government spending in infrastructure and investment restructuring health centers and hospitals, as well as channeling extraordinary amounts of income to strengthen these facilities and resources destined to direct care of COVID-19 patients. These actions show the strategic priorities that many countries implemented in order to face the pandemic.

Information on health spending from Medicaid and Centers for Medicare Services (CMS) shows that the United States' health spending in 2020 was 19.7 percent of the Gross Domestic





Product (GDP), which in financial terms represented a 9.7 percent change in spending in 2020, almost twice as much as the differential between 2019 and 2018, which was 4.3%. The cms indicate that just over a third of the change in 2020 was due to the federal government's response to the pandemic through financial assistance to health care providers, through the Provider Relief Fund and loans from the Paycheck Protection Program (cms, 2021). This is relevant data considering that in the United States the immigrant population from all countries represents a significant percentage of the resident population (14.3%, almost 47 million people).

In other countries such as the United Kingdom (uk), the pandemic has resulted in very high levels of public spending. Estimates of the cost of government measures range from £310 billion to £410 billion, equivalent to £4,600 to £6,100 per capita (uk Parliament, 2022). In Mexico, according to the National Institute of Statistics and Geography (INEGI, 2020), the "Expanded Gross Domestic Product to the Health Sector reported 1.5 billion Mexican pesos in 2020, equal to 6.5% of the national GDP, in contrast to the 5.6% it represented in 2019, the year before the SARS-CoV-2 pandemic began." (p.1).

The pandemic brought to light the fact that vulnerable populations, such as migrant populations, face greater and new risks (CEPAL 2020). The 2022 edition of *Migración y Salud / Migration and Health* addresses socially sensitive issues in relation to the vulnerabilities experienced by migrants within and outside the pandemic context.

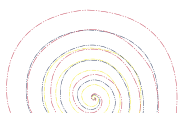
In the first chapter, Jesús Peña and Lucía Vázquez, with both quantitative and qualitative information, address some of the main sexual health problems for women in an irregular international mobility situation on their journey through Mexico in 2021, highlighting the access and the quality of care they received. The study highlights the difficulties and limitations that field research on migrant populations presents in an unprecedented

situation of international mobility marked by the SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic.

In the second chapter, Patricia Román and Viridiana Sosa, give an account of the global increase in female migration over the past forty years, where Latin America is no exception. They point out various factors and dynamics that have led to this increase, and they also emphasize the fact that the feminization of migration is linked to articulation dynamics between developing and developed countries that reflect patterns of inequality (both globally and regionally). Their research focuses on the migration situation before and during the pandemic. The authors state that globalization is not a linear process, and that it is precisely this lack of linearity that presents growing contradictions and conflicts that have an impact on the well-being and living conditions of the people. This is how the analysis of "neglect", as one of the most dramatic consequences of this process, turns migrations into a humanitarian crisis. This is the context in which female migrations take place in America, and for which there are no comprehensive public policy responses.

In the third chapter, Rosalba Jasso and César Barboza, based on vital statistics from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) analyze the deaths of people of foreign nationality in Mexico, methodologically based on the premise that these people were travelling through the country. Their research covers the 2002-2020 period which shows an increasing trend in the number of fatalities, which is partly explained by the increase in the number of isolated murders and multiple executions. They also point out that, in addition to murders, falls and vehicle accidents represent an important risk in the State of Chiapas, while drownings are more frequent in Tamaulipas.

In the fourth chapter, Rafael López describes health services coverage for the population born in Mexico residing in the United States. Based on a human rights approach, he points



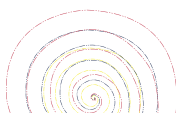
out that the right to health benefits is conditioned by different characteristics, particularly those related to migration and labor policies in the United States and Mexico, and the migratory dynamics conditioned by demographic complementarity between the two countries. The research primarily has an empirical-quantitative component given by the statistical exploration of the 2020 American Community Survey (ACS), through an analytical and statistical model for the period 2008-2020.

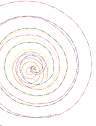
Finally, the Directorate of Socio-economic Studies and International Migration incorporates a statistical and graphic Appendix, based on the most relevant U.S. sources of information, which will allow other government agencies, specialists and the general public to learn in greater depth a series of socio-demographic and health characteristics of the migrant population born in Mexico and of the Hispanic population residing in the United States.

As a corollary of the research that makes up this edition, it can be said that during the COVID-19 pandemic, migration has been affected in several ways. On the one hand, migrating population flows decreased as mobility was postponed due to the administrative measures implemented by various countries regarding restrictions, surveillance and border control. On the other hand, vulnerability and risks increased among the population without legal status, given their poor or non-existing health coverage, the poor quality of jobs and lower wages to which they have access. In addition, due to the economic situation generated by the pandemic, unemployment spiked in certain sectors in both the countries of origin and destination, causing greater displacements, as well as forced immobility due to the population stranded in border areas with a higher risk of infection.

Consulted References

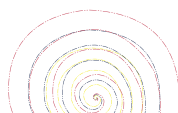
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2020). “Los efectos del COVID 19: una oportunidad para reafirmar la centralidad de los derechos humanos de las personas migrantes en el desarrollo sostenible”, Informes COVID-19, November 2020. Retrieved from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46353-efectos-covid-19-oportunidad-reafirmar-la-centralidad-derechos-humanos-personas>
- Román, R. P. y Sosa, M. V. (2022). Condiciones sociales de las mujeres, niñas y adolescentes migrantes en México en época de pandemia por COVID-19. CONAPO (in the process of publication).
- El Colegio de la Frontera Norte [EL COLEF] (2020). Migrantes en albergues en las ciudades fronterizas del norte de México. *Documentos de contingencia 2. Poblaciones vulnerables ante COVID-19*. Retrieved from: https://www.colef.mx/doc_coyuntura/migrantes-en-albergues-en-las-ciudades-fronterizas-del-norte-de-mexico/
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020). Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2020. Press release number 768/21 December 14. Retrieved from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/saludsat/saludsat.pdf>
- Oggers, O. (2020). Migrantes varados en la frontera norte y albergues. Reflexión: La Labor de los albergues migrantes en tiempos de COVID-19. COLEF PRESS. Retrieved from: <https://www.colef.mx/noticia/migrantes-varados-en-la-frontera-norte-y-albergues/> y <https://youtu.be/-YNDLLmMCWA>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD] (2021). OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Tax and fiscal policies after the COVID-19 crisis. Retrieved from: <https://www.oecd.org>

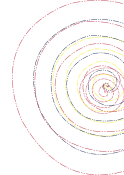




[org/coronavirus/policy-responses/tax-and-fiscal-policies-after-the-covid-19-crisis-5a8f24c3/](https://www.gov.uk/government/policy-responses/tax-and-fiscal-policies-after-the-covid-19-crisis-5a8f24c3/)

UK Parliament (2022). Public spending during the Covid-19 pandemic. Retrieved from: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9309/>





CHAPTER I

ACCESS TO SEXUAL HEALTHCARE FOR WOMEN IN SITUATIONS OF IRREGULAR MOBILITY IN MEXICO

Jesus Peña¹ / Lucía Vazquez-Quezada²

Summary

Some of the main sexual health problems of women in irregular mobility situations on their journey through Mexico are presented, as well as the access and quality of attention they receive in response to these problems. Survey-generated quantitative and qualitative data derived from semi-structured interviews were used. Results showed that the access to health services is predominantly through shelters for migrants. Therefore, the recommendation is to expand care capacities in these spaces both within these facilities and through agreements with health care centers.

Keywords: *women, irregular migration, sexual health, access to care, Mexican northern border.*

Introduction

This text is derived from a joint study carried out by the Population Council and *El Colegio de la Frontera Norte* whose objective was to identify the main needs and access to sexual and reproductive health care for women in situations of irregular mobility in Mexico. Although this

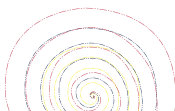
study is not exhaustive of the needs of women who migrate and are in transit through Mexico, it does capture their voices and provides a current statistical descriptive overview. Furthermore, it coincides with an exceptional moment in the recent history of humanity: the COVID-19 pandemic.³ The data shown below was the result of a survey and semi-structured interviews to women in a situation of mobility who did not have Mexican nationality and who were in shelters for migrants in Ciudad Juárez, Chihuahua in 2021. The objective of this text is to explore access and quality of care regarding sexual health issues (SHI) for migrant women during their migratory journey, including their temporary stay at the northern border of Mexico. Data on menstrual health problems and care, as well as symptoms of infection and discomfort in the genital area are analyzed.

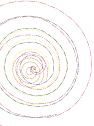
The methodology used to this end is described below. Subsequently, a background section is included where some of the most recurrent problems of SHI in the female population studied are shown. A results section follows. In the final section, conclusions and recommendations are presented expecting to contribute to the expansion of scientific evidence on the

¹ Jesús Peña is a researcher and teacher at El Colegio de la Frontera Norte, Department of Social Studies

² Lucía Vázquez-Quezada is a researcher in the Mexico Office of the Population Council.

³ For a consultation of the complete results of this research, which include care for and interruption of pregnancy, care in the face of COVID-19 and the care capacities of shelters, the three volumes of available results can be consulted at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1534/ and at www.colef.mx





subject in order to help the decision-making process of government authorities, international organizations and agencies, health service providers, and civil society organizations, and to benefit the women and people who migrate and who are in Mexican territory.

Background

Based on the increasing number of migrating women (International Organization for Migration (IOM), 2019),⁴ the gender perspective on the migratory phenomenon has highlighted specific vulnerabilities that women may face along the journey, such as "trafficking of women for sex industry, domestic work, forced or servile forms of marriage and the disqualification of highly-skilled migrants" (IOM, 2019). During transit, women may also face sexual violence and be offered goods or services in exchange for sexual intercourse (Freedman, 2016; Infante, César, Leyva-Flores, R., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Torres-Robles, C. A., & Gómez-Zaldívar., 2020; Infante, C., Silván, R., Caballero, M., & Campero, L., 2013). In Mexico, the gender differences in travel strategies derived from the risks involved have also been documented, which may include avoiding certain migratory routes, or seeking financial support from the family so that women may travel by bus and stay in private rented rooms overnight (Gabriela Díaz Prieto and Gretchen Kuhner, 2014).

With regard to their health needs, Leyva Flores and colleagues (2015, 2016) highlight that the highest incidence of health problems or diseases are respiratory (47.1%) and gastrointestinal (8.7%), mycosis (7.0%), dehydration (5.0%), injuries and accidents (2.9%), and unspecified health problems (6.0%). Sixty percent of the population surveyed by these authors sought

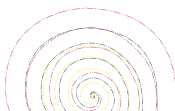
medical attention, most of them (8 out of 10) in shelters. Medical attention in public health services is scarce, partly because given the irregular administrative situation of migrants, they do not seek this type of care out of fear, ignorance, or because they prioritize other needs. The fundamental role of shelters in the provision of primary health services, and in referrals to other health services has been confirmed by other studies and reports (Leyva-Flores & Quintino-Perez, 2011; IOM, 2019; Peña, Barrios de la O, Rodríguez, Carnero, Jiménez de León & Sánchez, 2020).

There is limited literature on the sexual health needs of international migrant women transiting through Mexico, most of them from Central America. Some of the main contributions to the scientific literature come from the works cited above by Dr. Leyva-Flores *et al.* (2011 and 2016), and his most recent contributions on HIV prevalence (Leyva-Flores *et al.*, 2016), violence (Leyva-Flores *et al.*, 2019), and rape and transactional sex (Infante *et al.*, 2020). This study contributes to this literature by exploring other aspects of the sexual health of foreign migrant women in Mexico, including menstrual health and hygiene, as well as signs and symptoms of sexually transmitted infections other than HIV.

Methodology

A mixed methods study was conducted in several stages. First, a survey with closed questions was applied to adult women (18+) who did not have Mexican nationality and preferably of reproductive age (18-49 years). This population included women who arrived in Ciudad Juárez from southern Mexico and those coming from the United States after being returned to Mexico by U.S. immigration authorities to continue their asylum process in Mexico, as part of the Migrant Protection Protocols (MPP). The range and age groups were intended to encompass different stages of a woman's reproductive life. In the second stage of the study, semi-structured

⁴ "More and more women are migrating independently, rather than as members of a household, and are actively participating in the labor force" (IOM, 2019:91).



interviews were carried out with migrant women selected at the study's convenience. Efforts were made to include pregnant women as well as transgender women. The instruments were designed and applied only in Spanish. There were no cases in which instruments could not be applied due to language limitations.

The study was carried out in Ciudad Juárez, Chihuahua, given its historical importance as a place of passage and reception of foreign migrant populations, as well as its recent experience as one of the main cities on the northern border of Mexico receiving foreign population applicants for international protection in the United States. Data collection was carried out from June 3rd to September 30, 2021. The sample selection consisted of two stages. The first was the selection of shelters as the primary sampling unit and the selection of migrant women as secondary units. The main shelters were selected considering the amount of foreign female population, as well as those who agreed to collaborate with the project, considering the restrictions imposed by the COVID-19 pandemic. Inside the selected shelters, a non-probabilistic sampling was carried out. The survey was conducted from September 7 to 30, 2021. The interviews were conducted from June 5 to September 30, 2021. We managed to collect 266 questionnaires from migrant women and twenty

interviews with migrant women, including the transsexual population. Those interviewed and surveyed received compensation for their time in the form of credit recharge cards for cell phones, as well as protective equipment for COVID-19 during data collection (masks, antibacterial gel and disinfectant towels). The names of the women interviewed are in this document under pseudonyms.

Results

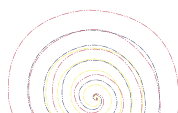
The results obtained on sexual health problems identified as the most recurring in the population studied and on the access and characteristics of care provided are shown below. Data on hygiene and menstrual health, signs of infection in the genital area, and similar problems after having sexual intercourse were collected. Regarding menstrual health, recurring problems were having constant or sporadic pain that hindered everyday activities (62.2%) and not having had access to medications to counteract the pain (see Table 1).

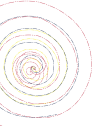
Qualitative data to explore the characteristics of menstrual health care is available. The women interviewed who suffered menstrual health problems during the journey indicated that their cycle was altered, that it "got out of control" or that it was not "normal". Such was the

Table 1.
Percentage distribution of menstrual health care and problems while on transit through Mexico, 2021

Type of Problem	Always	Sometimes	Never
Had a regular menstrual cycle	47.40%	20.60%	32.00%
Had enough clean pads to wipe	60.00%	34.50%	5.50%
Had enough new sanitary pads or tampons	64.80%	23.70%	11.40%
Was able to change pads or tampons when needed	57.00%	30.60%	12.40%
During her menstrual cycle she had pain that prevented her from doing her activities.	36.40%	25.80%	37.70%
Had access to pain medication during her menstrual cycle	20.80%	8.90%	69.90%

Source: Elaborated by the authors.





case of Adriana and Silvia: "My menstruation got out of control; yes, I menstruated, but not in the usual way." (Adriana).

"My period was no longer regular as it was in Honduras, I believe this is because of the journey ,of traveling so much, walking so much, being so tired, it was no longer the same but now that I am here (in Cd. Juárez) thank God it has become normal as before." (Silvia).

Isabel attributes the changes in her menstrual cycle to the "stress" she suffered on the way.

"I started to bleed, I missed my period, it usually lasts about seven days and I started to bleed a little, so I had to wear sanitary pads all the time although I stopped bleeding and then I would have discharges. There wasn't a bad smell or anything, but I think that it was because of all the stress I had." (Isabel).

Regarding the care for menstrual health problems, the interviewees mentioned the difficulty to carry medications (analgesics) during their migratory journey to overcome discomfort and menstrual pain, for when they are detained by immigration authorities in Mexico or in the United States, these are taken away from them. They also report that the guides ("coyotes" or "polleros") take away all the medicines they bring with them: "I just stayed like that. I did not take any (pills) because they had already taken all the medicine from us. The people who transported us, they took everything from us" (Ana).

Buying medicines can be complicated because the guides do not allow them to move from the places where they are held along the journey. Another problem is the difficulty to bathe and clean their genitals both along the way and when they are detained by immigration authorities in the United States, as Isabel commented.

"There was no way. The only thing I did was to always try to be clean. In immigration, they throw away all our clothes, they throw away everything, so I started to change, since they threw everything away, but right there they gave us sanitary pads, so I put on sanitary pads so as not to get dirty, so yes, it is a very difficult situation" (Isabel).

"You can't leave the houses at all when there's a coyote. They don't allow it, since the police might see us, we can't even look out the window. So, I was prepared with the child's things and very few pills for myself. I think that was how I made it." (Isabel)

During the survey, interviewees were asked about symptoms in their genital area along the journey: 49.2 percent reported having had some problem (n=131), among which the most common were itching (24.5%) and pain (33.1%). Only 22.1 percent (n=29) sought care to treat these symptoms (see Table 2). Differentiating the types of problems, we observed that about one in every four women who had trouble urinating sought care. Pain was another problem that caused some women to seek care.

A 79.3 percent of the women who sought care, received it in the same place where they sought it. Migrant shelters turned out to be the main place where care was sought (see Table 3). The support received at the shelter was free except for one case. All the women who received help in shelters would recommend other migrant women in their situation to ask for support in that same place. Public health centers were also mentioned as a place to seek care (37.9%). Only one woman reported feeling discriminated against because of her country of origin while she was receiving care at a health center. The rest did not report any such incidents and would recommend other migrant women to seek care in those places.



Table 2.
Percentage distribution of health problems in the genital area and access to care during the journey through Mexico, 2021 (n=131)

Type of problem (Percentage that had that problem) n=131*	% Who sought care n=29
Bleeding other than menstruation (19.5%)	18.00%
Warts (6.6%)	11.80%
Pain (33.1%)	22.40%
Itching (24.5%)	22.20%
Hives (5.4%)	14.30%
Problems urinating (21%)	25.90%
Foul-smelling vaginal discharge (18.7%)	14.60%
Sores (2.7%)	14.30%

*Question accepts multiple answers.
Source: Elaborated by the authors.

Table 3.
Percentage distribution of places where medical care was sought and characteristics of such care, 2021

Place where you sought care (n=29)	Characteristics of care			
	Received care	Paid to receive attention	Health personnel referred to you inappropriately because of your country of origin	Recommends that other migrant women seek care in that place
Public Health Center 37.9% (n=11)	81.10%	18.20%	9.00%	90.90%
Shelter for migrants 48.2% (n=14) ^a	76.90%	7.10%	0.00%	100.00%
Private practice 3.4% (n=1)	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%
Pharmacy 10.3% (n=3)	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%

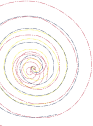
Fuente: Elaboración propia.

Among the reasons why women did not seek care are: not knowing where to go (see graph 1). Another 13.7 percent indicated that they did not do so because they had to continue on their way, a situation that resonates with Isabel's previous testimonies about the way in which migrant guides exercise total control over the time and places they can access during the journey.

Regarding problems after having had sexual intercourse, 17 percent of the surveyed population had them during their journey through Mexico (n=44). They were asked if

they had had any sexual health problems after intercourse, and 52.3 percent answered affirmatively. Pain in the abdomen was the most common problem (see Table 4). It stands out that 31.8 percent were worried about having been infected with a sexually transmitted infection and 34.1 percent about having become pregnant. Among the women who had some kind of problem, 26.1 percent sought care (n=6). Considering the type of problem, it stands out that among the women worried about having been infected by a sexually transmitted



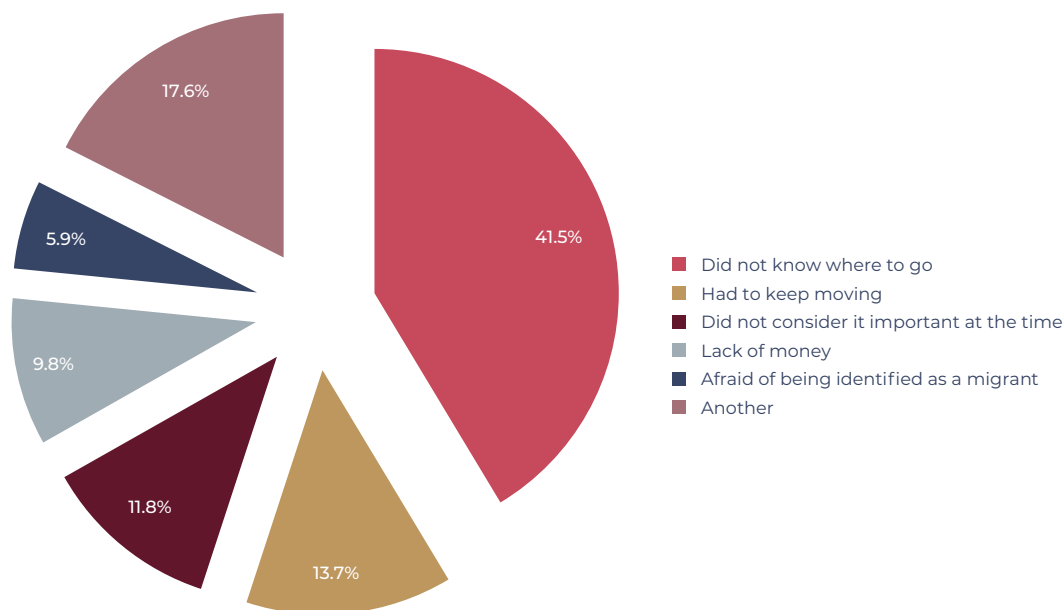


disease, only 35.7 percent sought care. The record is similar for women who were worried about becoming pregnant, with a low percentage (26.6%) who sought care.

To address their problem, half went to a public health center. Another 33.3 percent did so at the shelter where they were staying and 16.7 percent at a pharmacy. They all received care where they sought it. As for attention fees, 27.3 percent had to pay for it. Only one surveyed woman stated that she had been treated inappropriately by the staff caring for her (see Table 5). This happened in a public health center. She considered that the reason was her nationality.

Among the women who presented symptoms, discomfort or health concerns after having sexual intercourse, 74 percent (n=17) did not seek care. The main reason was not knowing where to go (41.5%). However, on this particular occasion, the lack of money played an important role in not seeking attention. It is important to highlight once again that several women did not seek care because the people they hired to take them to the border would not allow them to leave the safe houses where they were kept along the journey. Only one woman mentioned she did not seek care out of fear of deportation (see Table 6).

Graph 1.
Percentage distribution of reasons for not seeking medical care for symptoms in the genital area, 2021 (n=102)



Source: Elaborated by the authors



Table 4.
Percentage distribution of health problems after having sexual intercourse while traveling across Mexico, 2021 (n=23)

Problem (Percentage who had that problem)*	Seeked care
Wounds or injuries on vulva or vagina (9.1%) n=4	25.00%
Abdominal pain (31.8%) n=14	21.40%
Body aches (18.2%) n=8	37.50%
Itching, hives, or bad odor in vulva or vagina (6.8%) n=3	33.30%
Concerns about getting pregnant (34.1%) n=15	26.60%
Concerns about having been infected with a sexually transmitted disease (31.8%) n=14	35.70%

*The question allows multiple answers.
Source: Elaborated by the authors.

Table 5.
Percentage distribution of places where health care was sought and the characteristics of such care, 2021 (n=6)

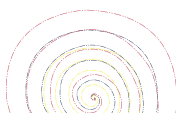
Place where you sought care (n=29)	Características de la atención			
	Received care	Paid for attention	Received inappropriate treatment in her country of origin	Recommends that other migrant women seek treatment in that place
Public health center (50%, n=3)	100.00%	0.00%	33.30%	100.00%
Shelter for migrants (33%, n=2)	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Pharmacy (16.6%, n=1)	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%

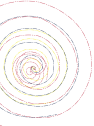
Source: Elaborated by the authors.

Table 6.
Percentage distribution of the reasons why women did not seek medical attention for their health problems in the genital area during the journey through Mexico, 2021

Ratio n=17*	Percentage
Did not know where to go	41.50%
Lack of money	23.50%
Had to continue on their way	11.80%
Others (She could not leave the place where she was, the guide or coyote would not let her, she was afraid of being identified as migrant, she did not care, she thought she would be cured without any attention)	23.20%

*The question allows multiple answers.
Source: Elaborated by the authors.





As shown in the data presented, shelters are one of the main places where women seek care for SHI. Women say they are able to solve some of their basic care needs, such as sanitary pads and condoms inside the shelters.

