

**MIGRACIÓN
Y SALUD**

**MIGRATION
AND HEALTH**



Migración y Salud / Migration and Health, Año 6, Número 64, 2024, es una publicación anual editada por por la Secretaría de Gobernación a través de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO), Avenida José María Vértiz No. 852, Col. Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México, Tel. (55) 5128 0000 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. Responsable de la última actualización de este número Web: Luis Alberto Vázquez Santiago. Unidad de Informática de la SGCONAPO, José Noel Torres Valdez, Tel. (55) 5128 0000 ext. 19530, ubicado en el mismo domicilio. Fecha de última modificación: 1º de octubre de 2024. 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
<https://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 la publicación es responsabilidad de las y los autores.

Impreso en México.

© Secretariat of the Interior
National Population Council (CONAPO)
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte
C.P. 03020, Mexico City
<https://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 publication is the responsibility of the authors.

Printed in Mexico.

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 la lectura y recomendaciones de la Dra. María Hilda García Pérez
de EL COLEF-Nogales, del Dr. Humberto González Galbán de EL COLEF-Tijuana,
y del Mtro. Rodrigo Jiménez Uribe de la SCONAPO.

Agradecemos el apoyo a quienes amablemente
difundieron la Convocatoria

Arte, formación y cuidado de la edición:

Maricela Márquez Villeda
Jorge Ivan López Salinas
Pablo Leonardo Vega Rivas
Sergio Mariano Jiménez Franco
Blanca Estela Melín Campos

Dibujos de portada:

Dereck Haziel Montes de Oca Salinas,
12 años, Ciudad de México.
Sandra Vázquez Velasco,
16 años, Aguascalientes.

Corrección de estilo:

Olivia Plata Garbutt

Traducción:

Victoria Pérez Meraz

We appreciate the support for those
who disseminated the Call

Art, design, layout and editing:

Maricela Márquez Villeda
Jorge Ivan López Salinas
Pablo Leonardo Vega Rivas
Sergio Mariano Jiménez Franco
Blanca Estela Melín Campos

Cover drawing:

Dereck Haziel Montes de Oca Salinas,
12 years, Mexico City.
Sandra Vázquez Velasco,
16 years, Aguascalientes.

Style correction:

Olivia Plata Garbutt

Translation:

Victoria Pérez Meraz

Directorio / Directory

Consejo Nacional de Población / National Population Council

ROSA ICELA RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ

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

JUAN RAMÓN DE LA FUENTE

Secretario de Relaciones Exteriores
Secretary of Foreign Affairs

ARIADNA MONTIEL REYES

Secretaria de Bienestar
Secretary for Welfare

ALICIA BÁRCENA IBARRA

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

JULIO BERDEGUÉ SACRISTÁN

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

MARIO DELGADO CARRILLO

Secretario de Educación Pública
Secretary of Public Education

DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ

Secretario de Salud
Secretary of Health

MARATH BARUCH BOLAÑOS LÓPEZ

Secretario del Trabajo y Previsión Social
Secretary of Labor and Welfare

EDNA ELENA VEGA RANGEL

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

Directorio / Directory

Consejo Nacional de Población / National Population Council

MARCELO EBRARD CASAUBÓN

Secretario de Economía
Secretary of Economy

ROGELIO RAMÍREZ DE LA O

Secretario de Hacienda y Crédito Público
Secretary of the Tax Agency and State Credit

MARÍA DEL ROCÍO GARCÍA PÉREZ

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

CITLALLI HERNÁNDEZ MORA

Titular de la Secretaría de las Mujeres
Secretariat of Women

ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social
General Director of the Mexican Social Insurance Institute

MARTÍ BATRES GUADARRAMA

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

ROSA ICELA RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ

Secretaria de Gobernación
Secretary of the Interior

CÉSAR ALEJANDRO YÁÑEZ CENTENO CABRERA

Subsecretario de Gobierno
Assistant Secretary of the Interior

FÉLIX ARTURO MEDINA PADILLA

Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración
Assistant Secretary of Human Rights, Population and Migration

ROCÍO BÁRCENA MOLINA

Subsecretaria de Desarrollo Democrático, Participación Social y Asuntos Religiosos
Assistant Secretary of Democratic Development, Social Participation and Religious Affairs

MANUEL DE JESÚS LUJÁN LÓPEZ

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

Secretaria General
General Secretary

Coordinación de Estudios
Sociodemográficos y Prospectiva
Coordinator of Social and Demographic
Studies and Prospective

Coordinación de Programas de Población
y Asuntos Internacionales
Coordinator of Population Programs
and International Affairs

RODRIGO JIMÉNEZ URIBE

Coordinador de Planeación en Población y Desarrollo
Coordinator of Planning in Population
and Development

LILIA YAZMÍN GONZÁLEZ SORIANO

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

RAFAEL LÓPEZ VEGA

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

GABRIELA MEJÍA PAILLÉS

Directora de Estudios Sociodemográficos
Director of Social and Demographic Studies