“I see there are condoms here. And as for my period, well here they give us a lot of sanitary pads, wet wipes or we can buy intimate soap if we have the money.” (Andrea).

The shelters are also links to health services with civilian organizations. Mobile health units go to the shelters to test for sexually transmitted infections (STIs), and civilian organizations also offer tests to detect these infections. Brenda recalled an occasion in which a civilian organization visited the shelter in order to carry out medical check-ups and tests for HIV and sexually transmitted diseases.

“Yes, there are organizations that approach us and ask if you want to get checked, at least they did come here to carry out some tests for HIV, Syphilis, and tests to confirm that we were in good health. That was here in Juarez.” (Brenda).

Shelters facilitate access to primary care public health services (health centers) or specialized ones (second and third level hospitals). Referral from a shelter is the most effective way to access medical attention in health centers.

“Well, here they do help us to go to hospitals, they also treat us very well really, they support us in getting there, I have gone there with my children and the attention they give is good” (Pearl).

“If we ask the shelter manager to take us to a place where we can be treated as a favor, I understand he does help us with that” (Andrea).

Conclusions and Recommendations for Public Policies

The data, analysis and conclusions presented here have the usual space-time limitations for this type of study. Particularly, what is presented here reflects the conditions of the shelters and of the migrant population in Ciudad Juárez during an unprecedented stage in history, the COVID-19 pandemic. This event affected data collection methods as well as field work, for the capacity to create bonds of trust with the migrant women interviewed was affected, which would make it easier to deal with sensitive issues such as those related to SHI. For example, sexual intercourse under coercion situations have been reported in other similar studies (Infante *et al.*, 2020; Infante *et al.*, 2013), but were not identified in this one.

Results also reflect the needs of migrant women whose migratory journeys were relatively short (from fifteen days to one month); and who arrived in Ciudad Juárez deported from the United States. Their needs and search for health care surely varied depending on the length of the migratory journey, and on the length of the periods they stayed in cities along the way, such as the study site. Another limitation collecting data on the access and quality of care arises from the low number of migrant women seeking medical attention. This situation results in having to draw conclusions based on a small amount of data. However, the very lack of data is an important indicator of how much progress must be made in facilitating access to medical care for populations in mobility situations in Mexico. With this in mind, some conclusions and recommendations are offered below that may contribute to expanding and improving the access to this care through public policies.

During their transit through Mexico, a constant need for all women (cis gender) is to attend to their menstrual health. Even in relatively short periods of transit, women report changes in their menstrual cycles, disabling



pain, and discomfort due to difficulty to maintain personal hygiene. They do not mention seeking care for these conditions as they attribute them to travel-related stress. Relieving the pain generated by menstrual cramps is not always possible, since, in case of carrying some sort of medication, these is confiscated both by guides and immigration authorities, and buying them is complicated (or impossible) because they are usually detained in safe houses without being allowed to leave. As a care strategy during the journey and in Ciudad Juárez, the informants mention taking care of their personal hygiene (genital) as much as possible. The women interviewed indicate that shelters have the capacity to provide the basics such as sanitary pads and condoms. However, these spaces have important limitations when it comes to pain management medications (Peña, 2022).

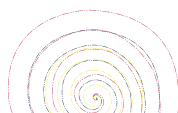
The data collected through the survey shows the difficulties that women in situations of irregular mobility face in identifying and attending to a variety of sexual health needs. The main reason for not seeking care is "not knowing where to go" (45.1%) or not prioritizing care (25.5%), and to a lesser extent fear of being identified as migrants in an irregular legal situation (5.9%). In this sense, it seems that seeking care depends more on practicality than on the fear of being identified as migrants. This seems positive to us and perhaps a step forward in their perception of being a subject of law. However, the qualitative results highlighted the lack of freedom of movement and decision-making when they are "guided" along the journey, and this is one of the main obstacles to seeking care.

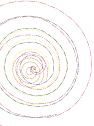
On the other hand, although very few women seek care and no trend can be observed, we discovered that migrant women seeking care frequently mentioned both shelters and health care centers. In Ciudad Juárez, civilian society shelters function as facilitators with other actors for attending SHI. However, their main purpose is to provide primary care within their facilities

depending on their personnel, space and medication capacities. As for care in public health centers, a recommendation from a shelter recognized by state authorities seems to be enough for the foreign migrant population to receive free care, although reports from some women mention having had to pay for such care both in shelters and in health centers. Still, the study suggests that a central issue is the access to health services, rather than the quality of services provided for those who can seek and use them.

The lack of knowledge, along with the low prioritization of care in SHI, highlights the need to expand information and counseling on these issues, both in their countries of origin, and in the contact situations with them in Mexico. Gender roles appear to determine prioritizing the health of others (e.g. children) before their own. This has been found in other studies with this same population on the southern border (Vázquez-Quesada *et al.*, 2021) and has also been referred by shelters in Ciudad Juárez (Peña, 2022). We propose to take advantage of the recent experience in privately filling out questionnaires regarding signs and symptoms of COVID-19, to suggest that women and other migrants complete them without any registration by authorities, in order to promote a space for them to reflect on their health, including SHIS (e.g. signs and symptoms of sexually transmitted infections, physical or psychological consequences of violence, myths and truths about hygiene and menstrual health, sexuality, contraception, etc.). This intervention must include a response capacity, either by care in shelters or by referrals to civil or government organizations.

On the northern border of Mexico, shelters are key points of connection and integration between populations in situations of mobility and host societies. Therefore, government institutions that promote health should seek greater coordination with shelters in order to expand their capacities to provide primary care. These actions should include the steps to access health





services for secondary care outside the shelters, free of charge.

The ability to provide secondary health care within the shelters would facilitate caring for migrants who lack resources or who prefer not to leave the shelter due to fear or mistrust of the surrounding environment. However, the lack of human and material resources that most shelters face make this goal unattainable, at least in the medium term. Visits by health specialists to shelters seem to be the most viable option for now. Therefore, at least in contexts similar to that of Ciudad Juárez, the way to increase and improve access to health services for migrant populations is to work with the shelters to expand their disease detection capabilities.

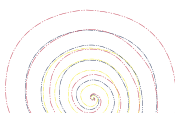
The causes that make some women access public health services and others not to (because they cannot or do not want to), is a topic for future research. Also, the access to services for women who are not in shelters, as well as broader studies on the quality of care among migrant women, remain pending. For now, other concrete actions are suggested so that in the short term the needs of migrant women in Ciudad Juárez can be met: to support shelters by providing them with analgesics to control menstrual cramps, and pregnancy tests. This will particularly help women trying to avoid leaving the shelter (at the time of the study due to COVID-19, but also as safety measures), those who do not like to be checked by doctors, or who lack the financial resources to pay for a test. Visiting women specialists can also be a way of promoting prevention and seeking care.

The data shows, there is a concern among women about becoming pregnant or having been infected with a sexually transmitted disease after having sexual intercourse during the migration journey. Although these issues were not explored in this document, we noticed that in cases of sexual violence or transactional sex, contraceptive methods are important, even irreplaceable, care strategies.

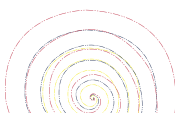
Therefore, it should be ensured that pregnancy tests and emergency contraceptive pills are included in the primary health care provided in shelters, as well as improving the care for sexually transmitted diseases.

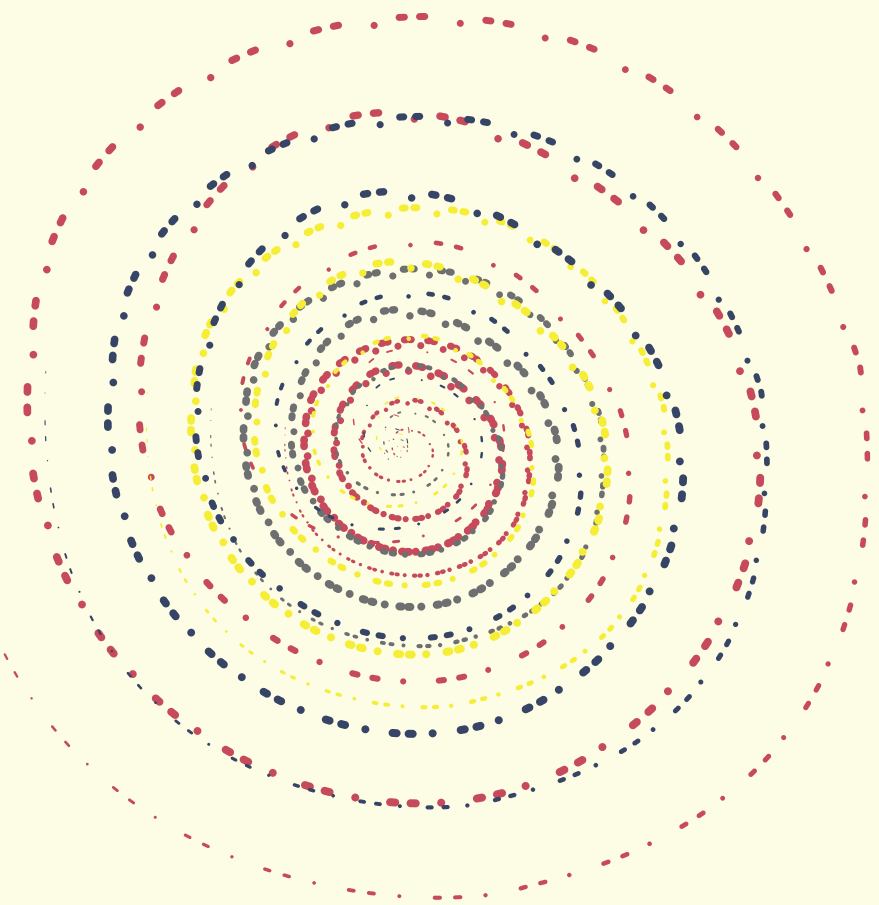
Bibliography

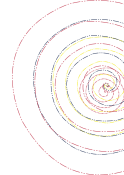
- Díaz, P. G. y Kuhner, G. (2014). *Un viaje sin rastros. Mujeres migrantes que transitan por México en situación irregular*. Mexico City: L. L. C. de D. Editores S.A. de C.V., IMUMI (ed.).
- Infante, C., Leyva-Flores, R., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Torres-Robles, C. A., & Gómez-Zaldívar, M. (2020). Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Culture, Health & Sexuality*, 22(10), 1145–1160. doi: <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1662088>
- Infante, C, Silván, R., Caballero, M., & Campero, L. (2013). Sexualidad del migrante: Experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Pública de Mexico*, 55(SUPPL.1). doi: <https://doi.org/10.21149/spm.v55s1.5098>
- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Saldívar, M. J., & Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the us: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLoS ONE*, 14(8), 2009–2015. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>
- Leyva Flores, R., Infante Xibillé, C., & Quintino Pérez, F. (Eds.) (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud*. Cuernavaca, Morelos: INSP.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2019a). Glosario de la OIM sobre Migración Retrieved from: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>



- _____ (2019b). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1-28. Retrieved from: <https://dtm.iom.int/reports/mexico-diagnostico-para-monitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad>
- Peña, J., Barrios de la O, M. I., Rodríguez. C. J. A., Carnero, D. E., Jiménez de León, P. , y Sánchez, C. A. (2020). Condiciones y características de la población solicitante de asilo en Estados Unidos en Ciudad Juárez. Una mirada desde los albergues y su entorno, 2020. Retrived from: https://www.colef.mx/doc_coyuntura/condiciones-y-caracteristicas-de-la-poblacion-solicitante-de-asilo-en-estados-unidos-en-ciudad-juarez/
- Vázquez-Quesada, L. M., Peña, J. y Vieitez, I. (2021) "Necesidades y Atención en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua." México: Population Council y El Colegio de la Frontera Norte.







CHAPTER II

MIGRATORY PROCESSES BEFORE COVID-19: FEMALE MIGRATION IN THE LATIN AMERICAN CONTEXT

Rosa Patricia Roman Reyes / Viridiana Sosa Marquez¹

Summary

This paper² shows that in the last 40 years female migration has increased globally, and Latin America has been no exception. There are various factors and dynamics that have led to this increase, we analytically propose that the feminization of migration is linked to articulation dynamics between developing and developed countries, a situation that reflects patterns of inequality on a global and regional scale. The research focuses on the migration situation before and during the COVID-19 pandemic. Globalization is not a linear process, and due to this lack of linearity, there are growing contradictions and conflicts that impact the well-being and living conditions of people, including that of migrant populations, especially of women, adolescents and girls.

Keywords: *Latin America, feminization of international migration, covid-19, globalization, public policy.*

Introduction

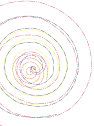
The perpetuation of the division between productive and reproductive work on a global scale would not have been possible without the continuous influx of cheap labor from peripheral countries willing to join it, a relationship that rests not only on the dynamism of international migration characteristic of globalization, but in the interdependence in the sphere of reproduction between the societies of origin and destination (Ariza, 2013).

In this sense, the geographical distribution of migration—including female migration—according to nationalities, responds to the effect of family or neighborhood networks who welcome migrants at their arrival. It has frequently been documented that the sector in which the first migrants are placed will be the same for their countrymen arriving later, and that the last ones to arrive will probably be attracted by the first ones due to the labor demands existing in the destination (Ariza, 2013;

¹ Research professors from the Institute of Agricultural and Rural Sciences, Universidad Autónoma del Estado de México.

² The analysis presented here is part of the extensive work of the documentary research of Component G “Social Conditions of Migrant Women, Girls and Adolescents in Mexico in times of the COVID-19 Pandemic” financed by the United Nations Population Fund. The group of researchers and interviewers was led by Dr. Rosa Patricia Román Reyes, with the collaboration of Dr. María Viridiana Sosa Márquez, Temoatzin Gómez Cambrón and José Manuel Gutiérrez Becerra.





Pla and Poveda, 2013). These mobility trajectories are also followed by qualified and/or professional migration, for example, in Valencia, Latin American women with an academic background are finding precarious jobs in certain branches of the service sector (Pla and Poveda, 2013).

The feminization of international migration is framed within the dynamics of women's participation in global market production, along with the need to import substitute caregivers, at the origin of the feminization of migratory movements, is the fact that in transnational households, women are the main if not the only ones responsible for supporting the family. This refers to the current caregiving crisis, which transfers social inequalities derived from the sexual division of production and reproduction tasks, to the perpetuation of this division at an international level, forging a network of power relations that sets the stage from which to explain both the feminization of migratory movements from the countries most negatively affected by globalization, as the (pseudo) solutions that more developed societies are giving to the so-called care crisis.

In this female migration (of women, girls and adolescents) through the long route that goes from Central America to the United States, one of the main causes of its increase has been violence, as well as the need for family reunification, poverty and social exclusion from various regions in Mexico and in Central American countries. Also, in destination countries, various forms of violence against women may persist. For example, in Mexico it has been documented that an irregular stay of immigrant women is accompanied by domestic violence or some forms of exploitation. The foregoing, in the context of an economic dependency on male partners or spouses, as well as the required employer information to obtain a legal status in the country.

There is a need to untangle and recover the migratory experiences of girls, adolescents and women from their country of origin and

along their journey to the country of destination, for despite its importance, there are few studies that thoroughly address female mobility in the different stages of a woman's life and they barely leave a trace. The analysis presented here seeks to fill this void.

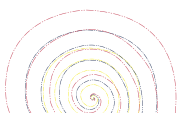
Methodology

The research identified and selected some of the most representative texts on female migration in Latin America, considering of course the international debate on the subject. The contributions of each of the cited authors were analyzed, including the work of international and national organizations. The detailed examination of the most recent research texts usually called state of the art allowed the evaluation, from a gender perspective, of the shortcomings, achievements and needs that female migration has in the corpus of academic texts and the attention it receives in public policies.

Balance of Female Migration before COVID-19

Female migration has increased globally over the past forty years and Latin America has been no exception (Herrera, 2013). In 2017, 257.7 million people emigrated in the world, 51.6 per cent were men and 48.4 per cent women (CONAPO, BBVA Fundación Bancomer, BBVA Research and Ministry of the Interior, 2019).

There are several factors and dynamics that have led to this increase; The International Organization for Migration (2014) refers to the fact that the feminization of migration is linked to dynamics between developing and developed countries that reflect strong patterns of inequality, a consequence of neoliberal policies and adjustment programs applied in recent decades in some regions -including Latin America-, which have generated an increase in poverty, unemployment and the informal



economy. This had a differential impact on women, generating a process known as the feminization of poverty. Migration then emerges as an alternative adopted by women to counteract these difficulties.

The distribution of workload socially assigned to men and women is traditionally linked to a sexual division of labor that basically makes women responsible for reproductive work, that is domestic work and caregiving for household members- and men responsible for supporting the family financially, through paid work as a part of the labor force. The social, economic and demographic changes that have taken place for some time now have had an impact on this distribution of labor. Women are the ones who have undergone the most transformations, and one of the consequences or responses to this is the increasingly incorporation of women to the global market (Sassen, 2003).

Herrera (2013) mentions the following factors as causes of female migration:

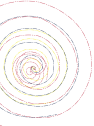
- ◆ The precarious situation in the countries of origin: economic crises, structural adjustment policies, restructuring of production models, social and political violence.
- ◆ Globalization: an increase in communications and technologies, the new scenarios of mobility and the interdependence between labor markets.
- ◆ The role of the states in the welfare sector: there is an absence of structural changes that promote gender equality inside the households, labor markets and state policies, as stated in the previous chapter.
- ◆ Structural factors related to demographic changes: aging of the population.
- ◆ Structural factors related to social changes: the entrance of women into the labor market without changes in the sexual division of reproductive work inside the households.

In the case of Latin America, migrants who arrive in the United States follow four main objectives: to seek better living conditions; to escape from situations of family and community violence; to reunite with their family and to find a job that allows them to financially support their children (Ayuda en Acción, 2008). These reasons do not necessarily exclude the fact that migration is a personal decision, a part of a personal life project or simply a desire to explore new options; as shown by Arias (2013: 96), “the ethnographic evidence points to the fact that women leave not only motivated by family reunification or family decisions, as was traditionally done, but increasingly pushed by personal reasons and decisions, taken independently.” In this same sense, Pla and Poveda (2013: 303-304) refer to the following:

It can be assumed that the migratory project varies depending on the biographical profile of individuals, who they are and what they have done until that moment, what is their main motivation for emigrating, whether they travel alone or with their family, whether they come as a regrouped family or as “pioneers” of the family project, of the baggage they bring (savings or debts), of the reception networks they have and, of course, of the life and work opportunities they will find upon their arrival. These opportunities are obviously closely linked to immigration regulation policies and to the labor market.

It is important to recognize the leading role that women can have as individuals with self-determination in their mobility and not only under the dominance of male decisions, when they do not see sustainable alternatives in their countries of origin. We recognize an impact on gender relations of immigrant women when they have a regular paid job. Their autonomy and empowerment increase under these





conditions, giving the decision-making process, in this case to migrate, a certain independence or individuality (Sassen, 2003).

We also need to understand that all migrants have their own story that led them to leave their country for we tend to standardize them, and this is also a risk when we analyze female migration, not all of them face the same situations, nor motivations to migrate (Ayuda en Acción, 2021).

Structural, demographic, social and economic factors are determining the labor niches to which women who migrate to the north are incorporating for sexual work, caregiving work, informal work and agriculture are the main forms of employment for these women (Garay and Medina, 2007).

Also, female solidarity has become more relevant in recent years for migrating women, at least that is what Quecha (2015) refers to in a study carried out with rural women in Mexico. Although we must not ignore the fact that, since the beginning, these support networks for migrants were heterogeneous, difficult to access, made up of men who supported male relatives, and based on the idea that they would work and provide for their homes. In other words, since their formation, these support networks were based on certain cultural, social and political conditions, and of course, gender inequalities. However, little by little women have managed to consolidate their own solidarity networks.

Migration networks can be defined as "interpersonal relationships that link migrants with their relatives, friends or countrymen who remain in the country of origin" (Camacho and Hernández, 2005: 57) or in the country of destination, transmitting information, providing economic aid and offering accommodation and other forms of support to newcomers. All these factors facilitate migration because they reduce the costs, risks and uncertainty for those who move to an unknown country.

It has been more difficult for women to create social networks that support their mobility, for "female migration entails significant changes to the roles and hierarchy of women" (Quecha, 2015: 101), so international mobility has been more difficult for them, but once established, it is clear that both men and women have the skills and abilities to migrate, even if each group seeks different objectives. Román (2013) mentions there are non-economic reasons that push women to migrate, such as "getting out of oppressive family relationships, fleeing from different forms of violence and self-interests." So it is possible to conclude that women may seek migration as a way to overcome gender and violence barriers generated around them, but it does not necessarily result in a decrease in community violence against them, for a common element of rural migrating women is the fact that their "honorability" is questioned. These judgements come not only from men, but also from other women, and it is likely that the oppressive treatment towards them does not diminish, and can even be a factor that motivates and perpetuates female migration, which in turn can continue to perpetuate transnational motherhood and the uncivilized dynamics of caregiving work.

Despite the above, for female migration to take place, different resources are necessary. Merla (2014) refers to the following:

1. The first level of resources comprises mobility (being able to move) and communication (beyond borders).
2. The second level includes finances (sending money), time (being able to spend time caregiving), education and skills, and accommodation (providing adequate accommodation).
3. Social relationships (having access to a social network at the place of origin and destination). Friendship, family, neighborhood, ethnic networks can help migrants



and their family members to overcome difficulties arising from complicated access to other resources.

This last level is complemented by what Puyana (*et al.*, 2010: 281) mentions: the international reproductive market or the international economy of caregiving has led to the departure of women from their nations thus delegating their family responsibilities to other women in their countries of origin. This phenomenon has not only intensified asymmetrical relations between genders, but also between women from developing and more industrialized countries.

The elements mentioned here indicate that the demand for female labor is structural, and that it is greatly based on gender, so a gender perspective is required to analyze it. Female migration, especially the one that carries out domestic and caregiving work, becomes a strategic effort to promote well-being and development, since the sexual division of labor makes women and their reproductive work subsidize a large part of the economy and development, and migrant women in globalization are expressing this process on a transnational scale (Herrera, 2013).

Structural Demand for Female Labor: International Migration

The so-called feminization of migration has the distinctive trait of transforming the labor markets of the countries of destination, which have become prominent recruiters of female labor to carry out caregiving tasks and other low-wage occupations, mainly in the services sector (Parella, 2012).

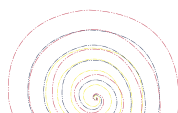
The feminization of international migration is part of the dynamics of women's participation in production for global markets (Sassen, 2003; Parella 2012), where, along with the need to import substitute caregivers, at the origin of the feminization of migratory movements, is the fact that in transnational households, women

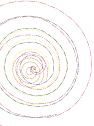
are the main, if not the only ones responsible for supporting the family. This refers to the current care crisis (Sassen, 2003), which transfers social inequalities derived from the sexual division of production and reproduction tasks, to an international level, thus creating a network of power relations which explains both the feminization of migratory movements from countries most negatively affected by globalization, and the (pseudo) solutions that developed societies are giving to the so-called caregiving crisis (Pla and Poveda, 2013).

The perpetuation of the division between productive and reproductive work on a global scale would not have been possible without the continuous influx of cheap labor from peripheral countries, a relationship that rests not only on the dynamism of international migration so characteristic of globalization, but on the interdependence in the reproduction field between societies of origin and destination (Ariza, 2013).

In this sense, the geographical distribution of migration — including female migration — by nationalities, responds to the effect of family or neighborhood networks of reception at the country of arrival, to the workplace, since it has frequently been documented that those arriving later will be placed in the same sector as the ones who arrived first, and the last ones to arrive will probably be attracted by the first ones once they learn about the visible labor demands existing in the country of destination (Ariza, 2013; Pla and Poveda, 2013). These mobility trajectories are also followed by skilled and/or professional migration. For example, in Valencia, Latin American women with academic training are finding precarious jobs in certain branches of the service sector (Pla and Poveda, 2013).

The employment of female immigrant labor in domestic service is greater in those countries that have low state subsidies for the reproduction sector (cooking, cleaning and child and elderly care), this is the case of some of the main migration metropolis in global northern





countries such as Spain, Italy, Portugal, Greece and the United States, among others (Ariza, 2013). We must not lose sight of the fact that although adequately located child care centers are available, many middle-class Americans have deep prejudices against them and perceive them as places that take care of children in a cold and institutional way, so middle-class families with working parents prefer the comfort, flexibility and privilege of having someone take care of their children at home (Hondagneu-Sotelo, 2011). This is how international domestic workers partially resolve the tensions between the reproductive needs of households and market demands, given the prevailing sexual division of labor and the continuous reduction of the national labor supply (Ariza, 2013).

Migratory Processes before COVID-19: Migrant Women; Migration without a Gender Perspective and without Care Systems

A fundamental fact is that globalization is not a linear process, therefore it entails contradictions and growing conflicts that impact the well-being and living conditions of the people. In this context, "neglect" seems to become one of the most dramatic consequences of this process and one in which migrations have become a humanitarian crisis.

It is in this context that Amaia Pérez Orozco's (2021) approach becomes relevant in order to understand migration and caregiving as a strategic area, and to claim the role of migration as a social, economic, political and historical process in which caregiving has played a passive and practically invisible role (as in all spaces and social processes).

In the case of Mexico, we are interested in reconsidering migrations as essentially sociocultural processes, considering that those who migrate are part of a home and a family, for migration is fundamentally a collective

phenomenon. Thus, in many cases, the decision to migrate is a social decision, rather than a family and/or personal one, but whatever the reasons to migrate, the absence of a family member will have an impact on the entire family structure and on the roles that are played within. There will be a reorganization of the family, and in the case of women who migrate and have children, it will involve new challenges, such as new ways of caregiving and of exercising their motherhood. It is precisely within this intersectionality of factors that other inequalities based on sex-gender control and organization system can be appreciated.

In this regard, Díaz (2008) refers to the fact that when a woman with children migrates, the caregiving role is assumed by her family members, without any remuneration and scarcely through commercialized relationships or by government caregiving providers. We must recognize that frequently the daily absence of migrant mothers does not mean they disappear from the decision-making process or that they cease to accompany and supervise the growth of their offspring. They manage to stay present through the means within their reach (telephone, internet, family support networks, etc.) and many women design and implement strategies to be continuously present.

Recent research shows some changes originated from the COVID-19 confinement and some of these are: a reduction in women's economic participation due to the segmentation of the labor market, an intensified inequality in the burden of caregiving work inside households, decreased empowerment, in general, precariousness and vulnerability, which also requires further documentation in order to know what families do to face crises such as the COVID-19 disease, particularly families that include migrants (Gallego, 2021).

Thus, the globalization of caregiving is manifested through global care chains, which bring together the way in which different



households transfer caregiving from one person or group to the other; between those who remain in Mexico and those who move to the United States. It is through the globalization of caregiving that the social reproduction crisis that has forced Mexican women to migrate connects with the caregiving crisis that takes place in the country of destination. The main characteristic—and condition for it to work—is its feminization. It is developed exclusively by women, who are practically exclusive members. According to Pérez (2021), although women are the ones who have an active presence in global caregiving chains, these are not a women's issue, but rather a situation that evidences the absence of men and of the state in the co-responsibility of caregiving in the migration process. The inequalities inherent to family dynamics and migration are reproduced, since the form of organization assumed by families and individuals tends to be different when women migrate than when men do so, there is no need for a family reorganization or to set up care chains when it is the men who leave.

Transnational practices show that transnational chains are woven within a social and cultural network based on gender, social and generational hierarchies, which shape the way in which caregiving arrangements are established inside the families and which are linked to practices deeply rooted in family history (León, 2014). If we contemplate these inequalities, we will notice that the global caregiving chains and/or transnational caregiving dynamics do not constitute a fair or sustainable response to the caregiving crisis, nor do they promote the social value of caregiving, since they reproduce the vulnerability of women in general and of migrant women in particular, whose counterpart is the processes of retraction of the State and the expansion of the market within the framework of neoliberal models (IOM, 2014).

Thus, the socioeconomic impacts are diverse: the privatization and commodification

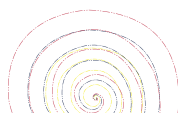
of caregiving, the precariousness of jobs in places of destination and the reengineering of resources within families to ensure survival. Once again, the processes of social differentiation are intensified.

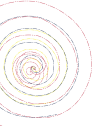
At the same time, there are impacts on women's responsibilities, on the visibility (and exacerbation) of the immobility of fatherhood and the expansion of motherhood and therefore on the reconfiguration of the link between caregiving and inequality; as Amaia Pérez Orozco (2021) says: "There is more care being given and less being received in a model of poor development in which life is not at the center." Therefore, the impact of structuring a caregiving chain physically based in the country of origin—Mexico—but with intangible emotional connections falls directly in the family's reconfiguration—a new form of organization of relationships and family ties—in which it is necessary to specify spaces and conditions, which will define the roles, the distribution of activities and resources.

A separate note requires analyzing the socio-emotional impact of migration when children are left behind, as well as the transformations in gender roles within families and households.

Considering a global approach to a caregiving policy for migrant women requires the consideration of three elements; the multilateral nature of the systems involved, designing regulations and policies with a gender perspective and sensitive to caregiving, and complying with existing international conventions.

In the current globalized world where the circulation of goods causes the circulation of people, the role of the States has been insufficient, it continues to focus on the difference between international and internal migration, leaving aside the contexts, the analysis of the sociocultural and economic aspects, socio-structural changes, and the various social and political problems derived from population movements (Masseroni, 2016).





Final Comments and Public Policy Perspective

It is worth mentioning that, until now, migration policies in most Latin American countries, including Mexico, have focused on territoriality, on development and a little on return, however the issues of caregiving are still absent (Fernández, 2018), as well as the creation of strategies and/or policies to facilitate family reunification and to improve the living conditions of migrants, their children and their families in general.

The State must generate public policies that make migratory processes friendlier³ and that also guarantee caregiving for the descendants of migrants and of the population in general, for when the State does not take responsibility for developing and carrying out public policies that guarantee caregiving and reproduction, most of these tasks are taken care of privately inside the families, with serious consequences not only for the women who are considered mainly responsible, but also for the recipients of such care who find themselves without the necessary comprehensive care (Herrera, 2012). In this context, environmental issues intersect, that is, the caregiving offer that exists in rural environments is completely different from that of urban ones.

In European countries, particularly in Spain, debates about the social organization of caregiving have revolved around the interrelation between the unpaid work carried out by families, and women in particular, its recent commodification in the hands of migrant women, monetary transfers to families and/or social services offered by the State for certain tasks (Vega, 2009; Martínez and Buján, 2011, cited in Herrera, 2012). In Latin America, with a much less present State, these processes are significantly more precarious,

since there are no policies or programs to balance unpaid and paid work, or policies that promote social and gender co-responsibility regarding reproductive work (Herrera, 2012).

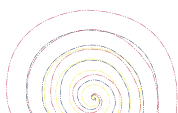
Also, the emergency caused by the COVID-19 pandemic has had certain impacts on the lives of women, deepening existing gender inequalities and even causing setbacks in some of their already recognized rights. One of the elements that has become most visible since the pandemic is the caregiving work crisis, as this is one of the main barriers to the equal economic participation of women in the economy, society and families (CIM, 2021).

Caregiving must be considered a part of the recovery policies from the crisis derived from the COVID-19 pandemic and must be seen as part of the short, medium and long-term solutions, as an investment on the development of nations. The foregoing because they are a part of the supply chain, as a precondition for remunerated activities to be carried out, an investment that will have an impact on the social, public and private spheres, on fiscal health, on economic growth, as well as on overall productivity. Therefore, caregiving work must be considered an integral and inherent part of all public policies (CIM, 2021).

In the Latin American region, it is essential to make greater efforts to effectively formulate and implement public policies that recognize, reduce and redistribute unpaid domestic and caregiving work.

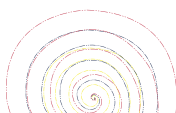
Velasco, Pedone and Miranda (2021) affirm that it is necessary to strengthen intersectional and historical perspectives when addressing the migratory complexity that encompasses the migratory trajectories of the region, considering the intersection of sex-gender, race/racialization, class and generational differences. As well as considering migrants and their experiences, which are impacted by policies and the application of specific migratory regimes.

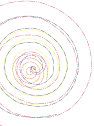
³ The term friendlier refers to easier, without risks, without violating the fundamental human rights of migrants, and of course, without violating them.



Bibliography

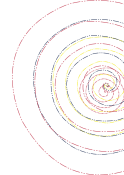
- Arias, P. (2013). El viaje indefinido: la migración femenina a Estados Unidos. En Martha Judith Sánchez e Inmaculada Serra (coord.), *Ellas se van, mujeres migrantes en Estados Unidos y España*. Mexico City: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Ariza, M. (2013). Inmigración y trabajo reproductivo: el servicio doméstico en Estados Unidos en tiempos de globalización. En Martha Judith Sánchez e Inmaculada Serra (coord.), *Ellas se van, mujeres migrantes en Estados Unidos y España*. Mexico City: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Ayuda en Acción (2008). Migración femenina en el mundo, *Ayuda en Acción*. Retrieved from: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/migracion-femenina/> (Consulted on August 9, 2021)
- Camacho, G. y Hernández, K. (2005). *Cambio mi vida. Migración femenina, percepciones e impactos*, Quito: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y Centro de Planeación de Estudios Sociales (CEPLAES).
- CONAPO, Fundación BBVA, BBVA Research y Secretaría de Gobernación (2019). *Anuario de migración y remesas, México 2019*, primera parte, México: CONAPO, Fundación BBVA y BBVA Research Retrieved from: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/anuario-de-migracion-y-remesas-mexico-2019> (Consulted on August 9, 2021).
- Díaz, M. (2008). El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿Cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 71-89. Retrieved from: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0808220071A/32256>
- Gallego, G. (2021). Seminario “Las familias a debate: miradas retrospectivas y contemporáneas en tiempos convulsos” impartido online “Devenires familiares en tiempos de pandemia”, May 18, 2021 at 17:00 HRS. Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano, Red de Estudios sobre Familias en México y América Latina.
- Garay, L. J. y Medina, M. C. (2007). *La migración colombiana a España. El capítulo más reciente de una historia compartida*, Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, y Observatorio de la Inmigración. Retrieved from: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0147.dir/mtas0147.pdf
- Herrera, G. (2012). Repensar el cuidado a través de la migración internacional: mercado laboral, Estado y familias transnacionales en Ecuador. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 139-159. doi: https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n1.39118
- _____ (2013). *Más allá de los cuidados. Revisitando la relación entre género, migración y desarrollo a partir de la experiencia de la migración andina*, Ecuador: E-DHC, *Quaderns Electrònics sobre el Desenvolupament Humà i la Cooperació*, Tn° 1, 22-37. Retrieved from: https://www.uv.es/edhc/edhc001_herrera.pdf
- Hondagneu-Sotelo, P. (2001) *Domestica: Immigrant Workers Cleaning and Caring in the Shadows of Affluence*. California: University of California Press
- León, C. (2014). La retraditionalización de los roles de género en la maternidad transnacional: el caso de mujeres peruanas en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos, Revista de Estudios Transfronterizos*, XIV(1), 15-40. Retrieved from: <https://www.scielo.cl/pdf/ssa/v14n1/art02.pdf>





- Masseroni, S. (2016). Sobre el estudio de las migraciones enfoques y métodos. *Revista Huellas de la migración*, 1(1), 11-34. Retrieved from: <https://huellasdelamigracion.uaemex.mx/article/view/4427>
- Merla, L. (2014). La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, (106-107). Retrieved from: <file:///C:/Users/Mary&B/Downloads/280776-384948-1-SM.pdf> (Consulted on August 13, 2021).
- Organización Internacional para las migraciones [OIM or IOM] (2014), *Las mujeres migrantes y la violencia de género, Aportes para la reflexión y la intervención*. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones y Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Parella, S. (2012). Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España. *Papers*, 97(3), 661-684. Retrieved from: <https://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/255855/342802/>
- Pérez, A. (2021) La economía del cuidado en la sociedad actual. Santiago de Chile: CLACSO.
- Pla I. y Poveda, M. M. (2013) Inmigración y experiencia de trabajo de las empleadas de hogar en España. En Martha Judith Sánchez e Inmaculada Serra (coords.). *Ellas se van, mujeres migrantes en Estados Unidos y España*. Mexico City: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Puyana, Y. et al. (2010). Cambios y Conflictos en los Grupos Familiares Frente a la Migración Internacional. Informe Final Conciencias. Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad de Cartagena y Universidad del Valle.
- Quecha, C. (2015). Migración femenina e incidencias en la crianza: el caso de una población afrodescendiente en México. *Alteridades*, 25(49), 93-108. Retrieved from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v25n49/v25n49a8.pdf>
- Román, P. (2013). La familia como unidad de análisis en el estudio de las migraciones. En Eduardo Sandoval, Rosa Patricia Román Reyes y Renato Salas Alfaro (coords.). *Familia y Migración*, Universidad Autónoma del Estado de México y Miguel Ángel Porrúa, Mexico.
- Sassen, S. (2003). *Contradeografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid, Traficante de sueños.
- Velasco, S. A. P. Claudia y Miranda, B. (2021). "Movilidades, control y disputa espacial. La formación y transformación de corredores migratorios en las Américas". *PERIPLoS, Revista de Investigación sobre Migraciones*. 5(1), 4-27. Retrieved from: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/download/37116/29145/98797





CHAPTER III

DEATHS OF PEOPLE WITH A FOREIGN NATIONALITY IN MEXICO: THE CRIMINALIZATION OF MIGRATION AS A RISK FACTOR

Rosalba Jasso Vargas¹ / Cesar Barboza Lara²

Summary

Based on the vital statistics of the National Institute of Statistics and Geography (INEGI), an analysis of the deaths of people of foreign nationality who were presumably in transit through the country is hereby presented. The analysis shows an increasing trend over time, which can be explained partly by the increase in the number of isolated murders and multiple executions. In the State of Chiapas, in addition to murders, falls and vehicle accidents are an important risk, while deaths by drowning are more frequent in Tamaulipas where a greater number of deaths by multiple homicides was registered.

Keywords: *migration in transit, mortality, foreigners in Mexico.*

Introduction

The discussion of migration in transit through Mexico forces us to observe and analyze this phenomenon from different analytical angles. It has undoubtedly been a current issue on the regional agenda of the countries in the American continent, and Mexico represents the last territory to cross before reaching the destination chosen by the vast majority of migrants: the

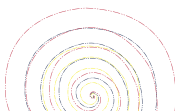
United States. The countries of origin of migrants in transit through Mexico have varied over the years: from territories as close as Guatemala, Honduras or El Salvador, from other latitudes, such as Haiti or Cuba, all the way to increasing documented flows from the African continent, particularly from Eritrea, Somalia, Congo and Cameroon (Ray and Leyva, 2020).

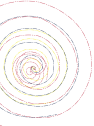
The perspectives of analysis of migrations in transit through Mexico require understanding the dynamics of the flows and their statistics, the countries of origin, the sociodemographic profiles of those who migrate, the causes of migration or the diversification of strategies used by the migrant population to cross safely through Mexico. In addition to these approaches, the risks faced by migrants in transit through Mexico have been widely documented and include assaults, extortions, kidnappings, acts of corruption, bribery and rape, among others.

Death is the maximum risk migrants face on their way to the United States. According to the International Organization for Migration, from January 2014 to July 2021, a total of 3,709 migrants deaths have been documented throughout the Latin American region: 650 of them occurred on migration routes through Mexico, while 3,059 on the border between the United States and Mexico (Black and Viales, 2021).

¹ Dr. Rosalba Jasso Vargas, Postdoctoral Researcher, Metropolitan Autonomous University.

² Dr. César Barboza Lara. Researcher, Autonomous University of Coahuila, North Unit.





Based on the above, this article aims to contribute to the discussion on the mortality of migrants in transit through Mexico, in a context of change in migratory processes and based on the analysis of recent mortality figures. Despite the multiple strategies that migrants have established to reach their destination, for the past four years the formation and integration of numerous groups of migrants, called caravans (groups of eight thousand to ten thousand people seeking to reach the United States), have drawn attention. (UNESCO, 2021).

Different countries are involved in this issue: the United States as the main destination; Mexico as a transit territory, and diverse places of origin. Therefore, it is not an issue exclusive to one territory, on the contrary, it is highly relevant to all those involved for various reasons: first, because the countries that are a part of this migratory route need to create cooperation mechanisms to prevent the deaths of migrant people; and secondly because, despite the passing of time, the real causes that force people to leave their place of origin and face a dangerous, insecure and full of uncertainty journey have not been addressed. The consequence has been the migratory crisis in Latin America and the Caribbean and the increase in intra-regional mobility motivated by economic, political, environmental and humanitarian factors which have led to a drastic increase in migratory flows from countries such as Venezuela, Haiti, Nicaragua and the Northern Triangle (Honduras, Guatemala and El Salvador), each one with different characteristics (UNESCO, 2021, p.13).

Based on this brief context, the general objective of this work is to develop an overview of the mortality rate of migration from Latin America in transit through Mexico. To do so, the document is divided into three sections: first, some relevant background information on the subject is described; then, the methodological strategy that was followed to fulfill the objectives is explained; and, thirdly, the results

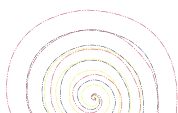
obtained are presented. The document closes with some conclusions and recommendations.

Background

Estimating the mortality of the migrant population is a difficult task. There are obstacles in registering and monitoring all the people leaving from point A aiming to reach point B. Despite these difficulties, Black and Viales (2021, page 4) affirm that, since 2014, more than five thousand deaths and disappearances have been registered "in migratory routes through Central America, North America and the Caribbean, although it is likely that many more have not been documented", which would mean the figure is higher.

The causes that force migrants to leave their place of origin have been economic, social and environmental, such as poverty, inequality, violence or natural disasters (Henao and Hincapié, 2019), mainly from the countries that form the so-called Northern Triangle (Guatemala, Honduras and El Salvador). On the other hand, as stated by Castellano and Martínez (2021, p. 140) "many children and adolescents in the region are facing a complicated dilemma" for they do not have enough educational and work options, in addition to residing in violent environments where "organized crime becomes attractive to the youth unless they choose to leave their homes and seek better opportunities in another country" (Castellano and Martínez, 2021, p. 140). This forces a significant amount of the population to leave in search of better life options, which they assume they will find in the United States.

Once they decide to emigrate, they face a series of obstacles and challenges that must be overcome in order to reach their goal. Unfortunately, on their way north, deaths occur within what has been known as the vertical border, that is "control points deployed by the Mexican authorities and the presence of organized crime intending to take advantage of migrants who move under vulnerable circumstances" (Torre



and Mariscal, 2020, p. 3). A report from the Documentation Network of Organizations for the Defense of Migrants concluded, in 2017, that 2,724 people suffered from some type of crime along their way; among the most outstanding were robberies, kidnappings, injuries and abuse of authority (El Colegio de la Frontera Norte, 2018).

The causes of mortality among the migrant population in transit through Mexico are diverse. According to Black and Viales (2021), the main cause of death is traffic accidents, which are related to cargo trains commonly used as the main means of transportation to reach the northern border of Mexico. Even though its use has decreased, also influenced by migrant caravans, between 2014 and 2020 at least 215 deaths due to this cause were recorded. On the other hand, deaths resulting from acts of violence, such as murders and physical abuse, represented the second leading cause of death among the migrant population in transit (Black and Viales, 2021). This has led to the conclusion that the greatest concern is the alarming increase in the intensity of the dangers migrants face in their transit through Mexico. The probability of being violated is very high, since their ability to evade, resist or face aggression and overcome possible dangers is quite limited (Castellano and Martínez, 2021, p. 142).

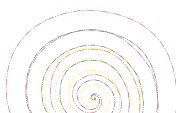
The growing mortality of migrants can also be explained by an increase in the flow of people, as well as their rising visibility. It is possible that the caravans that began in 2018 had an effect on this indicator, since as of that year "a fundamental change was observed when these flows were mobilized collectively in caravans" (Castillo, 2020, p. 3). In this regard, Salazar (2019, p. 136) states that "the caravans constitute a strategic deployment in which the precarious, unemployed, attacked and threatened population produces forms of mobility that in contexts of social violence and state securitization allow them to gain territory and to carry out practices of protection and survival. In other words, it

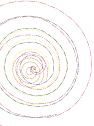
is a specific strategy that mobilizes thousands of migrants in order to seek their collective security and make their situation visible. And they definitely achieved their goal, since the initial caravan, in 2018, "aroused great interest from the national and international community. Among other things, because of the novelty of its call and organization through social networks and the large flow arriving jointly" (Gandini, 2019, p. 24).

The risks associated with this collective mobility were many, particularly because of the way in which caravans were managed, attended to and understood by the government itself. This means that "Mexico has produced a policy of structural violence that increases the vulnerability of people in multiple ways. An example of this is what happened with the caravans of migrants who arrived in the country in 2018. Never since the migration crisis involving unaccompanied children and adolescents in 2014 had the tightening of migration policy at the borders and in transit through the country been so public." (Hernández and Ramos, 2022, p. 33).

The different migrant caravans that have formed since 2018 have accumulated thousands of people seeking to travel through Mexico to reach the United States, the first one 7,000 and the second one 13,000 (Pérez and Niño, 2019), facing various obstacles along their way. In this regard, Prunier and Salazar (2021, p. 21), affirm that the migrants "faced the brutal use of force and saw their efforts dissolved, facing a background of fear and criminalization associating the illegalization of the migrant with the sanitary threat". In other words, the state apparatus itself began to limit and confront a journey that was already dangerous, and "at the same time, people traveling in a caravan were at risk of being exposed to predatory violence, sexual abuse, rape, trafficking, food insecurity, discrimination and social exclusion" (Sedas *et al.*, 2020, p. 1).

Despite accompanying each other on the journey, many caravans suffered acts of





violence, to the point of their dissolution in some parts of the country. In this context, the following section explains the methodology to be followed to present the mortality data of the migrant population.

Methodology

The figures are based on death statistics from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI). The deaths of people of foreign nationality who resided in a Latin American country³ and whose death occurred between 2002 and 2020 were selected, as a first exploration of the number of deaths of migrants in Mexican territory.⁴ This procedure is limited and information regarding nationality, country of residence, country of birth or immigration status is lacking. For now, databases published by INEGI only identify the deaths of persons of foreign nationality (with no information on their country of citizenship) and their place of residence (when not residing in Mexico).

In order to analyze the mortality rate of Latin Americans in transit through Mexico, our analysis excludes foreigners residing in Mexico, that is, only immigrants. For the identification of the causes of death, the ICD-10 Code (International Classification of Diseases, tenth edition) was used as follows: Drowning (W65-W84), Falls and Accidents (X01-X59, W01 -W64, W85-W99,

V01-V99, Y10-Y89, S00-S99, T00-T98), Homicide (X85-Y09) and Suicide (X60-X84).

The objective of this article is to offer a general overview of the deaths of Latin Americans in transit through Mexico. A descriptive analysis of deaths is offered according to the year of occurrence and most common causes of death.

Additionally, the temporal and spatial coincidence of migrant deaths is linked to identify mass homicides and accidents causing the death of at least two foreigners. That is, deaths that occurred on the same day and in a relatively close space (same location) were considered multiple events, assuming that time and space proximity meant it was the same event.

Results, Discussion and Analysis

According to the United Nations (UN), at least 810 people died on their migration journey in 2019 while crossing deserts, rivers and remote areas. This year marks a record number of dead migrants in the American continent.⁵ The death count carried out by the UN is based on several resources such as official records, web reports or from Non-Governmental Organizations (NGOs), and surveys and interviews carried out with migrants.⁶ Based on vital statistics records, we tried to point out some details of the deaths of migrants in the country. Two main disadvantages must be highlighted: the scant information from official records regarding the deaths of migrants and the impossibility to estimate death rates with any degree of precision. By lack of information we refer, on the one hand, to the lack of coverage of migrant tragedies and, on the other, to the lack of specificity in those registered deaths.⁷

³ One of the guiding principles of vital statistics is universal coverage: "... the collection must include all vital events that occur in all geographic regions and all population groups within the national territory" (INEGI, p.3). Vital statistics then include the deaths of tourists, border workers, migrants in transit whose habitual residence is in a country other than Mexico.