RAÚL ROMO VIRAMONTES

Director de Poblamiento y Desarrollo
Regional Sustentable
Director of Population Campaigns
and Sustainable Regional 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

KARLA BONILLA ARANDA

Directora de Coordinación Interinstitucional
e Intergubernamental
Director of Inter-institutional
and Inter-governmental Coordination

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

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

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

LUIS ALBERTO VÁZQUEZ SANTIAGO

Jefe del Departamento de Estudios de Mexicanos en el Extranjero
Head of Department of Studies of Mexican Abroad

ALMA ROSA NAVA PÉREZ

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

RODRIGO MANUEL OLIVARES ESLAVA

Asistente de Investigación
Research Assistant

Índice / Content

PRESENTACIÓN	11
PRESENTATION	89
INTRODUCCIÓN	12
INTRODUCTION	90
CAPÍTULO 1	
<i>Aproximaciones al acceso a servicios de salud de la población inmigrante residente en México</i>	15
<i>Approaches to access to health care services for the immigrant population residing in Mexico</i>	93
María Viridiana Sosa y Rosa Patricia Román	
CAPÍTULO 2	
<i>Mujeres inmigrantes en México. Un acercamiento a sus derechos sexuales y reproductivos</i>	29
<i>Immigrant women in Mexico. An approach to their sexual and reproductive rights</i>	105
Alejandra Reyes Miranda y Luis Alberto Vázquez Santiago	
CAPÍTULO 3	
<i>Atención y acceso a la salud de los hogares con emigrantes de retorno de Estados Unidos en comparación con otros hogares con emigrantes internacionales, 2020</i>	45
<i>Health Care and Access for Households with Emigrants Returning from the United States Compared to Other Households with International Emigrants, 2020</i>	119
José Alfredo Jáuregui-Díaz, María de Jesús Ávila-Sánchez y Jimena Méndez-Navarro	
CAPÍTULO 4	
<i>Un acercamiento a las cifras de defunciones generales registradas de la población nacida en México residente en los Estados Unidos</i>	67
<i>An approach to the figures of general registered deaths of the population born in Mexico residing in the United States</i>	141
Rafael López Vega	
RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA	85
RECOMMENDATIONS FOR PUBLIC POLICY	157
REFERENCIAS / CITED SOURCES	159
ACERCA DE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS	167



PRESENTACIÓN

La misión del Consejo Nacional de Población (CONAPO) es la planeación demográfica del país a fin de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular sus objetivos a las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

La literatura especializada y de política pública reconoce que la migración internacional es el fenómeno demográfico de mayor complejidad, sus múltiples componentes y condicionantes sociales, económicos, culturales y de política muestran la necesidad de reforzar que las personas migrantes son sujetos de derechos, y de fortalecer el estudio de su dinámica a través del enfoque de género y con perspectiva interseccional.

En las poco más de dos décadas recorridas en el siglo XXI se ha constatado que en México los componentes de la dinámica migratoria se complementan con otras formas de movilidad humana, como el refugio y el desplazamiento interno. Las diferentes formas de movilidad humana se vinculan por la búsqueda de mejorar la calidad de vida cualquiera que sean las causas que la motiven. Los gobiernos de los países de origen, tránsito, destino y recientemente también de refugio

—por la dimensión que este ha tomado—forman parte de un entramado global en relación con instrumentos y recomendaciones internacionales para la toma de decisiones y la ejecución de acciones, estrategias y programas para la atención de las personas migrantes, en un marco de garantía para el ejercicio de los derechos humanos, económicos sociales y culturales.

La adhesión del Estado Mexicano a instrumentos, regionales como el Consenso de Montevideo, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular y los Objetivos de Desarrollo Sostenible se integran a la visión del Estado Mexicano para formular e instrumentar políticas públicas que integren la diversidad demográfica de las poblaciones migrantes, desde y hacia México. La Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) con esta publicación de Migración y Salud / Migration and Health continúa enriqueciendo las opciones de política pública que podrían formar parte de la planeación del desarrollo que busca soluciones de raíz a la migración internacional en el origen y el respeto al marco constitucional que garantiza la vida en común y los derechos de todas las personas en territorio nacional.

MTRA. GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

Secretaria General del Consejo Nacional de Población

INTRODUCCIÓN

Migración y Salud / Migration and Health coordinada por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) de la Secretaría de Gobernación de México, reúne investigaciones de distintos centros académicos nacionales e internacionales, así como los resultados del trabajo de análisis que desde la SGCONAPO se realiza sobre el tema de migración y salud, cada capítulo concluye con una reflexión que abona a las políticas públicas, eje de la actividad gubernamental, en general las propuestas de recomendaciones entienden a las personas migrantes como sujetos de derechos, buscando incidir en el diseño de estrategias y acciones gubernamentales con este matiz.