⁴ This procedure is based on a previous exercise that contrasts INEGI records and the death certificates of the Vital Records Office in 5 municipalities on the southern border of Mexico (Jasso, 2022). In this investigation, the number of deaths of people of foreign nationality whose country of residence was a Latin American country are an approximation of the deaths of migrants in transit. The lack of information of some mobility data such as nationality, country of residence, country of birth or immigration status, leads to the underestimation of mortality in this population group (Jasso, 2022). Herein lies the difficulty to differentiate tourists from cross-border workers and from migrants in transit. Nonetheless, it represents a first approach to calculating the number of migrant deaths on transit. Another element to consider is that some people travel without any documentation to go unnoticed, and this makes identification difficult.

⁵ <https://news.un.org/es/story/2020/01/1468662>

⁶ For a broader explanation of the methodology, check: <https://missing-migrants.iom.int/methodology>

⁷ In the databases published by the Institute, the country of birth is omitted and nationality is not disaggregated, which makes it difficult to identify and characterize deaths during migration (Jasso, 2022).



Regarding the coverage of these deaths, it is extremely complex to have some realistic margin, however, some civilian organizations have estimated that the number is somewhere around 40,000. Varela (2017a) points out the uncertainty in the figures as follows:

It is difficult to put this death toll into perspective, for the exact number of migrants bodies deposited in mass graves is so far unknown. There are no official figures to assess whether these 40,000 dead migrants that civilian organizations claim were murdered in a specific period... In any case, 40,000 families lack a member who tried to escape to the global north as a survival strategy (Varela, 2017a, pp. 140).

Despite the small number of cases recorded in vital statistics (2,805) (compared to the estimate of 40,000 deaths), the trend in deaths through time, identifies important changes in the magnitude of the deceases and the risks associated to different causes of death. In addition, it also places the year 2019 as the one with the highest numbers (graph 1). Statistics reflect that, while in 2002 on average, two people died per week, in 2019 approximately 5 deaths occurred each week.

The increase in the number of deaths may be due to a better recording of data, to the greater number of people who participate in migratory flows to the United States or to an actual increase in the risk of death. Unfortunately, in order to calculate mortality rates, it is necessary to know the magnitude of the contingents that pass through Mexico, a number that is difficult to estimate.⁸

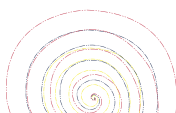
⁸ Rodríguez (2016) estimates Central American migratory flows in irregular transit during the period 1995 to 2015. Varela (2017b) refers to how we do not know how many migrants attempt the exodus, if they succeed or if they disappear in their attempt. In addition, the attempted crossings (different from the number of migrants) depend on the source from which the data is obtained: non-governmental organizations, refuge and support houses for migrants, civilian and political organizations, academic observatories or government sources.

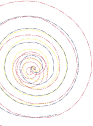
Various authors have documented how in recent years migrants are more likely to suffer disappearances, kidnappings, extortions, assaults, murders and robberies (Galemba, 2021; Paris, 2017). Among these crimes, death represents of course the most unfortunate consequence. Specifically, since the escalation of the war against drug trafficking, the murder of migrants (as well as Mexicans) has become alarmingly relevant, particularly in the context of the caravans in 2019 (see Graph 1). In turn, the intensification of measures to stop irregular migration has made Mexico one of the most violent countries to transit (Varela, 2017a).

This increased surveillance to stop migration (*securitization* of migration) has been counterproductive, as people have been forced to use clandestine networks (Benítez, 2011; Paris, 2017; Galemba, 2021). Those who do not have the resources to contract these services travel in highly vulnerable conditions (París 2017), and some even risk their lives and safety attempting to avoid immigration controls on the highways by traveling aboard the cargo train⁹ called “La Beast” (Galemba, 2012). These conditions of high vulnerability are reflected in the prevalence of accidental and violent causes of death (around 60%) (Graph 1), specifically falls and accidents. In this regard, Chiapas represents one of the most dangerous spaces, as we will see further ahead.

The increase in the number of deaths in the year of the first migrant caravans through the country in 2019 is relevant, especially when the second caravan was formed in early January of that same year, one of the largest ever with about 13,000 people (Pérez and Child, 2019). In this sense, we must ask ourselves: Did the caravans guarantee their safety? Although we do not know the transit strategies for those who

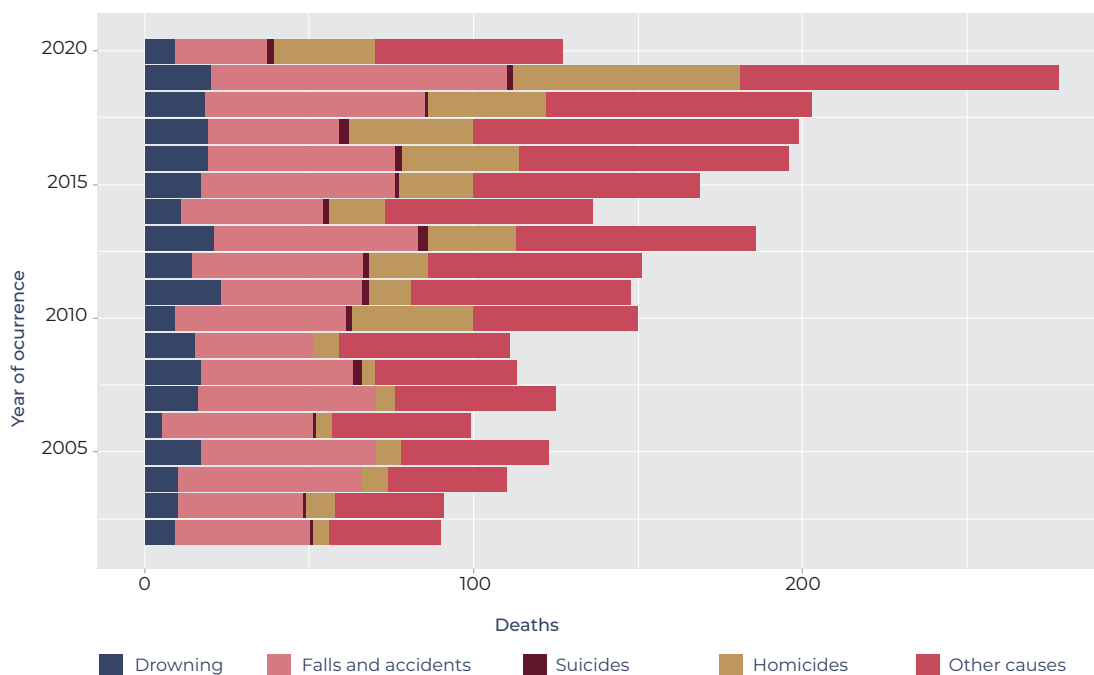
⁹ Before 2005 the cargo train was surely the main means of transportation. According to Emif Sur (2013), the railway is the third means of transportation and is used primarily by Honduran migrants (Paris, 2017).





Graph 1.

Deaths of persons of foreign nationality who died in Mexico, who resided in a Latin American country, according to cause of death and year of occurrence, 2002-2020



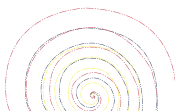
Source: Elaborated by the authors based on vital statistics from INEGI 2002-2022.

lost their lives this year, the increase in the vulnerability of the migrant population is evident. Although, the intensification of deaths this year was mainly due to the deaths that occurred in Chiapas and Tamaulipas.

Analyzing the deaths over time in these states, we observe that prior to 2011 Chiapas registered primarily deaths by falls or accidents, but as of 2012, homicide became more relevant (see Graph 2). On the other hand, in Tamaulipas, the number of deaths by drowning have been growing since 2011. Homicides are also part of the main causes, particularly during the years 2010 and 2019 (see Graph 2). It was precisely in 2010 that the tragic events of the massacres of migrants in San Fernando occurred, where 72 migrants lost their lives. Unfortunately, the year after this massacre, 47 mass graves were

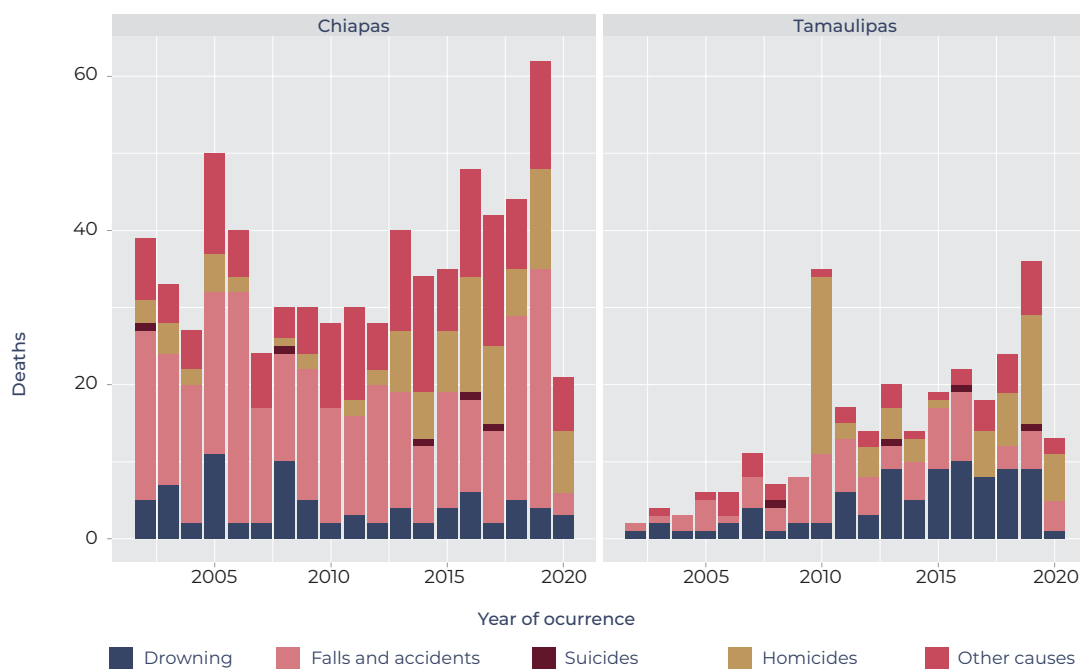
discovered with 193 bodies in this same municipality (París, 2017).

This massacre was publicly known and is useful to show how the coverage of migrant deaths is limited in this source. In this case, the National Human Rights Commission (CNDH) reports that 49 bodies were left at the Naval Base; some of these corpses remained exposed to the elements and piled up, others were kept inside plastic bags inside a trailer, others on the floor of a funeral home due to lack of space, and some were sprinkled with lime to speed up the decomposition process (Varela, 2017a). The remains were distributed without any criteria between the Tamaulipas Attorney General's Office and the Forensic Medical Service of Mexico City (Varela, 2017a). This lack of criteria and the absence of a protocol in compliance



Graph 2.

Deaths of persons of foreign nationality who died in the States of Chiapas and Tamaulipas, who resided in a Latin American country, according to cause of death and year of occurrence, 2002-2020



Source: Elaborated by the authors based on vital statistics from INEGI 2002-2022.

with international standards impedes the clarification of the identity of these people and has probably caused an inadequate registration of deaths. The omission of isolated deaths could be even greater, since there is no national or international pressure, these deaths have surely been forgotten.

In order to provide some elements to understand mass and individual events, Table 1 displays the deaths of the migrant population according to their cause of death and whether the death occurred along with other people.¹⁰ Fifty seven percent of the murders of migrants were isolated cases (190 of the 332 cases). The

¹⁰ Cases in which information was available regarding the day and place of their death. The cases were reduced to 50 percent. Due to this methodological obstacle, the magnitude of some events may have been greater than that reported in this document.

main difference between the homicides in Chiapas and Tamaulipas is the order in which the executions were carried out. While in Chiapas the homicides were isolated or next to another person, in Tamaulipas most deaths were part of multiple executions (Table 1).¹¹ Unfortunately, these facts are not exclusive to this state. There is also the case of Cadereyta, Nuevo León, where 49 bodies were mutilated in 2012.

According to Varela (2017), the massacres were the result of a struggle over territorial control, but also “exemplifying” messages for those who dare to disobey the laws of access and permanence in North American territory. Paris (2017), using Galtung’s conception

¹¹ In these multiple executions, some Mexicans or people of unidentified nationality also lost their lives.



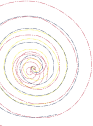


Table 1.
Deaths of people of foreign nationality, who resided in some Latin American country, according to cause of death and whether death took place next to other people or during the years 2002-2020

Cause of Death	Drowning	%	Falls and Accidents	%	Homicides	%
Isolated Deaths	183	77.2	533	63.9	190	57.2
2-5 Deaths	48	20.3	234	28.1	105	31.6
More than 5 deaths	6	2.5	67	8.0	37	11.1
Total amount	237		834		332	
Chiapas						
Isolated Deaths	46	73.0	173	61.3	51	67.1
2-5 deaths	11	17.5	62	22.0	25	32.9
More than 5 deaths	6	9.5	47	16.7	0	0.0
Total amount	63		282		76	
Tamaulipas						
Isolated Deaths	55	71.4	32	47.1	18	28.1
2-5 Deaths	22	28.6	36	52.9	20	31.3
More than 5 Deaths	0	0.0	0	0.0	26	40.6
Total amount	77		68		64	

Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas vitales del INEGI 2002-2022

of structural violence (1978), sustains that massacres and physical aggressions against migrants can only be understood within the framework of extremely unequal socioeconomic structures and restrictive, racist or punitive migration policies. So "as Mexico, with the support of the United States, has militarized the southern border to combat drug trafficking and undocumented migrants, violence, insecurity and human rights abuses have increased" (Galemba, 2021, p.328).

Several policies and strategies have been adopted on the southern border in order to ensure security and immigration control. In the six-year term of President Felipe Calderón, the plan to rearrange the southern border sought to organize migratory flows, improve security and fight impunity (Correa, 2014). The Mérida initiative in 2008 consisted of economic, technical and intelligence support from the United States to Mexico (Villafuerte, 2014).

The 2014 Southern Border Program sought to strengthen the presence of authorities in the area and to coordinate actions on security and development issues with Central American countries (Secretaría de Gobernación, 2014).

Unfortunately, these actions promote national security at the expense of human security (Sin fronteras, 2014; Galemba, 2021). Perhaps this is why, Chiapas is a state where accidents result in multiple deaths (17% involve over five people and 22% 2 to 5 people). One of the greatest tragedies took place on December 9, 2021, in the State of Chiapas, where 55 people traveling inside a trailer died.¹² Another case refers to the death of 23 migrants from Guatemala after a truck overturned.¹³ And the list goes on. Apparently, with each passing day

¹² <https://elpais.com/mexico/2021-12-10/al-menos-54-migrantes-muertos-tras-volcar-el-camion-en-el-que-viajaban-hacinados-en-mexico.html>

¹³ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47493846>



Chiapas consolidates itself as a contention wall that impedes the pass of migrants to the United States. So, the criminalization of migration has pushed migrants to travel clandestinely, in most likely overcrowded conditions where they put their lives in the hands of "coyotes" or criminals that help them avoid the authorities.

Paris (2017) mentions that the way to get to the United States without taking too many risks is by traveling on first class buses and staying in hotels, which costs more than 8,000 usd per trip. According to the author, those who do not have the necessary resources will ride second-class buses or small vans that travel through towns and not on main roads. Others will walk long stretches, and yet others will use "the Beast" where deaths and mutilations of thousands of migrants take place.

Thus, the territorial control of some criminal organizations over migratory routes, the securitization of migration and the conditions of vulnerability in which migrants travel has increased the number of deaths, which are constantly left invisible.

Conclusions and Recommendations

The analysis of the mortality of migrants based on vital statistics is limited given the small number of cases compared to those reported by other means. Additionally, there is other important data missing from the source that makes it difficult to properly identify the migrant population: the lack of nationality information in the "foreigners" category, the fact that the country of habitual residence is unknown, omission of the country of birth and immigration status, and prior to 2017, not reporting the deaths of people with an unknown nationality (Jasso, 2022).

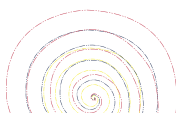
Despite the lack of data from the source, we were able to identify:

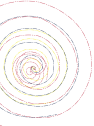
1. The increasing number of deaths of people of foreign nationality (not residing in Mexico) that took place primarily in the states of Chiapas and Tamaulipas.
2. A differentiated death profile. While in the south, the risks refer mainly to falls and vehicle accidents, in the northern part of the country the risks are more associated with deaths by drowning. Unfortunately, in both spaces there has been an increase in the number of murders.
3. Multiple murders. These types of deaths raise the question of whether traveling in groups represents a greater risk for these are more visible to criminal groups.

So, migratory movements towards the United States have developed in a context of increased violence and insecurity (Cortés, 2018). The persistent violence in the country and restrictive immigration policies have had a negative impact on the health conditions of migrants and, in some cases, have caused the death of hundreds of them, some in isolated events and others in massacres.

The death of a person should never be tolerated or normalized, much less considering the circumstances in which the mortality of the migrant population in transit through Mexico occurs. The deaths of migrants due to accidents, overcrowding conditions along the trip or as a result of crimes, have given greater visibility to the migrant situation in transit, whose sole purpose is to seek better living conditions in another country.

Regardless of the way in which they enter the country, Mexico must guarantee the safety of all people in its territory. Any public policy recommendation should necessarily include the participation, coordination, communication and joint work of the different countries and actors involved in this process. We are talking about





the countries of origin, destination, transit, but also about social and political organizations that, as a team, should discuss, analyze and propose a plan to prevent more deaths of migrants: men, women and kids.

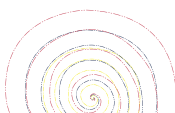
This principle of inter-institutional coordination in Mexico would involve the formulation of specific strategies and policies that contribute to reducing the number of deaths of migrants in transit. First, it is important to create a legal framework that works and provides legal security to migrants in the country. In other words, we recommend the regularization of the situation of migrants in transit from the point of entry and to provide them with real and timely information on the admission options available. We must remember the violent events that took place in the State of Chiapas, on the southern border of Mexico, when a group of migrants entered the country by force, or the acts of persecution by agents of the National Migration Institute in the highways of Mexico.

A public policy that provides legal certainty necessarily entails speeding up immigration procedures for anyone who requests them. This in order to avoid prolonged stays in migratory centers of the Mexican government, and to offer a solution to the many admission requests of migrants in transit, which would in turn guarantee a safer journey for them and their families.

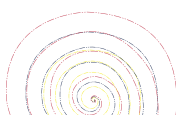
Finally, it is also extremely necessary to have an efficient and functional system for the identification and recovery of the bodies of migrants who unfortunately die on the way to their destination. Despite the difficulty of this task, it must be carried out by the government, not only to have a real figure of the total number of migrants who die, but also to measure the size of this migratory phenomenon and to be able to provide information to the families of the deceased.

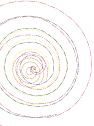
Bibliography

- Benítez, R. (2011). México, Centroamérica y Estados Unidos: migración y seguridad. En N. Armijo (coord.), *Migración y Seguridad: nuevo desafío en México* (pp. 179-192). Mexico City, Mexico: CASEDE. Retrieved from: <https://www.casede.org/index.php/publicaciones/migracion-y-seguridad-nuevo-desafio-en-mexico>
- Black, J. y Viales, E. (2021). *Si no es por pura necesidad. Muertes y desapariciones en trayectos migratorios en Norte y Centroamérica*. San José, Costa Rica: Organización Internacional para las Migraciones. Retrieved from: https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/si_no_es_po_pura_necesidad_final.pdf
- Castellano, C. y Martínez, D. (2021). La caravana migrante centroamericana: pobreza, violencia y miedo bajo el prisma de los derechos humanos. *Derecho global. Estudios sobre derechos y justicia*, 5(17), 133-165. doi: 10.32870/dgedj.v6i17.313
- Castillo, M. (2020). *Inmigración y pandemia en México. Reflexiones para políticas públicas*. Notas sobre Migración y Desigualdades. Poblaciones vulnerables y redes de apoyo en México y Estados Unidos. Retrieved from: https://migdep.colmex.mx/publicaciones/COVID-19_Poblaciones-Vulnerables-Redes-Apoyo.pdf
- Correa, G. (2014). Seguridad y migración en las fronteras de México: diagnóstico y recomendaciones de política y cooperación regional. *Migración y Desarrollo*, 12(22), 147-171.
- Cortés, A. (2018). Violencia de género y frontera: migrantes centroamericanas en México hacia los EE.UU. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, (105), 39-60.



- El Colegio de la Frontera Norte (2018). *La caravana de migrantes centroamericanos en Tijuana 2018. Diagnóstico y propuestas de acción*. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte. Retrieved from: <https://observatoriocollef.org/policybriefs/la-caravana-de-migrantes-centroamericanos-en-tijuana-2018-diagnostico-y-propuestas-de-accion/>
- Galemba, R. (2021). *La cadena: vida y negocio en el límite entre México y Guatemala*. San Cristóbal de las Casas, México: CIMSUR. Retrieved from: <https://www.cimsur.unam.mx/index.php/publicacion/obra/156>
- Gandini, L. (2019). Las "oleadas" de las caravanas migrantes y las cambiantes respuestas gubernamentales. Retos para la política migratoria. En A. Fernández, L. Gandini, E. Gutiérrez y J. Narváez. *Caravanas migrantes: las respuestas de México* (pp. 23-32). Mexico City: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Retrieved from: <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/55928>
- Henao, K. e Hincapié, A. (2019). Migrantes centroamericanos en tránsito por México ¿Primacía de los Derechos Humanos o de los capitales? *El Ágora USB*, 19(1), 231-243. doi: 10.21500/16578031.4128
- Hernández, R. y Ramos D. (2022). Pandemia, seguridad humana y migración: gestión de la movilidad humana desde México. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (32), 27-41. doi: 10.17141/urvio.32.2022.4994
- INEGI (2022). Estadística de defunciones generales. Marco metodológico. Mexico City: INEGI. Retrieved from: https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825086114.pdf
- Jasso Vargas, R. (2022). Muertes de mujeres centroamericanas en México y su compleja identificación en las estadísticas vitales. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 17(30). doi:10.22201/cimsur.18704115e.2022.v17.550.
- París Pombo, M. (2017). *Violencias y migraciones centroamericanas en México*. Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte. Retrieved from: <https://libreria.colef.mx/detalle.aspx?id=7823>
- Pérez, D. y Niño J. (2021). Familias migrantes centroamericanas en tránsito por México: derecho a la salud y Covid-19. *Ius Comitalis*, 4(7), 165-191. doi:10.36677/iuscomitalis.v4i7.15634
- Prunier, D. y Salazar, S. (2021). Fronteras centroamericanas y movilidad en 2020. Una región de fracturas y desigualdades impactada por el COVID-19. *Estudios Fronterizos*, 22. doi: 10.21670/ref.2110073
- Ray, M. y Leyva, R. (2020). Migrantes africanos indocumentados en México: implicaciones para la salud pública. *Frontera Norte*, (32), 1-9. doi: 10.33679/rfn.v1i1.2058
- Salazar, S. (2019). Las caravanas migrantes como estrategias de movilidad. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, (27), 111-144. Retrieved from: <https://ibero.mx/iberoforum/27/pdf/ESPANOL/Caravanas-migrantes-como-estrategias-de-movilidad-Salazar.pdf>
- Secretaría de Gobernación. (July 8, 2014). Decreto por el que se crea la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur. *Diario Oficial de La Federación*. Retrieved from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5351463&fecha=08/07/2014
- Sedas, A., Aguerrebere, M., Martínez, L., Zavala, L., Eguiluz, I. y Bhabha J. (2020). Reporte situacional: Migración de tránsito en México durante la pandemia de Covid-19. *Migration and Health*. Retrieved from:

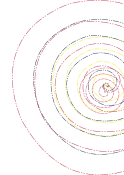




<https://migrationhealth.org/wp-content/uploads/2021/05/lancet-migration-situational-brief-mexico-01-es.pdf>

- Sin Fronteras. (2014). Programa Frontera Sur, reflejo de una política migratoria desarticulada. Mexico City, Mexico: Sin Fronteras IAP. Retrieved from: <http://www.sinfronteras.org.mx/attachments/plan-frontera-sur-GTPM.pdf>
- Torre, E. y Mariscal, D. (2020). Batallando con fronteras: estrategias migratorias en tránsito de participantes en caravanas de migrantes. *Estudios Fronterizos*, 21(e047). <https://doi.org/10.21670/ref.2005047>
- UNESCO. (2021). *Movilidad humana y Covid-19. Una aproximación a la respuesta de los gobiernos locales de América Latina y el Caribe*. Mexico: UNESCO y COPRED. Retrieved from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000376718.locale=es>
- Varela Huerta, A. (2017). La trinidad perversa de la que huyen las fugitivas centroamericanas: violencia feminicida, violencia de estado y violencia de mercado. *Debate feminista*, 53, pp.1-17. doi: 10.1016/j.df.2017.02.002
- Villafuerte, D. (2014). Frontera sur, transmisión centroamericana y crisis. En M. E. Anguiano y R. Cruz (coords.), *Migraciones internacionales, crisis y vulnerabilidades*. Perspectivas comparadas, pp. 253-284. Tijuana, Mexico: El Colegio de la Frontera Norte.