Como un hecho social total, o tal vez como un conjunto de procesos sociales vinculados, las distintas formas de movilidad humana, entre ellas la migración internacional y sus distintos componentes (inmigración, emigración, retorno, circularidad y tránsito) inciden en la percepción social y el quehacer nacional en materia de decisiones de política pública, en agendas binacionales y regionales, y en el seguimiento y evaluación del cumplimiento de acuerdos y recomendaciones internacionales –es sabido que México es un ejemplo global de la complejidad de estos fenómenos–.

En esta edición de 2024 de Migración y Salud / Migration and Health se han privilegiado tres aristas conceptuales y de política pública en relación con las poblaciones migrantes: las personas migrantes como sujetos de derechos

sociales, la perspectiva de género y la necesidad de integrar nuevas unidades de análisis en el estudio del proceso salud-enfermedad-muerte.

La publicación integra cuatro apartados en los que participan investigadoras e investigadores de centros académicos del centro y del norte del país, así como de la propia SGCONAPO. En ellos se abordan aspectos sustantivos en relación con las poblaciones inmigrantes y de retorno en México, privilegiando el enfoque de género e incorporando componentes en materia de salud reproductiva y ampliando el campo de investigación hacia el hogar como unidad de análisis. Otro componente de la dinámica migratoria que se estudia es la emigración mexicana en su principal destino –Estados Unidos–. La obra finaliza con la compilación de los aspectos de mayor sensibilidad en materia de política pública derivados de los estudios que la integran.

El artículo escrito por *Viridiana Sosa* y *Patricia Román*, con base en información del Censo de Población y Vivienda 2020 de México, tiene como objetivo hacer una aproximación a las estimaciones de la prevalencia de acceso a servicios de salud de la población nacida en otros países, residente en México, enfocando el argumento en las personas migrantes como sujetos de derechos, en este caso del derecho social a servicios de salud, y mostrando con estadísticas sociodemográficas que se trata de una población para la que se precisa mejorar su



conocimiento, a fin de identificar sus necesidades y definir los campos de acción gubernamental, atendiendo a la composición demográfica y de género de esta población inmigrante.

Por su parte, *Alejandra Reyes* y *Luis Vázquez*, utilizando la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023, aportan elementos relativos a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inmigrantes en México, con el propósito de ampliar el conocimiento cuantitativo sobre las condiciones que enfrentan las mujeres en el destino, y sugiere la necesidad de seguir investigando sobre las garantías y el ejercicio efectivos de estos derechos en el retorno y el tránsito migratorio, tema recurrente en las ediciones recientes de Migración y Salud.

Alfredo Jáuregui-Díaz, *María de Jesús Ávila-Sánchez* y *Jimena Méndez-Navarro* analizan las necesidades de atención médica y los patrones de acceso a los servicios de salud de las personas residentes en hogares con migrantes de retorno de Estados Unidos, es decir, buscan fortalecer y consolidar el desarrollo de los hogares como unidad de análisis, para ello se basan en el Módulo de migración internacional del Cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2020 de México. El autor y las autoras parten de la premisa de que la experien-

cia migratoria puede tener un impacto significativo en la dinámica familiar y comunitaria, influyendo en la capacidad de los miembros del hogar para acceder a servicios de salud.

Rafael López, hace una propuesta metodológica para considerar, desde el origen y el destino de la población nacida en México residente en Estados Unidos, aspectos similares en el proceso salud-enfermedad-muerte, para ello realiza una aproximación al conocimiento de la mortalidad general y por causas de esta población migrante utilizando información de las defunciones generales registradas en uno y otro país. Destaca que hay tareas pendientes que con fines de política pública requieren abordarse para construir un programa de investigación de mediano plazo que incida para mejorar las condiciones de vida en las regiones migratorias de origen y en el destino migratorio.

Finalmente, de las sugerencias para la política pública que las y los autores realizan, se presenta una narrativa común en el marco del acceso a servicios de salud como un derecho social y a las poblaciones migrantes como sujetos de estos derechos. Es necesario analizar las decisiones de política pública coyunturales, de corto, mediano y largo plazo que condicionan sus procesos de salud y enfermedad.



Aproximaciones al acceso a servicios de salud de la población inmigrante residente en México

María Viridiana Sosa¹ y Rosa Patricia Román²

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo aproximarnos a las estimaciones de la prevalencia de acceso a servicios de salud de la población nacida en otros países, residente en México, con el fin de visibilizar la situación que guarda el cumplimiento de este derecho social entre este grupo poblacional. Al mismo tiempo se busca realizar una caracterización sociodemográfica de este, lo cual contribuirá a conocer el perfil de esta población para poder conocer sus necesidades y definir cuáles tendrían que ser las acciones encaminadas a cubrirlas y garantizar el cumplimiento de su derecho a la salud, contenido en diversos instrumentos legales nacionales e internacionales. Lo anterior, se lleva a cabo utilizando datos provenientes del Censo de Población y Vivienda del 2020, fuente de información que permite identificar a este grupo poblacional y si cuentan con afiliación a servicios de salud, si lo utilizan y dónde se atienden cuando lo necesitan. Esta información permitirá proponer estrategias focalizadas para el cumplimiento de esta obligación por parte del Estado.