CHAPTER IV

HEALTH SERVICES COVERAGE OF THE MEXICAN POPULATION IN THE UNITED STATES DURING THE 21ST CENTURY

Rafael Lopez Vega¹

Summary

Our objective is to describe the coverage and access to health services of the population born in Mexico residing in the United States, understanding this as a fundamental human right, which in migrant populations, is conditioned by immigration and labor policies, by the type of employment, the income received, government support and the social and economic integration of the migrants. The empirical basis of this research comes from estimates of the American Community Survey (ACS) for the period 2008-2020, which establishes a timeline that shows stability in the number of people born in Mexico residing in the United States and a permanent reduction of recent migration. These situations were conditioned by the financial economic crisis of 2007-2008, by a significant return of migrants to Mexico, by the enactment and implementation of the Affordable Care Act of 2010, by the intensification of immigration policies (Trump's Presidency) and by the start of the Pandemic due to SARS-CoV-2 (2020).

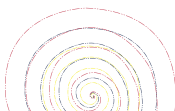
Keywords: *health coverage, Affordable Care Act, American Community Survey, immigrant population born in Mexico, statistical test.*

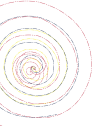
Introduction

The health crisis of the entire world population, derived from one of the most important risk events in world history at the beginning of the third decade of the 21st century — the pandemic due to the SARS-CoV-2 virus (COVID-19)— has had an impact on the international mobility of people. The barriers to mobility recommended by the World Health Organization (WHO) to control the pandemic implemented in practically all countries almost immediately immobilized migrant populations, thus interrupting outward, transit or returning migratory flows, and kept people stranded searching for asylum. Additionally, it increased the vulnerability of the populations in transit, who were usually able to find shelter for a few days before continuing their journey.

Throughout the 21st century, the dynamics of international migration on a global and regional scale have faced complex scenarios. The United Nations (UN) statistics corroborate the forecasts for 2020 on the decrease of migrant flows, due to the administrative measures implemented by various countries restricting human mobility, as well as surveillance and border control to contain the pandemic.

¹ Rafael López Vega, Directorate of Socioeconomic Studies and International Migration, National Population Council.





The International Organization for Migration (IOM, 2022) indicates that the UN Population Division estimates that between March 1 and July 1, 2020, there were almost two million less international migrants worldwide than those expected by the estimates.

Even with this global decline, the migrant population represented 3.6 percent of the world population, and countries such as Mexico and the United States (important countries in both origin and destination migration), were classified as some of the countries with the highest number of cases and deaths due to COVID-19. In the United States, the Centers for Disease Control and Protection (CDC, 2022) report that as of May 2022, 83.3 million cases and 998 thousand deaths from COVID-19 were registered; and in Mexico, the Ministry of Health reported 6 million estimated positive cases and 339 thousand estimated deaths due to the pandemic (Conacyt, 2022), plus the cases recognized by the Vital Records Office, reach a total of nearly half a million deceased.

Two years after the pandemic was declared, it is still affecting migrant populations globally, regionally and bilaterally. We must recognize the needs and challenges that the pandemic has imposed on the most basic human rights, on the social, economic and political rights of migrant populations, and on populations in international human mobility in general; among which are, the need for health care through plans, programs, actions, and especially through the implementation of public policies.

Most literature on migrant populations and health, points out their vulnerability as migrants, as well as the lack of coverage and access to health services, a situation that today at least one third of the migrant population from Mexico residing in the United States shares, and reported by this study.

Academic literature and international organizations such as the WHO and the Pan American Health Organization (PAHO) define "coverage" as people and communities having

equitable access to health services, that the demand and supply of services (promotion, prevention and care) allow people to use health services, and to move from an economic approach to the right to health, through the available means and institutional capacities in order to respond to the public and/or private needs of the population. (PAHO, 2022; Fajardo-Dolci *et al.*, 2015; Rojas, 2019).

Methodology

The statistical estimates presented here, as well as statistical modeling and testing are derived from the American Community Survey (ACS). The analytical approach is based on health coverage as a human right that only a part of the migrant population has access to. The ACS was created at the end of the 1990s as a trial for certain states in the United States, and from 2000 to 2005 it produced national estimates, which continued its trial phase during that period. Its full instrumentation began in 2006.

In 2006, technically, the ACS comprehensively included the entire population residing in the United States, and it was until 2008 that it elaborated an array of health coverage questions, which given the sample size and operational design, makes it possible to investigate health coverage throughout an entire calendar year and not only on a specific date as is the case with other surveys. This is the case of the Economic and Social Complement included each year on March in the Continuous Population Survey (CPS-ASEC) or the National Health Survey (NHIS) that no longer includes the place of birth.

Estimates were developed in three steps: 1) reviewing specialized literature on the subject allowed the identification of key variables in relation to health coverage (citizenship status, year-period of admission, type of employment, income, language spoken at home and English proficiency) as well as the inclusion of a gender perspective; 2) the development of an



analytical model that includes six levels (see Figure 1) that guides the generation of statistical estimates; and 3) conducting independent statistical tests in order to identify the association between some of the variables explored, which were finally modeled under logistic regression, where the variable of interest is health coverage, so as to establish the propensity to have health coverage in relation to the covariates of citizenship, period of entry, type of employment, gender, and English language proficiency.

Government Programs and Private Medical Security in the United States

A situation that should be kept in mind when exploring the coverage and access to health of migrant populations in destination countries, in a strict sense, the migrant's usual residence, is that they face in more ways than one institutions and regulations that condition the use and access to the services they provide. For example, this topic was the raw material for Manuel Gamio's pioneering research in the 1920s, in which the interviews he transcribed revealed the language, cultural, and economic limitations migrants from Mexico had in order to receive health services (Gamio, 2002).

Health depends on multiple bio-social conditions, in fact health and disease denote and make evident processes of inequality that feed on and are fed by immigration status, education, income, type of job and poverty. They are also affected by the type and location, convenience and orientation for access to first, second or third level health services, as well as by the environmental and physiological conditions and the institutional models of medical care.

In the United States, health coverage is divided into the private sector and government-provided services. Perhaps it is incorrect to say there is an integrated health system. When it comes to health care, private medical services (through employment or acquired with own re-

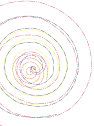
sources) are superior (OECD, 2021). In 2020, those who acquired individual or family health insurance, paid on average 456 and 1,152 USD per month, respectively, although the cost may vary, as it usually does depending on the chosen coverage plan (Porreta, 2022). Care through public health programs includes special population groups that meet established government requirements (Medicaid, Medicare, TRICARE (the Military²), Veterans (VA), Indian Reserves and the State Children's Health Insurance Program (CHIP³).

On the other hand, The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) stipulates that any person arriving at "almost" any emergency room must be stabilized and treated, under a non-discriminatory approach, regardless of whether they have health insurance, ability to pay, religious beliefs, skin color, and nationality (Latner, 2015). It has also been documented that community health centers have been a way of accessing health services for millions of people for more than half a century, reducing barriers in terms of costs, lack of coverage by medical insurance, distance and language. In both cases coverage is not usual nor permanent. The first one refers only to access to health services under certain circumstances, generally urgent or critical conditions, and the second one focuses on attacking the roots of poverty by combining the resources of local communities with federal funds in order to establish neighborhood clinics in rural and urban areas, where adequate information, as recent studies have shown, plays a crucial role when it comes to demand and access to services (Tenorio, Sierra de la Vega and Montañez, 2021; Vázquez, Ortiz and Cheney, 2022; NACHC,

² The analysis presented excludes people who live in collective or institutionalized housing units.

³ For children ages 0-18, US citizens or lawfully admitted to the US, who do not have government health coverage (not eligible for Medicaid). You must also meet certain income and household size requirements to be eligible. See [benefits.gov](https://www.benefits.gov).





2022).⁴ However, Rice, Rosenbaum, Unruh and Barnes (2020) indicate that although private insurance obtained through employment has primacy, it does not include most of the spending on health coverage made nationwide, for those covered by the government involve higher costs (see the percentage of personal spending on health below).

As a result of the so-called "Patient Protection and Affordable Care Act" of 2010 (known as ACA), people and health coverage have threefold benefits (GPO, 2010; HHS, s.f., Rosenbaum, 2011):

1. If certain household income level requirements are met, subsidized health insurance can be purchased.
2. In the case of adults, coverage is offered through the Medicaid program, similarly to the previous case, it is required to meet certain personal income level requirements.
3. Provision of medical services under innovative approaches that reduce their cost.

The general framework of public policy programs for coverage and access to health-care is based on the changes in guidelines recommended internationally towards the end of the 1970s, which, under principles proposed to reorient the role of State in its multiple fields of intervention, changed fundamentally by reducing public spending (employment, education, health), and by strengthening the role of the market in the allocation of resources.

Under this approach, it is still paradoxical that in the United States a limited version of the "Minimum Welfare State" is attempted

(Albert, 1992; Picó, 1996) in which the availability, combination and involvement of citizens with coverage and people who demand access are essential actors, where government offices are directly responsible for the standards, regulation, design and implementation of state medical coverage programs. Medicaid beneficiaries are households and people of all ages who have a low socioeconomic situation, unlike Medicare whose beneficiaries are people over 65 years of age, regardless of their socioeconomic status (Berchick *et al.*, 2019).

Coverage Statistics for Health Services in the United States

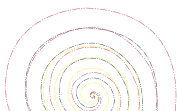
How prepared were health services in the United States to face the pandemic from the perspective of public spending, coverage and access to health services for its population, including migrants?

From a medium-term point of view on health coverage, during the 1990s the population residing in the United States had, for the most part, some form of health coverage with slight variations. Between 1990 and 1998, the percentage of the population protected by some type of medical service decreased from 86 to 84 percent, increasing again in the following two years, to reach the same level in 2000 as it had ten years earlier (Mills, 2001).

On the other hand, historical figures from the Continuous Population Survey (CPS-ASEC) show the coverage around the year 2000 at the same level cited by Mills and during the first decade of the 21st century around 85 percent (BLS, 2022), without important changes in its average.

Information on health spending from the Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS) show that in the United States, in the year 2000, national health spending represented 13.3 percent of the Gross Domestic Product (GDP); and if we consider both personal spending (84.7%) and public spending (9.0%) per capita, overall spending on health in the United

⁴ Beck, *et al.* (2019) indicate that these types of Health Centers work to support the health care of the uninsured regardless of their immigration status and point out that there are approximately 1,200 health centers that operate throughout the country and that there are also many free and low-cost community clinics that rely on private donations and volunteers to provide services to those who are unable to pay. For its part, the CDC (2022) indicates that programs such as REACH have been implemented in these centers to reduce racial and ethnic disparities in healthcare.



States was greater than \$4,500 USD. Data from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2002), shows that in the year 2000, compared to all member countries, the United States spent the highest percentage of the Gross Domestic Product (GDP) on health.

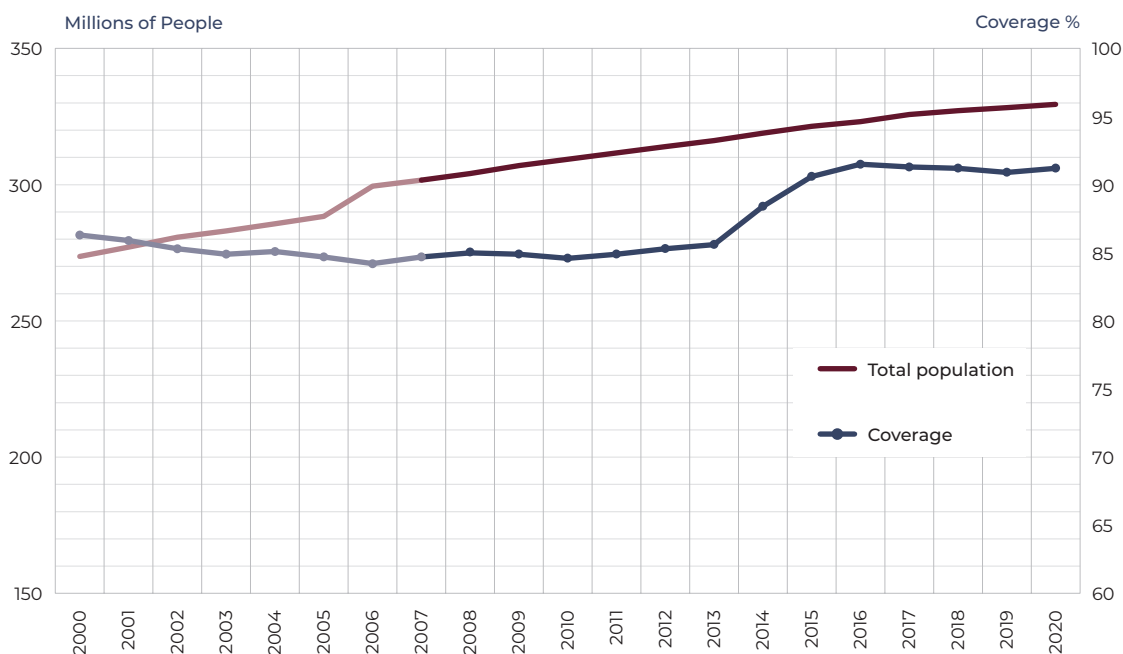
Also, CMS reports that between 2018 and 2019 the percentage of national spending on health increased by just over 4 points (17.6%), and per capita spending grew about 2.4 times to almost \$10,900 USD. In 2020, national spending on health represented 19.7 percent of the GDP and per capita spending stood at almost 12 thousand USD. In financial terms, in 2020 the percentage change in spending was 9.7 percent, almost double than that of 2019 (4.3%). Additionally, just over a third of the change in 2020 was due to the federal government's response to the pandemic through federal financial assistance

to health care providers through the Provider Relief Fund and loans from the Payment Protection Programs (CMS, 2021).

Estimates from the American Community Survey (ACS) show that the general coverage for the population residing in the United States remained stable until the middle of the second decade of the 21st century, its increase from 2014 is remarkable, and in 2019 (the year before the COVID-19 pandemic) it stood at just over 90 percent. Since the accelerated change in federal spending was not aimed at immediate patient care but to strengthening providers, it is noteworthy that the 2020 figure is consistent with the change noted from 2014. The Census Bureau has indicated that because of the pandemic on the collection of information, it is recommended to take these estimates with caution (U.S. Bureau of the Census, 2021) (see Graph 1).

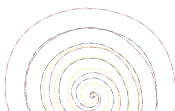
Graph 1.

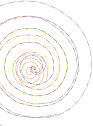
The United States. Total Resident Population and Percentage with Health Coverage, 2000-2020¹



¹ The ACS began collecting information on health coverage starting in 2008, two years after its full implementation phase. Estimates exclude collective housing units. Coverage figures for 2000 to 2007 are from the CPS-ASEC.

Source: Elaborated by the author, based on U.S. Bureau of the Census and the U.S. Bureau of Labor Statistics, various years.





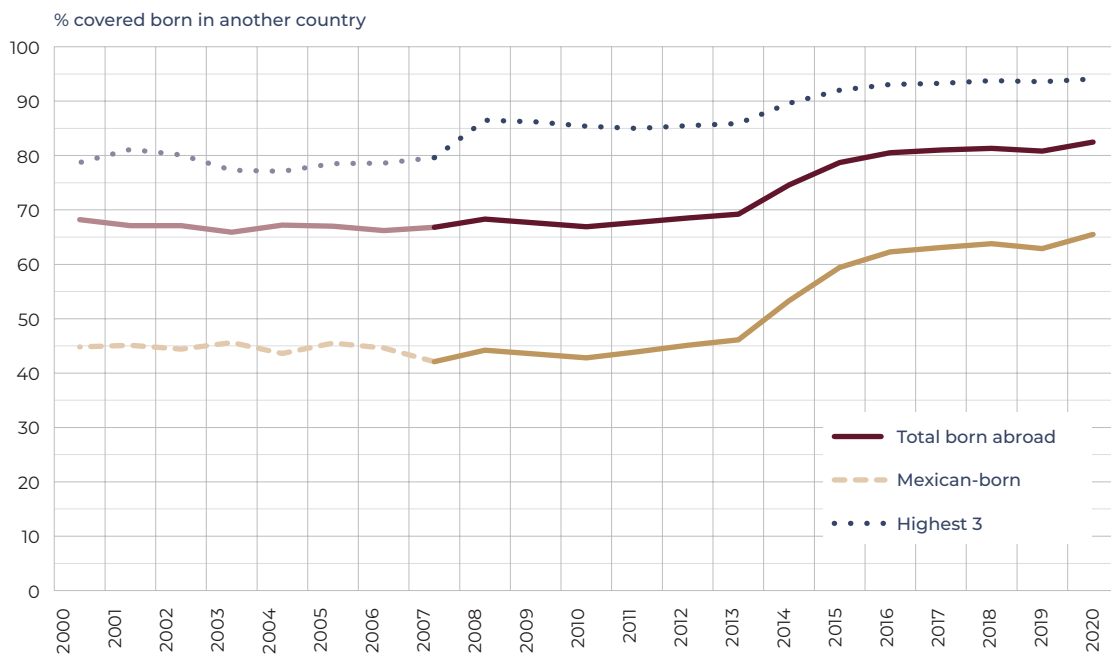
Health Coverage and the Migrant Population Born in Mexico

In 2019 in the United States there were 48 million people born in another country, that is, 14.3 percent of the total population. Meanwhile in 2000 they were around 12 percent (32.3 million people). Before the implementation of the ACA, almost two thirds of this group had health coverage, significantly below the coverage of the total population residing in the country.

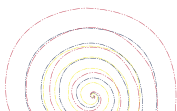
However, when subgroups of the migrant population are analyzed, coverage figures show important contrasts. There were 11.2

million people born in Mexico in 2019 (23.4% of the total, followed by India with 5.7%, China with 4.8% and the Philippines with 4.5%), and currently represent the largest migrant group in the United States. Estimates of their health coverage (62.8%) show lower numbers than those for the population born in another country residing in the United States (80.8%), which is a significant deficit (37.2%). In the case of the other three numerically important migrant populations, their health services coverage currently exceeds 90 percent, so the contrast in coverage between some migrant populations is clear (see Graph 2).

Graph 2.
The United States. Health Services Coverage for the Population Born in Another Country, 2008-2020¹



¹ Estimates exclude collective housing units. The three largest volume countries after Mexico are as of 2004: India, China and the Philippines. Figures for 2000 to 2007 come from the CPS.
Source: Own elaboration from U.S. Bureau of the Census and the U.S. Bureau of Labor Statistics, various years.



It is interesting to consider the increase in coverage as of 2014, both for the total resident population, for the migrant population and for specific groups. The greater coverage achieved by the population born in Mexico stands out, with a change of almost ten percentage points between 2014 and 2019, compared to the six percentage points for the total population born in another country and the four points for the three countries with the largest volume of migrant population after Mexico.

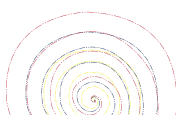
Coverage figures under the ACA encourage research on the coverage modalities that generated this favorable change and on who the beneficiaries are. In this regard, specialized studies on coverage and access to health services have proposed for more than a decade that access depends on certain variables such as migratory and labor policies that somehow model migratory dynamics (access to citizenship, type of visa and regulations on the length of stay), on the type of employment and hiring that facilitate or not the provision of medical coverage insurance (formal employment, labor benefits and average income) or simply the total income received (acquisition of a personal or family insurance), government health support and the context and social and personal cultural practices that result in processes of social and economic integration of migrant populations (IOM, 2006 and 2009; NAP, 2018; Artiga and Hinton, 2018; CONAPO, 2020, Marina, Gandoy and Valenzuela, 2020).⁵

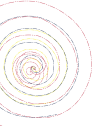
These elements allow us to consider an approach that facilitates the analytical and statistical modeling of the propensity to have access to health coverage in the United States. However, described here is only the association between some relevant variables in the used sources of information (see Figure 1).

⁵ From the foregoing, it can be assumed that the economic-financial crisis of 2007-2008 significantly affected the migrant population in terms of coverage, regardless of their origin, in any case, given the significant return of migrants to Mexico (nearly one million of people between 2005 and 2010), it would be convenient to have sources of information in the U.S. to identify the migratory profile of the groups that returned.

In relation to how immigrants integrate socially, economically, and culturally to host societies, we must recognize the existence of explicit long-term migration policies, which have implemented administrative strategies with a specific institutional and legislative development that segments access to health coverage (Zeller, 2007; Gómez-Arias, 2019). Under this premise, health coverage as part of the social integration of migrant populations and as an area of public management and intervention, includes:

1. The regulation of entry of migratory flows, usually overflowing by the high number of unauthorized entries: on the southwestern border of the United States, during 2021, the Customs and Border Protection Office (CBP) registered 1.73 million encounters with unauthorized migrants, 0.65 million of which were from Mexico.
2. Border surveillance and classification as authorized (“legal” if translated literally) and unauthorized (“illegal” if translated literally). On 2015, the U.S. Department of Homeland Security (DHS, 2018) estimated a total of 12 million unauthorized immigrants, 6.6 millions of whom were born in Mexico. However, the Pew Research Center (2019) estimates that by 2017 the unauthorized Mexican population in the United States decreased to 4.9 million, representing less than half of the total unauthorized immigrant population in the U.S.
3. The need to generate governance principles for the permanence of foreigners in the territory of destination (residence) through specific social integration policies, namely:
 - a. legalization or regularization of residence and acquisition of citizenship through naturalization: the natural-



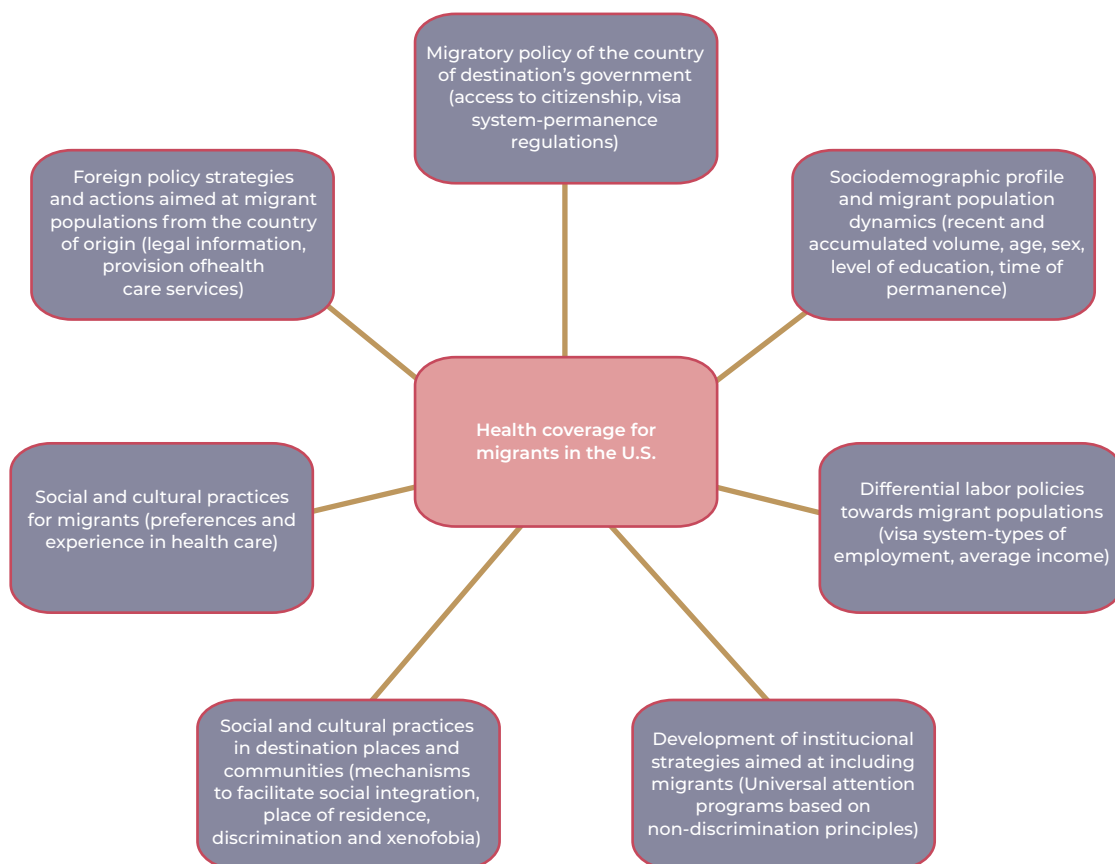


ized population born in Mexico went from 2.5 to 3.9 million between 2006 and 2021, an extremely relevant figure if one considers that since 2005 the number of residents in the U.S. born in Mexico has remained stable (between 11 and 12 million).