Palabras clave: Acceso, servicios de salud, inmigración.

Introducción

Actualmente en el mundo existen alrededor de 1 000 millones de migrantes, cifra que representa alrededor de una de cada ocho personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). El proceso de movilidad humana impacta en diversos ámbitos de la vida de quienes lo viven, uno de ellos es la salud, ya sea por el trayecto o por las condiciones desventajosas en las que se da esta situación en el lugar de origen y/o de destino.

Un informe del Centro de Análisis de Datos de Migración Global (2018) muestra que existen al menos 258 millones de migrantes internacionales en el mundo (3.4%). De estos, alrededor de 50 por ciento son mujeres y aproximadamente 14 por ciento representa población infantil.

El contexto en el que las personas migrantes se enfrentan a este proceso y la forma en la que viven ese tránsito en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades las condiciona a vivir situaciones de vulnerabilidad. Podemos encontrar dentro de ellas carecer de documentación que certifique su personalidad jurídica, falta de acceso a servicios de atención a la salud, recursos económicos limitados, no contar con redes sociales de apoyo. Todo ello

¹ Profesora-Investigadora del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR), Universidad Autónoma del Estado de México (promanreyes@yahoo.com.mx).

² Profesora-Investigadora del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR), Universidad Autónoma del Estado de México (virisosa@yahoo.com).

tiene consecuencias para su salud que pueden dar origen a padecimientos o agravar alguno preexistente (Secretaría de Salud, 2018).

Las personas migrantes –y los refugiados– cuentan con el derecho humano a la salud y los países de destino tienen el deber de garantizarles su ejercicio. En este sentido, el gobierno mexicano tiene un programa llamado “Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante”, del cual la Secretaría de Salud es la responsable de su operación. Este programa atiende a migrantes incluso durante el desplazamiento; considerando su situación de salud antes de la migración, su vivencia durante el proceso, y las condiciones en el lugar de destino (Secretaría de Salud, 2018).

El tema de la salud es relevante cuando analizamos la migración por el contexto de vulnerabilidad al que se enfrentan estas personas. Los riesgos para quienes se encuentran en movilidad, sobre todo por las condiciones en las que los desplazamientos se presentan, están siempre presentes. Para ello se debe tomar en cuenta el estado de salud de las personas antes de comenzar el proceso migratorio, las vivencias en el proceso de movilización hacia el destino, la experiencia en el lugar de destino, la manera en la que se insertan y/o adaptan los individuos a este nuevo lugar y el perfil epidemiológico del lugar al que se llega (Secretaría de Salud, 2018). Esto considerando además cuestiones no solo de calidad en el servicio, sino también el acceso a las instituciones de salud. Otros aspectos que deberían de garantizar esta atención de salud son la equidad, la no discriminación, el respeto a los derechos humanos y la justicia social para las personas a las que se atiende.

En nuestro país, el derecho a la salud de las personas migrantes está garantizado de acuerdo con diversos instrumentos legales internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley de

Migración, los cuales obligan al Estado mexicano a brindar estos derechos a las personas migrantes.

Sabemos que la salud de las personas está vinculada con diversos factores, tales como: situación económica, organización social, dinámica demográfica y acceso a servicios de salud, y es por esto, por lo que en la atención a salud de los migrantes debemos tomar en cuenta todo ello. En un proyecto realizado por diversas instituciones titulado “La Iniciativa de Salud de las Américas” encontraron que:

El perfil sociodemográfico de los migrantes en tránsito, usuarios de las casas y de albergues de migrantes, presenta una clara diferencia entre el porcentaje de hombres (82.7) y de mujeres (17.3). En su mayoría, corresponden a una población joven con un promedio de edad de 29.9 años, y más de la mitad tiene hijos (64.7%). De acuerdo con su país de origen, la mayoría es procedente de Centroamérica, principalmente de Honduras (43%), El Salvador (20.8%) y Guatemala (16.1%). El 93.6 por ciento no tiene documentos migratorios para transitar por México, lo que representa mayor vulnerabilidad durante el viaje; y del total de encuestados, 40.8 por ciento ha llegado al menos una vez a Estados Unidos (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016).

Así, con información proveniente del Censo de Población y Vivienda 2020 se busca conocer la prevalencia de servicios de salud otorgados a personas migrantes –nacidas en otros países– residentes en México, con el fin de identificar si se está otorgando a esta población el servicio al que tiene derecho y que está contenido en diversas normatividades nacionales e internacionales. Al mismo tiempo, se realiza una caracterización del perfil sociodemográfico de esta población con el propósito de distinguir puntos vulnerables que permitan tomar acciones particulares para esta población.