- b. Educational programs for language proficiency and knowledge of the law: it is estimated that in 2020, 65.9 million people residing in the United States (21.2%) spoke a language other than English (9.8 million were from

Mexico): 8 out of 10 speak English very well (62.5%) and 19.4% speak well. Among the immigrant population from Mexico, this percentage was less than 50 percent. In contrast, in 2006, 54.8 million immigrants (19.7% of the population) spoke a language other than English (11.2 million were from Mexico), 3 out of 4 indicate they speak English very well (55.9%) and 19.6% speak well. Among the immigrant population of Mexico, this relationship is close to 6 out of 10 (58.5%).

Figure 1.
Conditioning Factors of Public Policy and Migratory Dynamics Regarding Health Coverage for Migrants in the United States



Source: Elaborated by the author.



4. Respect for the language and cultural practices (that do not violate universally recognized human rights) of migrant communities.
5. However, discredit and criminalization are also an explicit public policy of rejection of immigrants: 23% of Latinos are discriminated against in the U.S. for speaking Spanish; and 41% have been discriminated against by Latinos themselves, and 31% of Hispanics are discriminated against by non-Hispanics due to their darker skin color (PRC, 2022).

Results

The coverage of health services, in addition to basic issues such as citizenship status, government efforts and public policy actions (such as the health policy established in recent years in the United States) are conditioned by the size of these populations, by the financial resources available, by the humanitarian intention of the governments themselves and of the native people in the destination, as well as by the active participation of communities to improve social life in common and the proper use of government resources.

In comparison to the model proposed in Diagram 1 to analytically and statistically consider the coverage of health services, only two indicators are presented here: citizenship status in relation to the period of arrival to the United States and the type of worker according to the ACS classification (those who are not part of the labor force or have never worked, wage-earning company employee, employed by a Civil Society Organization-cso, by some level of government, self-employed and family employee, and unemployed).

From table 1 we can conclude that a total of 64.6 percent has some sort of health coverage and 30.2 percent of people have coverage and citizenship. Over time, people who arrived

before 1990 represent the highest percentage of coverage (17.7%), a number that decreases as time advances, but remains the same.

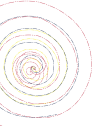
As shown by the series of Pearson Chi-square statistical tests (χ^2) carried out to explore the association between health service coverage and citizenship status, year of entry, type of employment, total income received and gender. That is, the development of the logistic regression model that models the propensity to have coverage based on the linear combination of the covariables, indicated in the methodology section, had its first analytical element: the evaluation of the statistical association with the variable of interest through Pearson's Chi-square tests. The first test verified the association between coverage and citizenship; the second, the association of the variable of interest with income; the third with type of employment; and the fourth one with the level of income. All statistical tests were carried out with a confidence level of 0.05 (see Annex A1).

However, these are not the only variables with which a statistical association has been found. For example, the knowledge and command of the English language in the process of social integration in the United States must be considered. In this order, the ACS asks the degree of proficiency in the English language and based on this, it can also be established that having a very good command of the language can make a difference in health service coverage.

The binary logistic regression model used specifies the propensity to have health coverage based on the linear combination of the covariables indicated in the methodology section and in the Chi-square tests. The model, as usual, was carried out with 95% confidence intervals, obtaining p (p-value). Differences were considered statistically significant if $p < 0.05$ (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2004; dela Fuente, 2011):

- ◆ We were able to verify that 67.2 percent of the cases were located correctly when





- ◆ modeling with only one parameter (only the constant),
- ◆ that the likelihood ratio has a statistical significance of less than 0.05, which means that it is appropriate to introduce the covariables in the model and that the logarithm of plausibility (-2LL) was reduced, as expected:
- ◆ the OMNIBUS test (step, block and model) rejected the null hypothesis (H0) that coefficients β_i of all terms (except the constant) included in the model are zero, with statistical significance < 0.05 .
- ◆ the Hosmer and Lemeshow test verified that the model fits properly, there are no notable discrepancies between the observed and expected values, and 70.3 percent of the cases were located correctly.
- ◆ the specificity of the model has 85.7 percent and a sensitivity of 38.8 percent, in other words, the model could be considered acceptable. However, it only manages to explain the variation in health service coverage between 14.1 and 19.6 percent. This means that the analytical model is adequate, however, it is necessary:

- ◇ to introduce a greater number of variables according to each axis of the model, and
- ◇ as Delucchi (1981) indicates, it should improve the categorization of some covariables.

The results found that are shown in Annex A2 (the variables of the equation, the regression coefficients with their standard errors, the Wald statistic value to evaluate the null hypothesis, the statistical significance, and the value of the propensity to count with coverage expressed as $\text{Exp } \beta_i$ with its confidence intervals) indicate that: the model with 5 parameters (including the constant) improves the adjustment to the initial model with a single parameter. We found that the propensity to have health coverage is 2.9 times greater for those who have citizenship than for those who do not have it, as well as for those who arrived before 1990, it is 2.4 times greater than for those who arrived recently (2010-2020), it is 4.0 times higher for those who are employed in the public sector than for those who are unemployed, and 1.5 times higher for those who have a very good English language proficiency (even if they speak another language at home) than for those who do not.



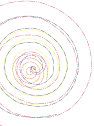
Table 1.
Population born in Mexico residing in the United States by health coverage, citizenship Status, type of employment according to the period of entry , 2020 (Percentages)¹

Coverage, Citizenship and Type of Employment		Period of Entry to the United States				
		Before 1990	1990 to 1999	2000 to 2009	2010 to 2020	Total
Total		32.3	27.1	26.8	13.8	100.0
With Coverage	Subtotal	26.5	16.6	13.9	7.6	64.6
	With Citizenship	17.7	7.0	4.1	1.4	30.2
	Not in the Labor Force or has never worked ²	6.2	1.1	0.8	0.6	8.6
	Employed (Private)	7.6	4.1	2.4	0.6	14.6
	NGO Employee	0.8	0.4	0.2	0.0	1.5
	Government Employee	1.9	0.8	0.4	0.1	3.2
	Self-employed (and Family)	1.3	0.6	0.2	0.1	2.2
	Unemployed	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	Without Citizenship	8.8	9.6	9.8	6.3	34.4
	Not in the Labor Force or has never worked ²	3.1	1.9	2.2	2.3	9.5
	Employee (Private)	4.4	6.0	6.1	3.1	19.5
	NGO Employee	0.2	0.3	0.3	0.2	1.1
	Government Employee	0.5	0.5	0.5	0.3	1.7
	Self-employed (and Family)	0.6	0.8	0.8	0.3	2.5
	Unemployed	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2
	Without Coverage	Subtotal	5.8	10.5	13.0	6.2
With Citizenship		2.5	1.8	1.2	0.4	6.0
Not in the Labor Force or has never worked ²		0.5	0.3	0.2	0.2	1.2
Employee (Private)		1.4	1.1	0.8	0.2	3.4
NGO Employee		0.1	0.1	0.0	0.0	0.2
Government Employee		0.1	0.1	0.1	0.0	0.3
Self-employed (and Family)		0.4	0.3	0.1	0.0	0.8
Unemployed		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Without Citizenship		3.3	8.7	11.8	5.7	29.4
Not in the Labor Force or has never worked ²		0.8	1.6	2.6	1.8	6.8
Employee (Private)		1.8	5.2	7.1	3.1	17.3
NGO Employee		0.1	0.2	0.2	0.1	0.6
Government Employee		0.1	0.2	0.2	0.1	0.6
Self-employed (and Family)		0.6	1.4	1.5	0.6	4.0
Unemployed		0.0	0.1	0.1	0.1	0.2

¹Percentages were calculated over a total population born in Mexico of 10,231,536 people.

²This category includes people under 16 years of age, who are not a part of the labor force, who have not worked for over 5 years, or who have never worked. Source: Elaborated by the author, based on U.S. Bureau of the Census (2021). American Community Survey 2020.





Conclusions and Public Policy Recommendations

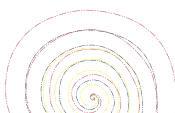
The Mexican migrant population residing in the United States throughout the 21st century has experienced a situation of lower health coverage compared to other migrant populations, although a gradual improvement must be recognized, especially after the implementation of the Affordable Care Act (ACA).

We can affirm that the inequality in access to health services of the population born in Mexico residing in the United States is associated with structural conditions of the U.S. migration and labor policy, as well as factors inherent to the migratory dynamics. Although an analytical model was designed and it allows statistics that seek to approximate each of the components to be explored (without being exhaustive), and a hypothesis test was applied to have objective elements of association to health coverage, the analysis is not deterministic but exploratory. It serves as a strategy to test the analytical model and the categories used (Delucchi, 1981) and prepares the research to achieve a robust statistical model that, for example, compares the results of the ACS in two or three different moments in time, and compared to other migrant populations that have a higher percentage of health services coverage.

Estimates and statistical tests regarding the health coverage of the population born in Mexico residing in the United States indicate

that it is somehow related to the degree of social integration into U.S. society. Although only total coverage was analyzed, based on the changes in access to coverage introduced by the implementation of the ACA, it would be a pending task to specify coverage through public programs in order to guide policy design, policies that reduce or eliminate the disadvantages of the migrant population in terms of health coverage.

Precisely in this discursive order, our first recommendation is that that the Mexican Government try to carry out actions in the United States, such as the *Ventanillas de Salud* program, which need to be communicated through information campaigns on human, social and human rights, oriented towards their migrant populations, "populations" because the access to information involves not only access to information and communication technologies, but also the languages spoken by migrants, their geographical location and the type of communities in which they carry out their daily life, topics that should be evaluated. Second, to consider the demands for access to health coverage that migrant populations have requested from the Mexican government through their community leaders and which recent qualitative studies have reported. Thirdly, to find a route for a binational labor policy, through which access to employment guarantees health coverage, which would imply designing instruments of protection in binational labor markets.



Annex A1

Table A1.
Statistical Tests for the Population born in Mexico: Health Coverage * Citizenship Status
income period, type of employment and income, 2020

Health Coverage * Citizenship Status		Citizenship Status		Total		
		With Citizenship	Without Citizenship			
Coverage	0 Count	3 659	16 931	20 590		
	% within Citizenship Status	14.8%	43.6%	32.4%		
	1 Count	21 097	21 917	43 014		
	% within Citizenship Status	85.2%	56.4%	67.6%		
Total	Count	24 756	38 848	63 604		
	% within Citizenship Status	100.0%	100.0%	100.0%		
		Value	df	Asymptotic sig. (2-sided)	Exact sig. (2-sided)	Exact sig. (1-sided)
Pearson's Chi-square		5 729.616 ^a	1	0.0000		
Continuity Correction ^b		5 728.301	1	0.0000		
Likelihood Ratio		6 143.069	1	0.0000		
Fisher's Exact Test					0.0000	0.0000
Linear by Linear Association		5 729.526	1	0.0000		
N of valid cases		63 604				

^a 0 boxes (0.0%) have expected a count less than 5. The minimum expected count is 8014.06.

^b Only been calculated for a 2x2 table.

Health Coverage * Period of entry to the U.S.		Year of entry to the US				Total
		Before 1990	1990 to 1999	2000 to 2009	2010 to 2020	
Coverage	0 Count	3 844	6 071	7 410	3 726	21 051
	% within year of entry	16.2%	36.2%	45.1%	40.2%	31.8%
	1 Count	19 867	10 709	9 032	5 538	45 146
	% within year of entry	83.8%	63.8%	54.9%	59.8%	68.2%
Total	Count	23 711	16 780	16 442	9 264	66 197
	% within year of entry	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Chi-square tests						
		Value	df	Asymptotic sig. (2-sided)		
Pearson's Chi-square		4 442.351 ^a	3	0.0000		
Likelihood Ratio		4 695.304	3	0.0000		
Linear by Linear Association		3 387.51	1	0.0000		
N of valid cases		66 197				

^a 0 boxes (0.0%) have expected a count less than 5. The minimum expected count is 2946.00.

Continues...



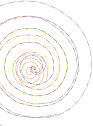


Table A1.
 Statistical Tests for the Population born in Mexico: Health Coverage * Citizenship Status
 income period, type of employment and income, 2020

Health Coverage * Type of Employee	Class of worker						Total
	Not EAP	Employed (Private)	CSOs Employee	Government Employee	Selfemployed (family)	Unemployed	
Coverage 0 Count	5 162	11 933	478	555	2 779	144	21 051
% within type of Employee	27.0%	34.8%	20.4%	13.4%	46.9%	47.7%	31.8%
1 Count	13 977	22 399	1 865	3 600	3 147	158	45 146
% within type of Employee	73.0%	65.2%	79.6%	86.6%	53.1%	52.3%	68.2%
Total Count	19 139	34 332	2 343	4 155	5 926	302	66 197
% within type of Employee	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Chi-square tests							
	Value	df	Asymptotic sig. (2-sided)				
Pearson's Chi-square	1 793.987 ^a	5	0.0000				
Likelihood Ratio	1 878.229	5	0.0000				
Linear by Linear Association	194.944	1	0.0000				
N of valid cases	66 197						

^a0 boxes (0.0%) have expected a count less than 5. The minimum expected count is 96.04.

Health Coverage * Income Range	Income Ranges (US Dollars)								Total
	Losses	less than 10K	from 10K to less than 20K	from 20K to less than 30K	from 30K to less than 40K	from 40K to less than 50K	from 50K to less than 100K	from 100K to less than 200K	
Coverage 0 Count	19	2 360	3 101	3 638	2 525	1 366	1 576	224	14 809
% within income Range	44.2%	27.7%	30.7%	37.2%	31.4%	26.9%	19.2%	13.30%	28.80%
1 Count	24	6 152	7 001	6 136	5 514	3 709	6 622	1 454	36 612
% within income Range	55.8%	72.3%	69.3%	62.8%	68.6%	73.1%	80.8%	86.70%	71.20%
Total Count	43	8 512	10 102	9 774	8 039	5 075	8 198	1 678	51 421
% within income Range	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%	100.00%
Chi-square Tests									
	Value	df	Asymptotic sig. (2-sided)						
Pearson's Chi-square	962.939 ^a	7	0.0000						
Likelihood Ratio	1 007.396	7	0.0000						
Linear by Linear Association	344.39	1	0.0000						
N of valid cases	51 421								

^a0 boxes (0.0%) have expected a count less than 5. The minimum expected count is 2180.19.

Continues...

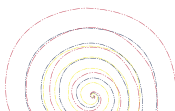


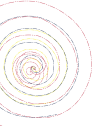
Table A1.
 Statistical Tests for the Population born in Mexico: Health Coverage * Citizenship Status
 income period, type of employment and income, 2020

Health Coverage * English Language Proficiency		English Language Proficiency			Total
		Very good and Good	Not good	None	
Coverage	0 Count	10 069	6 410	3 446	19 925
	% within English language proficiency	27.7%	38.7%	40.5%	0.325
	1 Count	26 242	10 155	5 072	41 469
	% within English language proficiency	72.3%	61.3%	59.5%	0.675
Total	Count	36 311	16 565	8 518	61 394
	% within English language proficiency	100.0%	100.0%	100.0%	
	Value	df	Asymptotic sig. (2-sided)		
	Pearson's Chi-square	912.868 ^a	2	0.0000	
	Likelihood Ratio	905.757	2	0.0000	
	Linear by Linear association	812.788	1	0.0000	
	N of valid cases	61 394			

^a0 boxes (0.0%) have expected a count less than 5. The minimum expected count is 8014.06.

Source: Elaborated by the author, based on U.S. Census Bureau (2021). American Community Survey 2020.





Annex A2

Table A2.
Results of the logistic regression model. Variables in the equation

Model Variables ^a	β	Standard Error	Wald	df	Sig.	Exp(β)	Confidence Interval 95% CI for EXP(β)	
							Lower	Upper
Citizenship Status								
With Citizenship	1.07	0.023	2 128.183	1	0	2.915	2.785	3.05
Period of Entry			1 711.38	3	0			
Before 1990	0.895	0.032	794.535	1	0	2.446	2.299	2.603
1990-2000	0.12	0.03	16.11	1	0	1.128	1.064	1.196
2000-2010	-0.168	0.03	32.603	1	0	0.845	0.797	0.895
Type of Employee			929.647	5	0			
Not in the labor force	0.729	0.13	31.678	1	0	2.074	1.609	2.674
Employed (Private)	0.535	0.129	17.206	1	0	1.707	1.326	2.199
NGO Employee	1.028	0.14	53.617	1	0	2.796	2.123	3.682
Government Employee	1.396	0.138	102.689	1	0	4.04	3.084	5.293
Self-employed / Family	-0.094	0.132	0.507	1	0.477	0.911	0.703	1.179
English Language Proficiency			323.052	2	0			
Very Good and Good	0.385	0.028	193.934	1	0	1.469	1.392	1.551
Not good	0.057	0.029	3.743	1	0.053	1.059	0.999	1.121
Gender Component								
Men	-0.144	0.02	53.27	1	0	0.866	0.833	0.9
Constant	-0.612	0.132	21.616	1	0	0.542		

^aVariables specified on Step 1: Citizenship, Period of Entry, Type of Employment, English Language Proficiency, Gender Component.

The model was applied with the SPSS "Introduce" Method, the result with a constant (three iterations) presented a likelihood value -2LL = 75730.885. The complete model presented an initial value of -2LL de 75719.122 which decreased in the fifth iteration to 66632.181, with a p-value < 0.05. No interactions were considered between the model's variables.

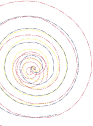
Source: Elaborated by the author



Bibliography

- Albert, M. (1999). *Capitalismo contra capitalismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Artiga, S. y Hinton, E. (2018). Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Henry Kaiser Family Foundation. Retrieved from: <https://collections.nlm.nih.gov/master/borndig/101740257/issue-brief-beyond-health-care.pdf>
- Berecick, R. E., Barnett, C. J. y Upton, D. R. (2019). Health Insurance Coverage in the United States_ 2018. Retrieved from: <https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html>
- Bureau of Labor Statistics (2022). cps historical tables. Retrieved from: <https://www.bls.gov/cps/cpsdatab.htm>
- Centers for Disease Control [cdc] (2022). Covid data tracker. Retrieved from: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#datatracker-home>
- Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis; and U.S. Bureau of the Census. (2021). Table 1. National Health Expenditures; Aggregate and Per Capita Amounts. Retrieved from: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet#:~:text=Historical%20NHE%2C%202020%3A,16%20percent%20of%20total%20NHE>
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [Conacyt] (2022). COVID-19 Tablero México - CONACYT - CentroGeo - GeoInt - DataLab. Retrieved from: <https://datos.covid-19.conacyt.mx>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2020). Elementos conceptuales en torno a la integración social de la población inmigrante internacional. Migraboletín, Año 3(5). Retrieved from: http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Anio_3_Num_5
- De la Fuente, F. S. (2011). Regresión logística. Retrieved from: <https://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/CUALITATIVAS/LOGISTICA/regresion-logistica.pdf>
- Delucchi, K. L. (1981). The use and misuse of Chi-Square. Paper presented at the Annual Meeting of the 'American Educational Research Association (65th, Los Angeles, CA, 13-17). Retrieved from: <https://eric.ed.gov/?id=ED204399>
- Department of Homeland Security [DHS] (2018). Population Estimates. Illegal alien population residing in the United States: January 2015. Retrieved from: https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/18_1214_PLCY_pops-est-report.pdf
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Retrieved from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>
- Gamio, M. (2002). El inmigrante mexicano. La historia de su vida. Entrevistas completas, 1926-1927. Mexico City: Instituto Nacional de Migración.
- Gómez-Arias, D. (2019). Public Policies Between Theory and Practice. *Ánfora*, 26(46), 1-14. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/journal/3578/357857620008/html/>
- Hair, F. J., Anderson, E. R., Tatham, L. R. y Black, C. W. (2004). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Human and Health Services [HHS] (s.f.). About the Affordable Care Act. Retrieved from: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html#:~:text=The%20Patient%20Protection%20and%20Affordable,insurance%20available%20to%20more%20people.>

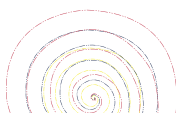


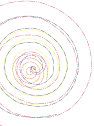


- International Organization for Migration- [OIM] (2002). Migrants, Health and Human Rights. *Migration and Health Newsletter*.
- _____ (2006). Migration: A Social Determinants of the Health of Migrants. Background Paper. Project AMAC. Retrieved from: https://ec.europa.eu/migrant-integration/sites/default/files/2009-10/docl_9914_392596992.pdf
- _____ (2009). Social Determinants of Health in the Context of Migration and at a Time of Economic Crisis. SPEECHES AND TALK. Retrieved from: <https://www.iom.int/speeches-and-talks/social-determinants-health-context-migration-and-time-economic-crisis>
- Latner, W. (2015). Law 101: Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). Retrieved from: <https://www.empr.com/home/features/law-101-emergency-medical-treatment-and-active-labor-act-emtala/#:~:text=Enacted>
- Marina, V. V., Gandoy, V. W. L. y Valenzuela, M. K. A. (2020). Ventanillas de Salud: Desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU. *Estudios Fronterizos*, 21. doi: <https://doi.org/10.21670/ref.2001043>
- Mills, Robert (2001). *Health Insurance Coverage: 2000*, U. S. Census Bureau. Retrieved from: <https://www.census.gov/library/publications/2001/demo/p60-215.html>
- National Academy Press [NAP] (2018). Roundtable on the Promotion of Health Equity. Immigrations a Social Determinant of Health: Proceedings of a Workshop. Washington (DC). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535940/>
- Organization for Economic Cooperation and Development [oecd] (2002). Health Data 2002, Table 1 "Growth of expenditure on health, 1990-2000". Retrieved from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2002.htm>
- _____ (2021), Health at a Glance 2021: oecd Indicators, oecd Publishing, Paris. doi: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2022). Datos sobre migración relevantes para la pandemia de COVID-19. Retrieved from: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/datos-sobre-migracion-relevantes-para-la-pandemia-de-covid-19>
- OPS (2022). OPS_OMS _ Cobertura Universal de Salud - Preguntas frecuentes. Retrieved from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=es
- Pew Research Center [PHC] (2019). Mexicans decline to less than half the U.S. unauthorized immigrant population for the first time. Retrieved from: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/12/us-unauthorized-immigrant-population-2017/>
- _____ (2022). Latinos experience discrimination from other Latinos about as much as from non-Latinos. Retrieved from: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/05/02/latinos-experience-discrimination-from-other-latinos-about-as-much-as-from-non-latinos/>
- Picó, J. M. (1996). Modelos sobre el Estado del Bienestar. De la teoría a la práctica. En Ramón Casilda Béjar y José María Tortosa (Coords.). *Pros y contras del Estado del Bienestar* (37-58). Madrid: Tecnos.
- Porreta, A. (2022). How Much Does a Family Health Insurance Plan Cost? Retrieved from: <https://www.ehealthinsurance.com/resources/individual-and-family/how-much-does-a-family-health-insurance-plan-cost>
- Rice, T., Rosenbaum, P., Unruh, L. Y. y Barnes, J. A. (2020). United States Health system



- review. *Health Systems in Transition, 2020*; 22(4): i-441. Retrieved from: <https://euro-healthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>
- Rojas, O. F. (2019). Debate teórico sobre salud pública y salud internacional. *Rev Cubana Salud Pública*, 45(1):e1521. Retrieved from: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n1/e1521/>
- Rosenbaum, S. (2011). The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice. *Public Health Reports* (126), 130-135. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001813/>
- Tenorio, C. Y., Sierra de la Vega, L. A., y Montañez, H. J. C. (2021). Acceso a servicios de salud en población migrante mexicana en Estados Unidos de América antes y después del Affordable Care Act. En CONAPO (coord.). *Migración y Salud / Migration and Health*, 13-27. CDMX: CONAPO.
- U.S. Bureau of the Census (2021). Transcription of the Webinar about the pandemic's impact on the 2020 American Community Survey. Retrieved from: www.census.gov
- U.S. Congress [GPO] (2010). The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (March 23, 2010). Retrieved from: <https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>
- Vázquez, E., Ortiz, G., y Cheney, A. (2022). Entre el miedo y la incertidumbre, migrantes mexicanos sobreviviendo la pandemia de covid-19 en el este del Valle de Coachella, California. En CONAPO (coord.). *Migración y Salud / Migration and Health* (53-65). CDMX: CONAPO.
- Zeller, N. (2007). Políticas públicas: marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. Buenos Aires: CLACSO. Retrieved from: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf_319.pdf





FINAL COMMENTS TO THE 2022 EDITION

People in international mobility, such as migrants, displaced persons, refugees and international workers, find themselves enrolled in social and political processes of great complexity. Their search for better living conditions, for a life away from poverty and violence, for better jobs or even a job, for their family unification with their children, spouses or parents, expresses how international human mobility assembles structural community, family and personal causes, motives and reasons that even during the SARS-CoV-2 (COVID-19 pandemic) search for something as simple as health protection.

Statistics on migrants, on migratory flows, on migrations, on refugee applicants or those who are in the processes of forced displacement, find their own continuity as an essential and strategic need in academic diagnoses and in public policy, for the knowledge of the journey, which on a global scale and in many regions has caused the international mobility of people. International human mobility is addressed with unique efforts that are beginning to be shared through qualitative studies, with a return to administrative records that dimly consider migrants, with a reassessment of the specialized scientific literature on large-scale issues regarding the mobility of people — such as the feminization of migration — or evaluating the consistency of experimental results from surveys that have been an obligatory source of consultation for more than a decade, or

compiling and developing indicators to understand the determinants of the health of migrant populations, the challenge is therefore permanent and needs to be approached from different perspectives and methodologies.

The chapters presented in this 2022 edition of *Migración y Salud / Migration and Health* address issues of great sensitivity for decision makers in the field of public policy but also for society as a whole. The first chapter addresses the issue of sexual health of women in situations of irregular mobility. Among the various elements that stand out in the conclusions of the investigation is the identification of the main reason that leads women not to seek care, which is, "not knowing where to go" or not prioritizing attention and, to a lesser extent, the fact that women are identified as migrants in an irregular situation. In this regard, the research concludes that identifying the problem of access to health services in terms of these first two reasons seems to be "...positive and an advance, perhaps, in the perception of their entitlement to rights."

In the second chapter we discuss labor markets and female participation in them, with an emphasis on migrant women and the type of work activity they carry out, we indicate that "... the emergency caused by the COVID-19 pandemic has also generated certain impacts on the lives of women, deepening existing gender inequalities and even causing setbacks in some of the already recognized rights. One of the

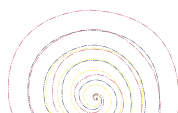


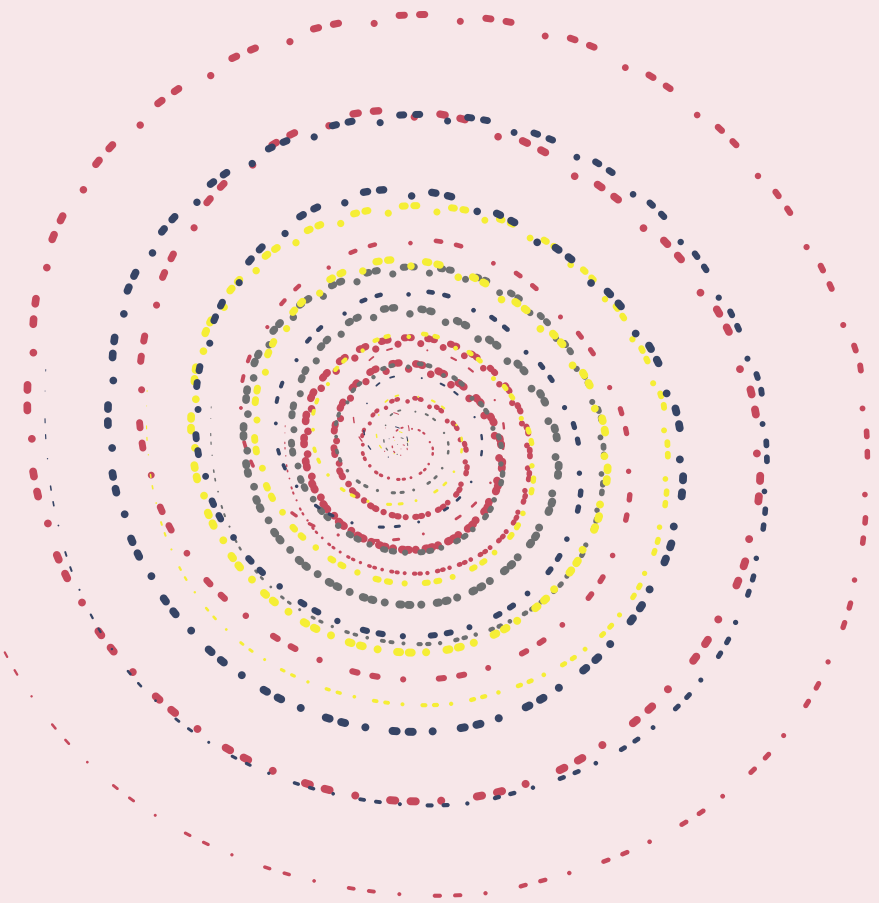
elements that has become most visible since the pandemic is the caregiving work crisis, as this is one of the main barriers to the equal economic participation of women in the economy, society, and families. The chapter proposes that care should be seen as part of the recovery policies from the crisis derived from the COVID-19 pandemic and be considered a part of short, medium and long-term solutions, as an investment for the development of nations.”

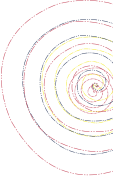
The third chapter addresses the subject of migrants who perish in transit through Mexico to the United States, it states that their migratory movements have taken place in a context of increased violence and insecurity. It also observes that “...the persistent violence in Mexico and the restrictive immigration policies have impacted the health conditions of migrants and, in some cases, have caused the death of hundreds of them.” Finally it proposes that regardless of the migratory status in the country “...the security of people in its territory must be guaranteed. Any public policy recommendation would necessarily have to include the participation, coordination, communication and joint work of the different countries and actors that in some way have an impact on this process...”.

The fourth chapter affirms that the inequality in access to health services presented by the population born in Mexico residing in the United States is associated with structural conditions in U.S. migration and labor policy, as well as on migratory dynamics. It suggests that public policy find a route for a binational labor policy, through which access to employment guarantees health coverage, which would imply designing protection instruments in binational labor markets.

The multiple nature of international mobility of people poses challenges and forces creativity to identify, analyze and evaluate its intrinsic components as well as the links that these maintain with the great social problems. Also that governments—even the State itself—in the countries of origin, transit, and destination, must grasp to face, based on international instruments and within the framework of their own legislation, the challenges that these impose in terms of human rights, sexual and reproductive rights, protection and guarantee of security, since migration is usually experienced in conditions of vulnerability, and to open spaces for intergovernmental dialogue in order to achieve or improve the well-being of migrant populations in the destination.



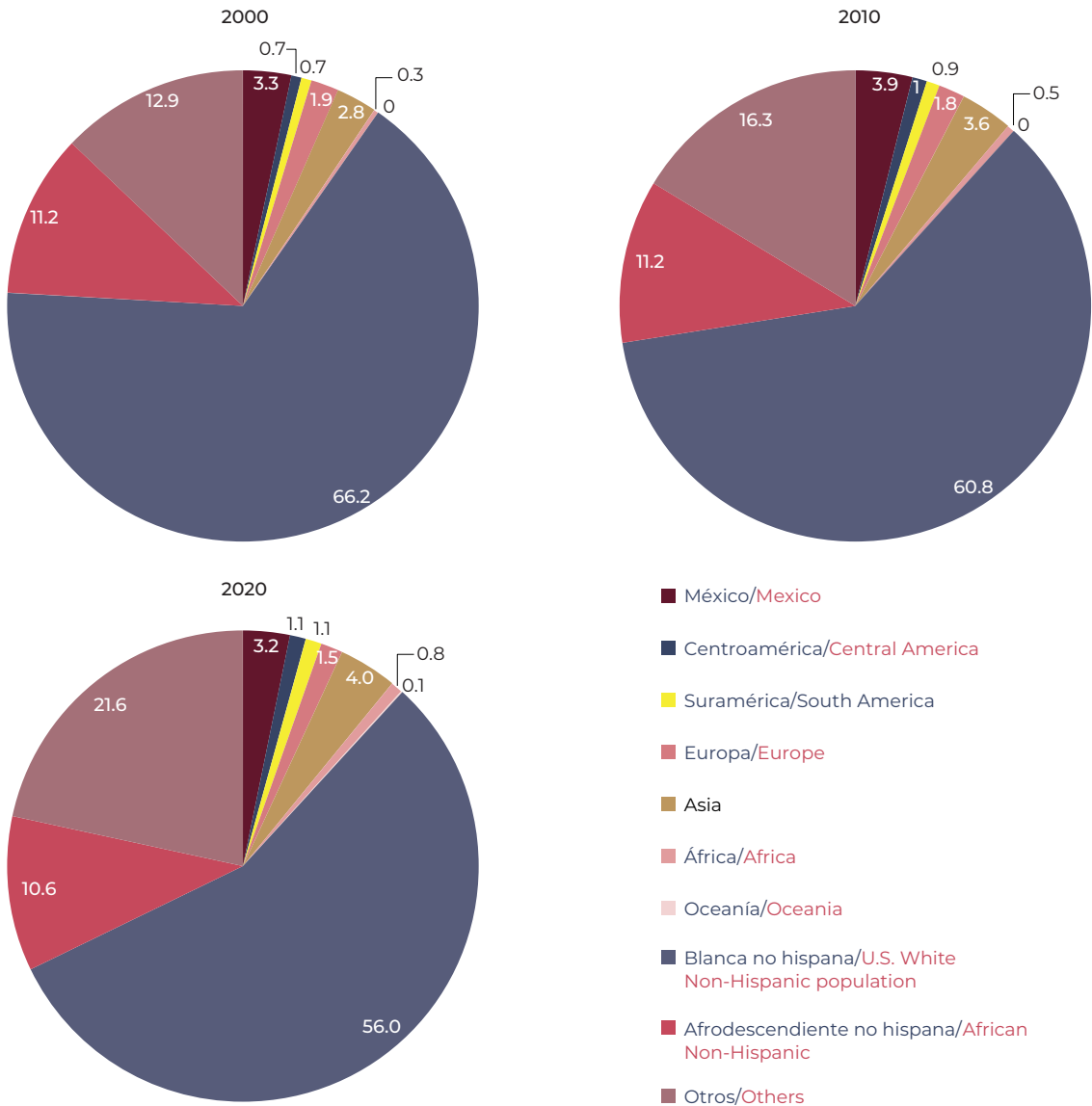




ANEXO ESTADÍSTICO-GRÁFICO STATISTICAL AND GRAPHICAL ANNEX

1.1. Distribución porcentual de la población en Estados Unidos según región o país de nacimiento o etnicidad, 2000, 2010 y 2020

1.1. Percentage of U.S. population according to birthplace region or country or ethnicity, 2000, 2010, and 2020

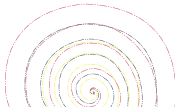


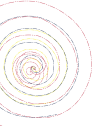
Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census. American Community Survey (ACS), 2020.

Source: Own estimates based on U.S. Bureau of the Census. American Community Survey, (ACS), 2020.

Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; Suramérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Cuyana, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela; Otros incluye: Población que nació en Estados Unidos que no se cataloga como blanca ni afrodescendiente.

Central America: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua and Panama; South America: Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Peru, Uruguay and Venezuela; Others includes: Population that was born in the United States that does not classify as white or of African descent.





En 2020, en Estados Unidos la población ascendió a 329 504 815 de la cual, 12% era inmigrante y 22% no se declaró parte de alguno de los grupos. La Unión Americana es el país con la mayor población inmigrante, de acuerdo con estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, en el mismo año la población no nacida en aquel país ascendió a 50.6 millones de personas. Durante los años 2000, 2010 y 2020, la participación de la población mexicana ronda en alrededor de 3%, la más importante respecto a un país de origen; mientras que a nivel región o continente, la de origen asiático, sobre todo en 2020, y europeo fueron las más representativas.

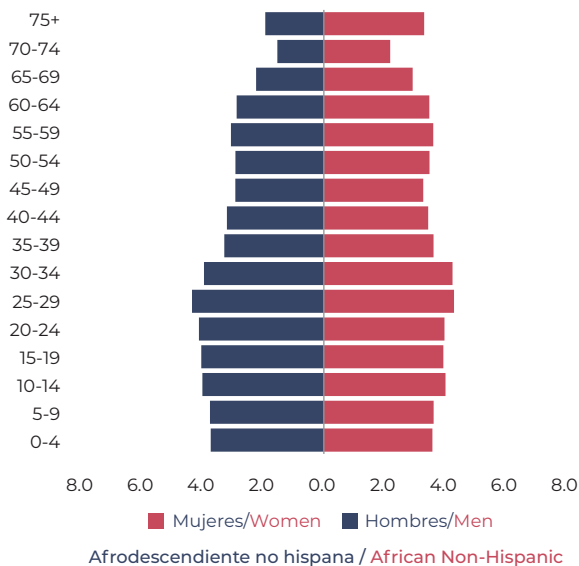
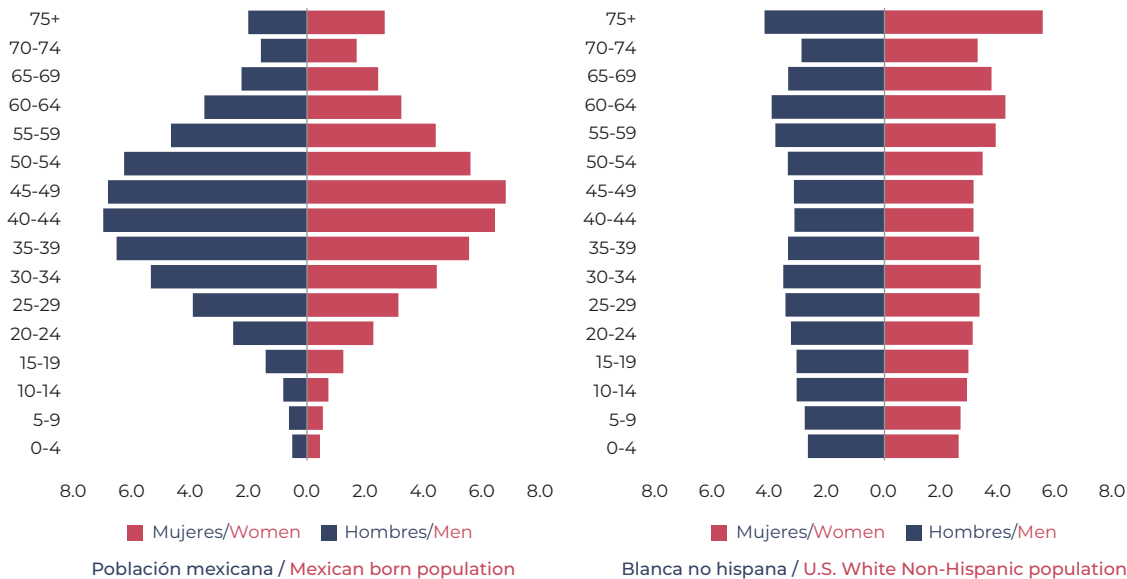
La importancia de la composición y estructura de edad de la población hace referencia a los desafíos económicos y sociales de diversos sucesos demográficos, como el envejecimiento. Mientras que la estructura de la población nativa muestra un avanzado envejecimiento con tasas de fecundidad apenas de reemplazo, la mexicana cuenta con una población activa importante. La razón de dependencia de la población nativa blanca fue de 58.4%, es decir, 58 personas por cada 100 en edad productiva, al sumar a la población mexicana la razón disminuye a 55.5%. Lo anterior muestra la importancia de la migración como compensación al sistema económico y social de la población de destino.

In 2020, the population of the United States was 329,504,815 of which 12% were immigrants and 22% did not declare themselves to be part of any of the groups. The United States is the country with the largest immigrant population, according to estimates of the United Nations Population Division, in the same year the population not born in that country amounted to 50.6 million people. During the years 2000, 2010 and 2020, the participation of the Mexican population was around 3%, the most important with respect to a country of origin; while at the regional or continent level, those of Asian origin, especially in 2020, and Europeans were the most representative.

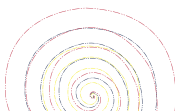
The importance of the age structure of the population refers to the economic and social challenges of various demographic events, such as aging. While the structure of the native population shows advanced aging with barely replacement fertility rates, the Mexican population has an important active population. The dependency ratio of the native white population was 58.4%, that is, 58 people for every 100 of productive age; when adding the Mexican population, the ratio decreases to 55.5%. This shows the importance of migration as a compensation to the economic and social system of the destination population.

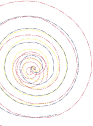


1.2. Estructura por edad de población en Estados Unidos según región de nacimiento o etnicidad, 2020 (%)
 1.2. U.S. population by age and sex according to birthplace or ethnicity, 2020 (%)

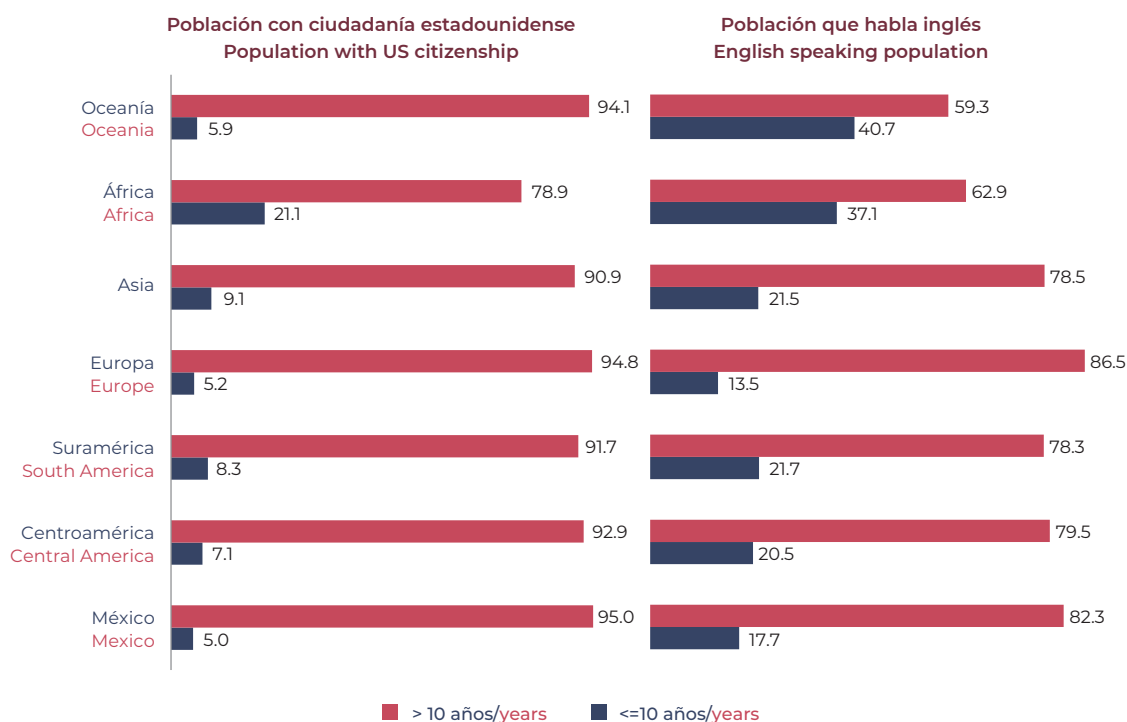


Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census. American Community Survey (ACS), 2020.
 Source: Own estimates based on U.S. Bureau of the Census. American Community Survey (ACS), 2020.





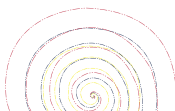
1.3. Porcentaje de población migrante en Estados Unidos con ciudadanía y dominio de inglés por tiempo de residencia según región de nacimiento o etnicidad, 2020 (%)
 1.2. Percentage of migrant population in the United States by citizenship or English spoken according to living years in the United States, birthplace region, or ethnicity, 2020 (%)



Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census. American Community Survey (ACS), 2020.
 Source: Own estimates based on U.S. Bureau of the Census. American Community Survey (ACS), 2020.

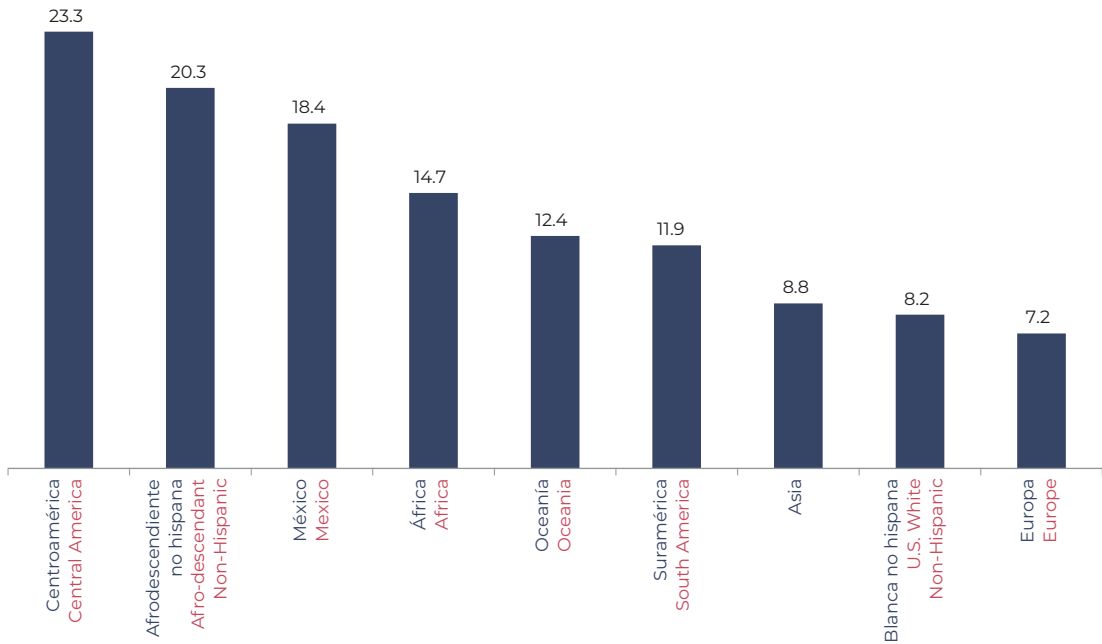
En términos de derechos sociales y económicos en Estados Unidos, la ciudadanía y el dominio del idioma son dos elementos que permiten acceder a por ejemplo los servicios de atención médica. De forma general, contar con la ciudadanía vía naturalización y hablar inglés están correlacionados con el tiempo de residencia en Estados Unidos en todas sus poblaciones migrantes. De acuerdo con datos de 2020, la población mexicana con menos de 10 años de residir en Estados Unidos, tienen la menor probabilidad de contar con ciudadanía y se encuentran entre los grupos con menos porcentaje de población con habla inglés de manera inicial. De forma complementaria, la población mexicana, tras una larga estancia tienen mayor probabilidad de lograr la ciudadanía y hablar el idioma que el resto de los grupos.