El presente documento está integrado de cinco apartados. El primero, esta introducción que ofrece un panorama general de la migración y su acceso a servicios de salud. Posteriormente se presenta una revisión de la normatividad existente en materia de acceso a la salud de migrantes y algunos trabajos que muestran la situación que guarda este tema. El tercer apartado describe la fuente de datos utilizada, la cual es el Censo de Población y Vivienda 2020, así como la metodología. En el cuarto se hace un desarrollo del tema y se exponen los principales resultados. En el último apartado se muestran los principales hallazgos y reflexiones con respecto a la información obtenida.

El acceso a la salud de migrantes como derecho

La migración se vuelve un tema de relevancia para México al ser expulsor, receptor y país de tránsito de forma simultánea. En los discursos que buscan analizar y reflexionar sobre los retos que esta movilidad impone a nuestra sociedad mexicana, el respeto a los derechos humanos es elemento central.

En el siglo XX nuestro país se caracterizó por tener una fuerte emigración a Estados Unidos (EE. UU.). El panorama actual se ha complejizado, ya que confluyen la emigración, la inmigración, el tránsito y el retorno. La emigración a nuestro vecino país del norte sigue siendo la de mayor presencia, hay un número importante de personas inmigrantes relacionadas con deportaciones de niñez nacida en EE. UU. de padres mexicanos, un aumento de personas retornadas a partir de 2008 y un volumen nada despreciable de innumerables personas de Centroamérica y el Caribe en tránsito, entre los que se encuentran cantidades considerables de personas de Honduras, El Salvador y Haití buscando llegar a Estados Unidos (Hernández et al., 2023).

De acuerdo con Giorguli (2018), México ha sufrido algunas transformaciones en cuanto a la

movilidad de personas que imponen necesidades de distinta índole al Estado mexicano. El incremento en el retorno que está constituido por un número nada despreciable de niñez genera desafíos de integración para aquellos que requieren su incorporación al sistema educativo nacional. Desde la década pasada, la migración tiene una alta presencia de población centroamericana en tránsito rumbo al vecino país del norte. En su trayecto estas personas tienen distintos requerimientos, uno de ellos la atención a la salud, que además es un compromiso adquirido por nuestro país ante organismos internacionales.

Las características de los migrantes también han cambiado, los perfiles de los migrantes del siglo XX estaban constituidos por hombres, en edades laborales, con baja escolaridad y que trabajaban en la agricultura. Ahora encontramos una población heterogénea, conformada por hombres y por mujeres, por niños, niñas y adolescentes y/o por familias con necesidades distintas, por lo que las acciones y políticas deben dar cuenta de esta diversidad (Hernández et al., 2023).

Existe un flujo importante de población migrante irregular en México, en donde ya de por sí la población en general, tiene bajos niveles en el acceso a la salud, haciendo suponer que esta población en movilidad también estaría afectada por esta situación, incumpliendo así con legislaciones garantes de los derechos humanos. A pesar de acciones por parte del gobierno federal con base en una política migratoria que asegura el acceso a la salud de la población migrante, durante 2020 hubo experiencias contrarias, donde el acceso a la salud por parte de los migrantes estuvo limitado, complicando aún más su situación (Manchinelly, 2021).

En el contexto internacional encontramos contenidas estas garantías en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de los Derechos Humanos, Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. La garantía legal de acceso a la salud para la

población migrante que establecen estos instrumentos es una condición necesaria, pero no suficiente, se requiere el cumplimiento de dichas normas jurídicas en las prácticas institucionales (Manchinelly, 2021), ya que generalmente existen barreras al acceso por factores estructurales: legales y económicos (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2016).

En México existe un marco jurídico que busca garantizar el acceso a la salud de los migrantes. En primera instancia se encuentra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que es la ley fundamental y marco de protección de los derechos humanos para todas las personas (sin distinción por movilidad). Este documento menciona que cualquier persona en el territorio nacional goza de todos los derechos humanos contenidos en ella y en los tratados internacionales de los cuales México forma parte (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2017). En ella se establece la responsabilidad solidaria de todas las autoridades –de los tres órdenes de gobierno– para garantizar este ejercicio de derechos. La Ley de Migración, por su parte, en el artículo 8 dispone que los servicios públicos a los que tienen derecho las personas, sin considerar su situación migratoria se refieren a recibir cualquier tipo de atención médica –sea en el sector público o en el privado– (CNDH, 2017), esta política migratoria es responsabilidad de la Secretaría de Gobernación –Ley de Migración– que debe coordinarse con otras instancias como la Secretaría de Salud –Ley General de Salud– (Hernández et al., 2023).

Aquí es importante tomar en cuenta que esta garantía de derechos a la salud, específicamente, debe reconocer como sujetas de derechos a todas las personas insertas en los procesos de movilidad, ya que generalmente solo es otorgada a quienes se consideran ciudadanos. En palabras de Giorguli (2018) aunque el Estado se suscribe al interés de respeto a los derechos humanos de la población migrante en tránsito, en realidad hay pocas acciones dirigidas a esta que

modifiquen su situación o que pretendan contribuir a mejorar sus condiciones de vida durante su movilidad. Desgraciadamente, la información de esta población no está en el censo, por lo que no se puede analizar, y por ello nos centramos en los migrantes no nacidos en México que sí son captados en este levantamiento.

En un trabajo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019a) se concluye que el acceso a la salud por parte de los migrantes, en general es limitado. Esta posibilidad se refiere principalmente a bienes y servicios de atención médica (Pierola y Rodríguez, 2020). La OIM (2019a) especifica que, si bien se tiene una ventaja inicial, ya que quienes migran suelen ser personas más saludables, esta ventaja tiende a desaparecer en el proceso de movilidad, por las complicaciones para la obtención de recursos que permitan conservar la salud. Los mayores riesgos se presentan en la salud física y mental, así como en ciertos grupos que conforman la diáspora como son las mujeres migrantes embarazadas (OIM, 2019b). Cuando ellas se encuentran en estas movilidades son más vulnerables ante el entorno, pudiendo tener consecuencias negativas en el parto, así como también tienen más riesgo de experimentar mortalidad materna y nacimientos prematuros que las mujeres no migrantes (OIM, 2019a).

En este sentido, son los niños, las niñas, los adolescentes (NNA) y las mujeres quienes representan el grupo más vulnerable respecto al acceso a la salud y a esta condición per se durante el proceso migratorio. Es este grupo, especialmente las mujeres, quienes sufren de violencia de género en la experiencia migratoria, dañando su salud física, mental e incluso social (OPS y OIM, 2018). CONAPO (2024) también reconoce que NNA y mujeres migrantes experimentan obstáculos culturales, sociales, políticas y económicos que limitan su acceso a la atención oportuna de la salud, incluyendo la sexual y reproductiva, atención obstétrica, y prevención de enfermedades de transmisión sexual. No podemos pasar por alto

que en este desplazamiento de las personas que migran de países centroamericanos y que transitan por México enfrentan otras situaciones que ponen en riesgo su salud, como son altos niveles de extorsión, secuestro, amenazas de muerte o violencia sexual (OPS y OIM, 2018). Estas experiencias pueden causarles daños irreversibles en la salud física y/o mental, por lo que se vuelve relevante visibilizar esta vulnerabilidad sanitaria en el acceso a la salud para las personas migrantes.

Debemos considerar que las políticas migratorias restrictivas tienen un impacto negativo en el acceso a la salud de los migrantes, al criminalizarlos desencadena una serie de medidas formales que obstaculizan sus posibilidades de acceso (Manchinelly, 2021). Aunado a lo anterior, encontramos expresiones de discriminación y racismo por parte de la población del lugar de tránsito y de destino que se suma a estas barreras. De igual forma existe desinformación de los derechos de la población migrante, en donde ellos mismos desconocen las diversas responsabilidades de los países de acogida, en este caso aquellos en materia de salud (Pierola y Rodríguez, 2020).

El panorama no es muy alentador si tomamos en cuenta la situación de la atención a la salud en nuestro país. Las desigualdades en el acceso a servicios de salud son evidentes y afectan a los grupos más desfavorecidos, tanto por nivel socioeconómico como por otros estratificadores sociales como sexo, ámbito de residencia y condición étnica (Pelcastre et al., 2021).

En específico, se sabe que el acceso a la salud por parte de los migrantes presenta serias limitaciones, y más aún si se encuentran en situación irregular. La desinformación, el aislamiento y el temor a ser deportados se encuentran entre los principales factores que obstaculizan su acceso (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ONU/DH], 2023). De manera específica, uno de los aspectos más cuestionados y necesarios es el que se refiere a los derechos sexuales y reproductivos

de las mujeres. Ellas necesitan atención prenatal, sin embargo, lo que sabemos es que lo hacen en menor medida que las nacionales, e incluso puede hacerlas recurrir a medios peligrosos para interrumpir su embarazo (Ribeiro y Morales, 2022; ONU, 2015). Lo anterior, debido a casos donde las mujeres migrantes acudían a hospitales a controlar sus embarazos y ahí las detuvieron y/o deportaron (ONU/DH, 2023).

En un estudio de Reyes (2023), la autora encuentra que en 2020 las mujeres nacidas en otros países residentes en México, pertenecientes al grupo de NNA (menores de 19 años), representaban 52 por ciento. Esto evidencia una considerable proporción de mujeres jóvenes en este conjunto, en donde además una de cada diez no contaba con acceso a servicios de salud. Las necesidades que esta población de NNA tiene son diversos: educación, salud, solo por mencionar algunas. Podemos suponer, y así lo sostiene la autora, que un número importante de personas de este conglomerado son hijas(os) de connacionales retornados que están teniendo dificultades para su integración en nuestro país.