In terms of social and economic rights in the United States, citizenship and language proficiency are two elements that allow access to, for example, health care services. In general, having citizenship via naturalization and speaking English are correlated with the length of residence in the United States in all its migrant populations. According to 2020 data, the Mexican population with less than 10 years in the United States is the least likely to have citizenship and is among the groups with the lowest percentage of initial English speakers. In a complementary way, the Mexican population, after a long stay, is more likely to achieve citizenship and speak the language than the rest of the groups.



1.4. Porcentaje de población en Estados Unidos en condición de pobreza según región de nacimiento o etnicidad, 2021

1.4. Percentage of U.S. population in poverty according to birthplace region or ethnicity, 2021



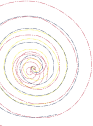
Fuente: Estimaciones propias con base en Bureau of Labor Statistics. Current Population Survey (CPS-ASEC), 2021.
Source: Own estimates based on Bureau of Labor Statistics. Current Population Survey (CPS-ASEC), 2021.

La asociación de la salud y la pobreza es bidireccional, la salud precaria es causa y consecuencia de la pobreza según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999)¹. En este sentido, conocer a la población en condición de pobreza determina en gran medida el panorama de salud de las poblaciones, así mismo, la condición de pobreza está vinculada con la integración de las poblaciones a la sociedad de destino. La población de origen centroamericano, así como la mexicana tienen las proporciones más altas de personas en condición de pobreza, 23.3 y 18.4%, respectivamente. Llama la atención que la población nativa afrodescendiente, después de la centroamericana, es aquella que presenta porcentajes más altos en tal condición (20.3%).

According to the World Health Organization (WHO, 1999), the association between health and poverty is bidirectional; poor health is both a cause and a consequence of poverty. In this sense, knowing the population in conditions of poverty determines to a great extent the health panorama of the populations, as well as the condition of poverty is linked to the integration of the populations into the society of destination. The Central American and Mexican populations have the highest proportions of people living in poverty, 23.3% and 18.4%, respectively. It is noteworthy that the native Afro-descendant population, after the Central American population, is the one with the highest percentages in this condition (20.3%).

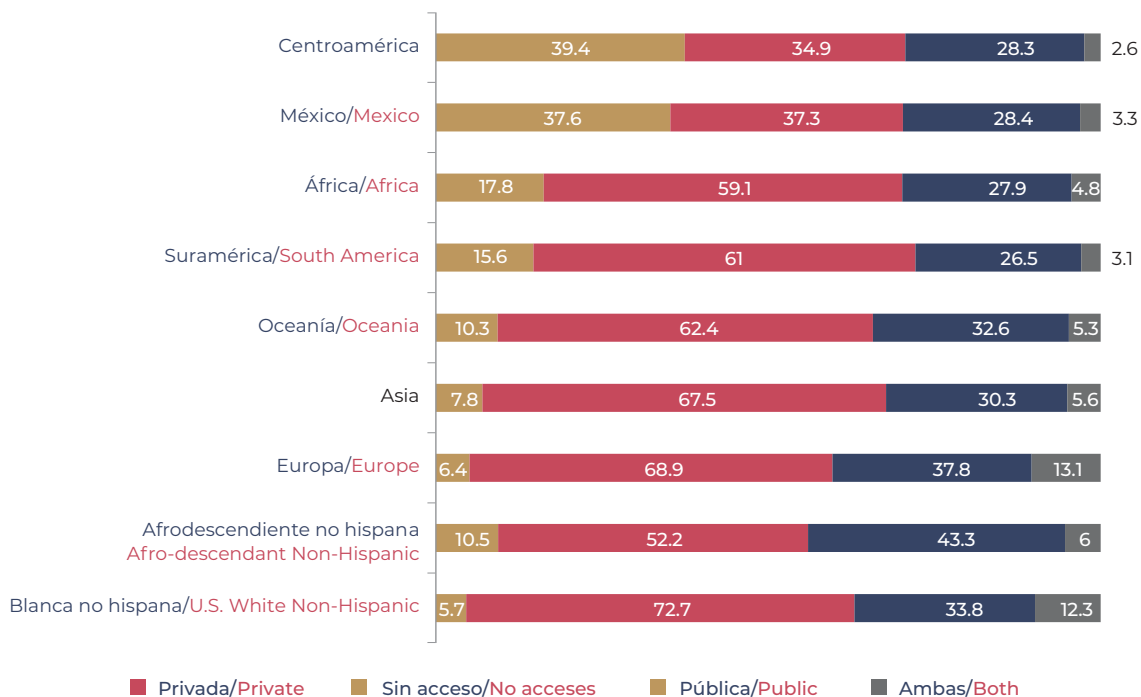
¹ Pobreza y Salud. Informe de la Dirección General. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de / Retrieved from: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se5.pdf





1.5. Distribución porcentual de la población en Estados Unidos por acceso a servicios médicos según región nacimiento o etnicidad, 2021 (%)

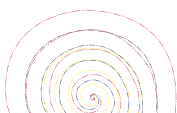
1.5. Percentage of U.S. population with health coverage by birthplace region or ethnicity, 2021 (%)



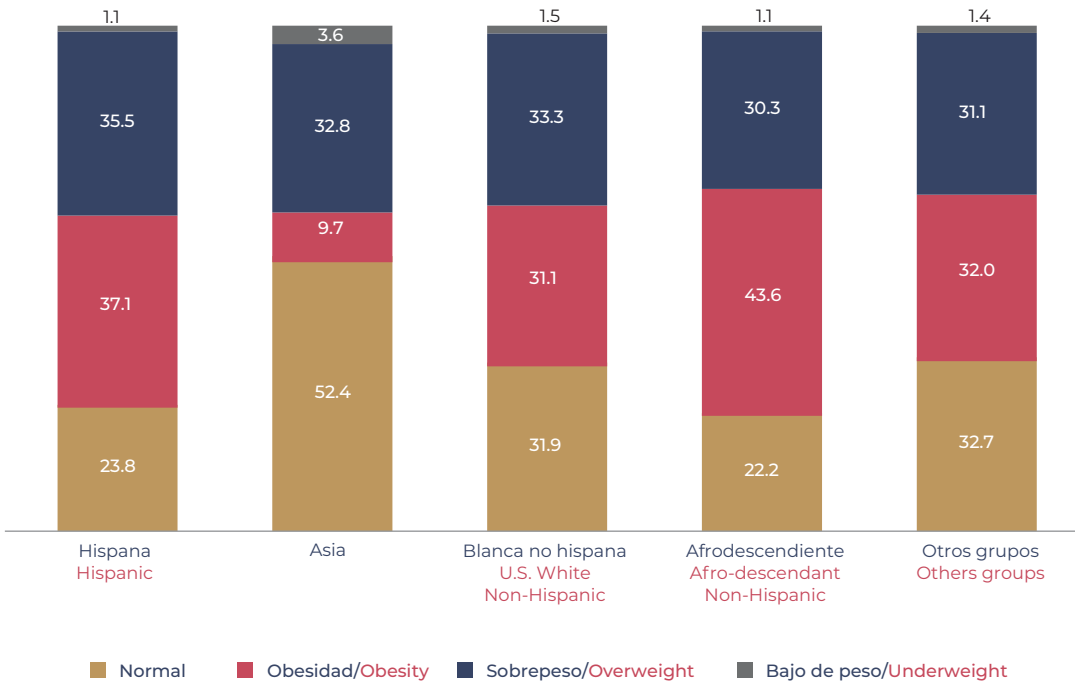
Fuente: Estimaciones propias con base en Current Population Survey, (CPS-ASEC), 2021.
Source: Own estimates based on Current Population Survey, (CPS-ASEC), 2021.

El acceso a servicios de salud en Estados Unidos obedece a sí la población cuenta con empleo con acceso al sistema de salud privado, tenga recursos para adquirir algún seguro, y en el caso de los servicios públicos que tenga ciudadanía o bien, se encuentre en algunos de los grupos prioritarios, tales como las mujeres embarazadas. En 2020, entre los grupos con una mayor proporción de su población sin acceso a servicios médicos regulares se encuentran la mexicana y centroamericana, 37.6 y 39.4%, respectivamente. Mientras que aquellas que tienen una menor desprotección son la nativa blanca no hispana y la de origen europeo, esta última aun por encima de la afrodescendiente no hispana.

Access to health services in the United States depends on whether the population is employed and has access to the private health system, has the resources to purchase insurance, and in the case of public services, has citizenship or is in one of the priority groups, such as pregnant women. In 2020, among the groups with the highest proportion of their population without access to regular medical services are Mexicans and Central Americans, 37.6% and 39.4%, respectively. While those with the least unprotected are non-Hispanic white and European origin, the latter even higher than non-Hispanic Afro-descendants.



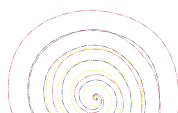
2.1. Distribución porcentual de la población en Estados Unidos por índice de masa corporal según región de nacimiento o etnicidad, 2020 (%)
 2.1. Percentage of the U.S. population by body mass index according to birthplace region or ethnicity, 2020 (%)

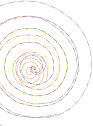


Nota/Note: No se grafica la categoría de IMC desconocido/Unknown BMI is not drawn.
 Fuente: Estimaciones propias con base en Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.
 Source: Own estimates based on Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.

El Índice de Masa Corporal (IMC), estimado a través del peso y talla de las personas, se considera uno de los indicadores de salud que está relacionado, generalmente, con la alimentación, la actividad física, así como con otros padecimientos. La población asiática resulta ser la que tiene la mayor proporción con un IMC normal, mientras que, la población afrodescendiente no hispana y la hispana tiene los menores porcentajes de su población con un IMC considerado como normal. De forma general, en todas las poblaciones seis de cada diez personas se encontraban en condición de sobrepeso u obesidad, a reserva de la población asiática.

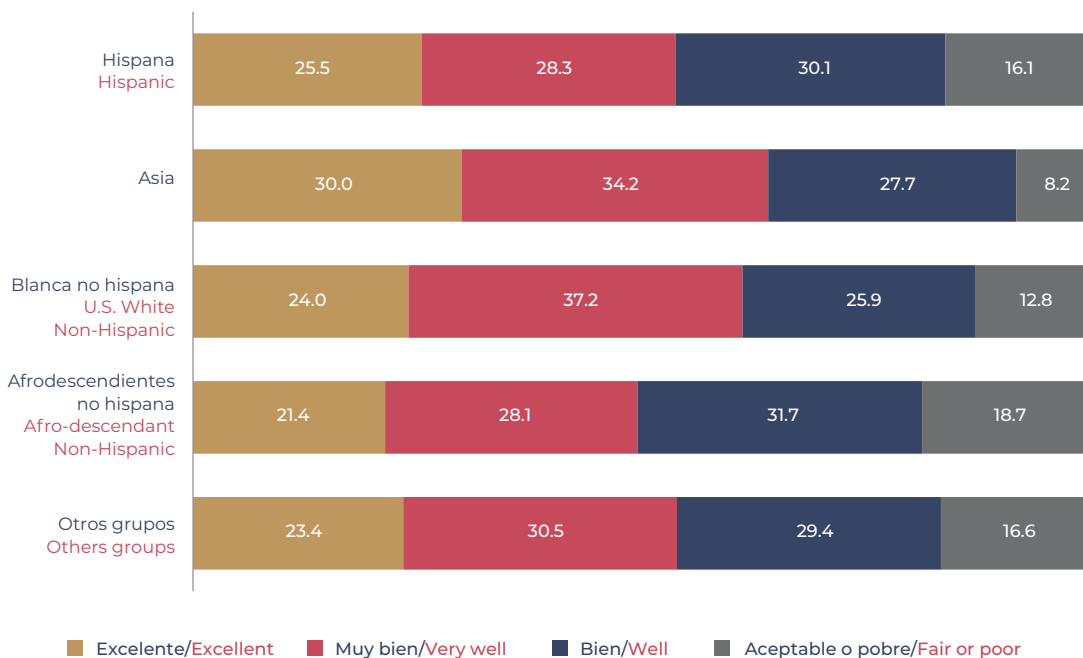
The Body Mass Index (BMI), estimated through the weight and height of individuals, is considered one of the health indicators that is generally related to diet, physical activity, as well as other conditions. The Asian population has the highest proportion with a normal BMI, while the non-Hispanic African-descendant and Hispanic populations have the lowest percentages of their population with a BMI considered normal. In general, in all populations, six out of ten people were overweight or obese, except for the Asian population.





2.2. Distribución porcentual de la población en Estados Unidos por autopercepción de salud según región de nacimiento o etnicidad, 2020 (%)

2.2. Percentage distribution of the U.S. population by self-perceived health status by birthplace region or ethnicity, 2020 (%)

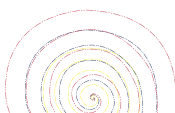


Fuente: Estimaciones propias con base en Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.
Source: Own estimates based on Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.

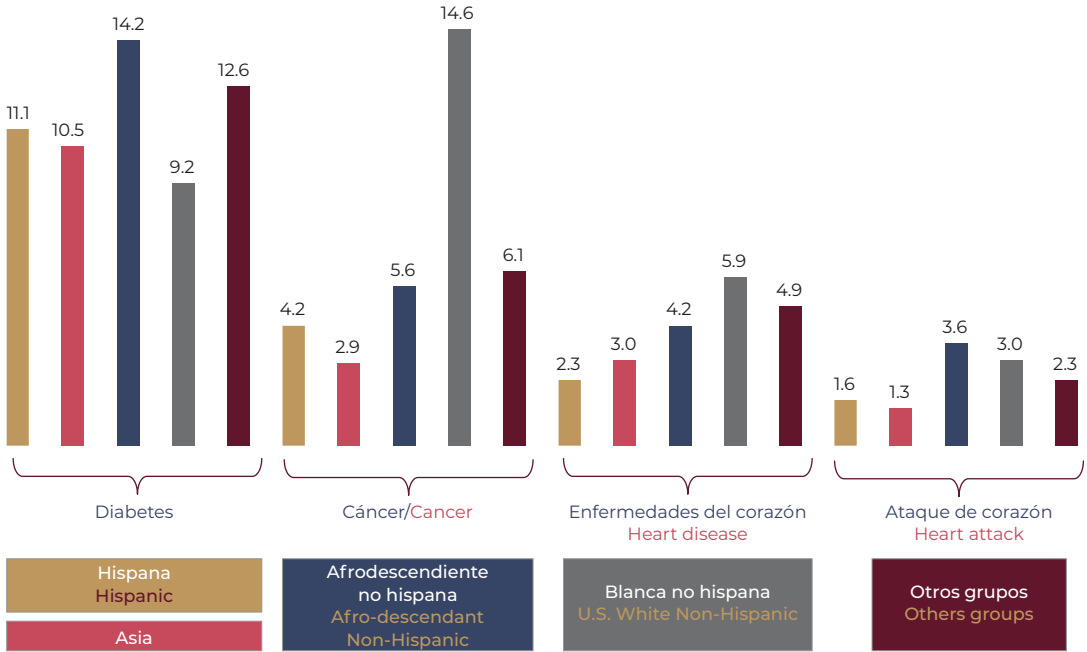
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen diversas maneras de medir el estado de salud a nivel individual, entre ellas, la salud probada, aquella con estudios de laboratorio y pruebas diagnósticas, la observada, mediante examen clínico y la autopercepción, la cual se basa en conocimiento, creencias y expectativas personales (OMS, 2016)². Entre la población asiática y la hispana se encuentra la mayor proporción con una autopercepción excelente, mientras que, con la categoría de muy bien, la asiática y la nativa blanca no hispana muestran su optimismo; de forma complementaria, 18.7% de la nativa afrodescendiente no hispana percibe su salud como aceptable o pobre.

According to the World Health Organization (WHO) there are several ways to measure health status at the individual level, among them, proven health, that with laboratory studies and diagnostic tests, observed health, through clinical examination and self-perception, which is based on knowledge, beliefs and personal expectations (WHO, 2016). Among the Asian and Latino population, the highest proportion has an excellent self-perception, while, with the category of very good, the Asian and the non-Hispanic white native population show their optimism; in a complementary way, 18.7% of the non-Hispanic Afro-descendant native population perceives their health as acceptable or poor.

² Iburg, Kim M, Murray, Christopher J. L, Sadana, Ritu, Mathers, Colin D, Lopez, Alan D. et al. (2001). Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status / Ritu Sadana ... [et al.]. World Health Organization. Recuperado de / Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67777>



2.3. Porcentaje de población en Estados Unidos por padecimiento según región de nacimiento o etnicidad, 2020 (%)
 2.3. Percentage of the U.S. population by health condition according to birthplace region or ethnicity, 2020 (%)

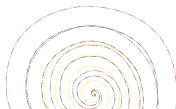


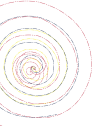
Fuente: Estimaciones propias con base en Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.
 Source: Own estimates based on Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.

De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)³ en Estados Unidos, 1 cada de 10 personas tiene diabetes, mientras que 1 de cada 5 no sabe que lo padece. Entre la población de 18 años y más, los grupos que más padecen la enfermedad se encuentra la afrodescendiente (14.1%), la hispana (11.1%) así como otros grupos de población (12.6%). Por su parte, en 2019, por cada 100 mil habitantes se identificaron 439 nuevos casos y ocurrieron 146 muertes (CDC), es notorio la diferencia entre la población nativa blanca no hispana, la cual tiene la proporción mayor con el padecimiento (14.6%), tanto la población asiática y la hispana se identifica los menores

According to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in the United States, 1 in 10 people have diabetes, while 1 in 5 do not know they have it. Among the population aged 18 years and older, the groups that suffer the most from the disease are people of African descent (14.1%), Hispanics (11.1%) and other population groups (12.6%). For its part, in 2019, for every 100 thousand inhabitants 439 new cases were identified and 146 deaths occurred (CDC), it is notorious the difference between the non-Hispanic white native population, which has the highest proportion with the condition (14.6%), both the Asian and Hispanic population are identified the lowest percentages 2.9 and 4.2%, respectively. Finally,

³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recuperado de / Retrieved from: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/resources/infographics/diabetes.html> y/and <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/index.htm>





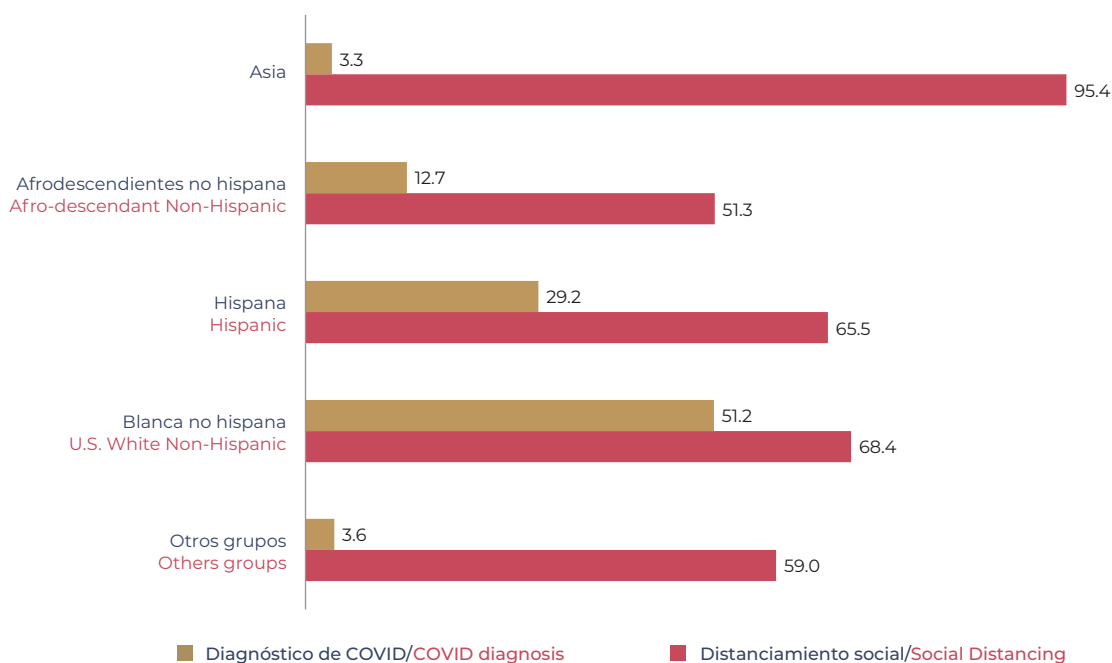
porcentajes 2.9 y 4.2%, respectivamente. Finalmente, sobre las enfermedades y ataques al corazón, la población nativa blanca tiene la mayor probabilidad de padecerlas, de lo contrario, la asiática y la hispana tienen los menores porcentajes de su población con tales enfermedades.

Mediante datos de la Encuesta Nacional de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés), se estima para 2020 que 3 de cada 10 personas hispanas en Estados Unidos tenía un diagnóstico positivo o probable de COVID-19, y de ellos, 7 de cada 10 estuvo en un ambiente, laboral u otro, con distanciamiento social para evitar contagios. Por su parte, 5 de cada 10 de la población nativa blanca no hispana tuvo un diagnóstico positivo o probable de COVID por alguna persona del sector salud, lo que muestra ser la mayor proporción entre las poblaciones. Lo anterior, indica es

with regard to heart disease and heart attacks, the white native population has the highest probability of suffering from them, while Asians and Hispanics have the lowest percentages of their population with such diseases.

According to data from the National Health Interview Survey (NHIS), it is estimated that by 2020, 3 in 10 Hispanics in the United States had a positive or probable diagnosis of COVID-19, and of these, 7 in 10 were in an environment, occupational or otherwise, with social distancing to avoid infection. For their part, 5 out of 10 of the non-Hispanic native white population had a positive or probable diagnosis of COVID by someone in the health sector, which is the highest proportion among the populations. This suggests that this may be a result of greater access to testing or access to health services. Finally, the

2.4. Porcentaje de población en Estados Unidos con diagnóstico de COVID-19 y distanciamiento social según región de nacimiento o etnicidad, 2020 (%)
2.4. Percentage of U.S. population with positive COVID-19 diagnosis and with social distancing at work by birthplace region or ethnicity, 2020 (%)



Fuente: Estimaciones propias con base en Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.
Source: Own estimates based on Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey (NHIS), 2020.

posible que sea un resultado de un mayor acercamiento a las pruebas o bien al acceso a los servicios de salud. Finalmente, la población asiática contó con la menor proporción de su población con diagnóstico, pero con un mayor ambiente de distanciamiento social.

Asian population had the lowest proportion of its population with a diagnosis, but with a greater social distancing environment.

ACERCA DE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS

Capítulo I

Jesús Javier Peña Muñoz es Doctor en Investigación en Ciencias Sociales por la FLACSO México y Maestro por la John C. Whitehead School of Diplomacy and International Relations, Seton Hall University. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Es investigador y docente de El Colegio de la Frontera Norte en el Departamento de Estudios Sociales.

Lucía Vazquez-Quesada es Maestra en Ciencias Sociales por la Universidad de Ámsterdam. Actualmente es investigadora en la Oficina de México del Population Council.

Capítulo II

Rosa Patricia Román Reyes es Doctora en Estudios de Población por el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México y Maestra en Población con Especialización en Mercados de Trabajo por la FLACSO México. Actualmente es Profesora Investigadora categoría "E" de Tiempo Completo del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR) de la Universidad Autónoma del Estado de México.

María Viridiana Sosa Márquez es Doctora en Estudios de Población y Maestra en Demografía por el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Actualmente es Profesora Investigadora categoría "E" de Tiempo Completo del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR) de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Capítulo III

Rosalba Jasso Vargas es Doctora en Estudios de Población y Maestra en Demografía por El Colegio de México. Actualmente es Investigadora posdoctoral de la Universidad Autónoma Metropolitana.

César Barboza Lara es Doctor en Estudios de Población por El Colegio de México y Maestro en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte. Actualmente es Investigador en la Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Norte.

Capítulo IV

Rafael López Vega es Maestro en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte y Licenciado en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional en el Consejo Nacional de Población.





**GOBIERNO DE
MÉXICO**

GOBERNACIÓN

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPO

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

The background of the lower half of the page is a complex, abstract pattern of overlapping circles and lines in shades of blue, yellow, and red, creating a sense of movement and interconnectedness.

MIGRACIÓN Y SALUD
MIGRATION AND HEALTH