En este sentido, reiteramos que el objetivo del presente trabajo es mostrar la situación de las personas no nacidas en México, y su acceso a servicios de salud, para documentar el cumplimiento de compromisos nacionales e internacionales en esta materia, identificando las principales características de esta población que se presenta en el siguiente apartado.

Metodología

El levantamiento del Censo de Población y Vivienda 2020 se llevó a cabo del 2 al 27 de marzo del 2020; en este se recabó información de la población mexicana y extranjera residente en viviendas particulares y colectivas en nuestro país. En este levantamiento se registraron un total de 126 014 024 personas, de las cuales 48.8 por ciento son hombres y 51.2 mujeres. Este ejercicio censal tiene información del lugar

de nacimiento de los declarantes, en donde la población residente en México declarada como nacida en otro país es de 1 212 252 personas, apenas uno por ciento de la población mexicana total, de los cuales 618 750 (51%) son hombres y 593 502 (49%) mujeres. Los principales países de nacimiento son Estados Unidos (66%), República de Guatemala (4.6%), República Bolivariana de Venezuela (4.3%) y otros países (25.2%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024).

La información que presenta esta fuente de datos nos permite realizar un estudio con metodología cuantitativa, de tipo descriptivo sobre las principales características sociodemográficas de la población objeto de estudio, en donde de manera general contemos con un perfil de esta. Posteriormente, identificamos la prevalencia en el acceso a la salud de este grupo poblacional en nuestro país. Cabe señalar que lo ideal sería poder contar con información sobre todas las personas migrantes—incluso en tránsito—y si tienen acceso a servicios de salud o no; sin embargo, las limitaciones que tiene el censo poblacional, el cual no capta esta información de los migrantes, nos deja solo información de aquellas personas nacidas en otro país residentes en México.

Perfil sociodemográfico de las personas no nacidas en México

La conformación por edad y sexo de la población nacida en el extranjero, residente en México en 2020, permite apreciar una proporción muy semejante entre hombres (50.5%) y mujeres (49.5%). Esta estructura por edad y sexo muestra también una alta concentración de este grupo poblacional en edades laborales, que van desde los diez a los 19 años, con un promedio de edad de 20.3 años, aunque si tomamos la mediana la cifra es todavía menor (15 años), evidenciando todavía más la juventud de este grupo (véase gráfica 1). Como ya se mencionaba antes, esto tiene implicaciones en la política pública que tiene que tomarse en cuenta.

La mayoría de esta población migrante residente en México proviene de países del continente americano (96%), principalmente de EE. UU., Guatemala, Honduras y Venezuela. Este hecho es interesante, porque cuando analizamos su nacionalidad encontramos que alrededor de 60 por ciento tiene nacionalidad mexicana; por un lado, estaría confirmando la idea de que una gran parte de ella está conformada por niñas, niños y adolescentes de padres mexicanos, quienes quizás nacieron en el vecino país del norte y que ahora están en nuestro país por retorno. Y, por otro lado, indicaría que esta población tiene posibilidades de contar con documentos de ciudadanía y mayores posibilidades para acceder a los servicios de salud. Si consideramos la contraparte, vemos también que existe una proporción importante de población que no cuenta con la nacionalidad (alrededor de 40%) que podría estarse enfrentando a barreras administrativas o raciales para lograr acceder a servicios de atención en salud.

En lo que respecta a la entidad de residencia en donde esta población se encuentra asentada vemos que principalmente se ubican en los estados de Jalisco, Oaxaca, Michoacán, Chihuahua, Chiapas y Puebla, en conjunto estas entidades concentran casi 50% de esta población inmigrante (INEGI, 2024). Podemos notar que algunos de estos estados son considerados como típicamente expulsores en las décadas pasadas.

En otro orden de ideas, la información del número de personas en los hogares muestra que uno de cada tres hogares donde habitan las personas nacidas en otro país está formado por tres integrantes, es decir, un integrante menos que aquellos hogares de personas nacidas en México. Al analizar la constitución de estos integrantes, lo que encontramos es que la mayoría son hijas e hijos, e incluso existe una porción de 11.9 por ciento de nietas y nietos, confirmando nuevamente el supuesto de que este grupo poblacional procede básicamente de familias

Gráfica 1.

México. Estructura por edad y sexo de la población nacida en el extranjero, 2020 (Volumen)



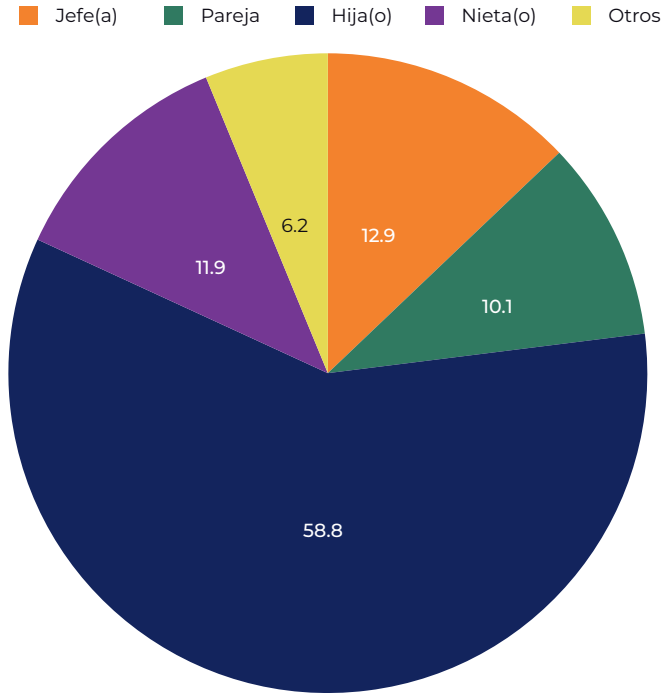
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2024). Censo de Población y Vivienda 2020.

retornadas, en donde la descendencia tiene una alta presencia. Estos datos van en la misma línea de lo planteado por Jáuregui et al. (2023) quienes encuentran que en los hogares con población retornada existe una base amplia de niños, niñas y adolescentes. Lo que sabemos de sus requerimientos es primordialmente la inserción social, que incorpora aspectos de educación, salud, vivienda y empleo en algunos casos.

De acuerdo con la escolaridad de estas personas, el censo muestra que 53 por ciento de estas aún asistían a la escuela en 2020, lo cual concuerda con la edad de la mayor parte de ellos quienes se encuentran todavía en edad escolar.

En cuanto a la escolaridad acumulada, la mayoría declara que tiene cero grados aprobados (11.7%), es decir, sin escolaridad (o algún grado de preescolar aprobado), le sigue en

Gráfica 2.
México. Distribución porcentual del parentesco de personas nacidas en otro país, 2020



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2024). Censo de Población y Vivienda 2020.

importancia aquellas personas que declaran tener 9 grados aprobados, lo que significaría tener secundaria completa (10.7%); posteriormente quienes tienen 6 grados aprobados, esto es, primaria completa (10%), 12 grados, equivalente a bachillerato finalizado (9.4%), y finalmente, aquellas que dijeron tener 16 grados aprobados, lo que se aproxima a licenciatura terminada (3.4%). Lo anterior significaría que existen carencias de esta población para la inserción en la escuela, ya que existe un porcentaje relevante de personas que expresan no contar con escolaridad.

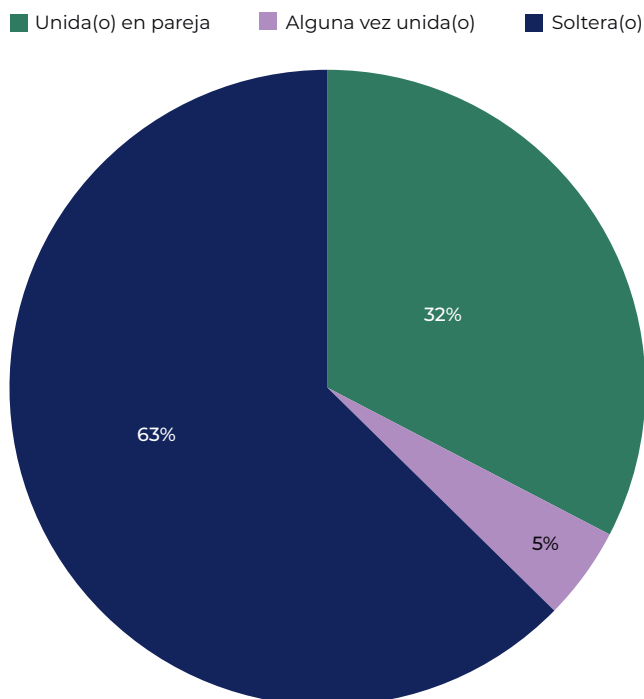
Un aspecto que es de importancia en el análisis de las personas se refiere a su situación conyugal, en donde se observa una predominancia de aquellas declaradas como solteras. El número de aquellas ubicadas como unidas, esto es,

casadas o en unión libre, presenta una proporción de importancia (32%) y, por último, quienes dicen estar separadas, divorciadas o viudas se agruparon en la categoría de alguna vez unidas, representando apenas cinco por ciento de este grupo (véase gráfica 3). Estos resultados no sorprenden, ya que si la mayor parte de la población no nacida en México, pero residente, es menor a los 19 años es de esperarse que se encuentre soltera.

Como parte de este análisis está también la condición de actividad de quienes inmigraron a nuestro país y residían en él en 2020 (véase gráfica 4). Las cifras muestran una mayor representación de población no económicamente activa (69%) y una menor proporción de quienes declaran haber trabajado o buscado trabajo (31%), que conforman la población económica-

Gráfica 3.

México. Distribución porcentual de la situación conyugal de las personas nacidas en otro país, 2020.

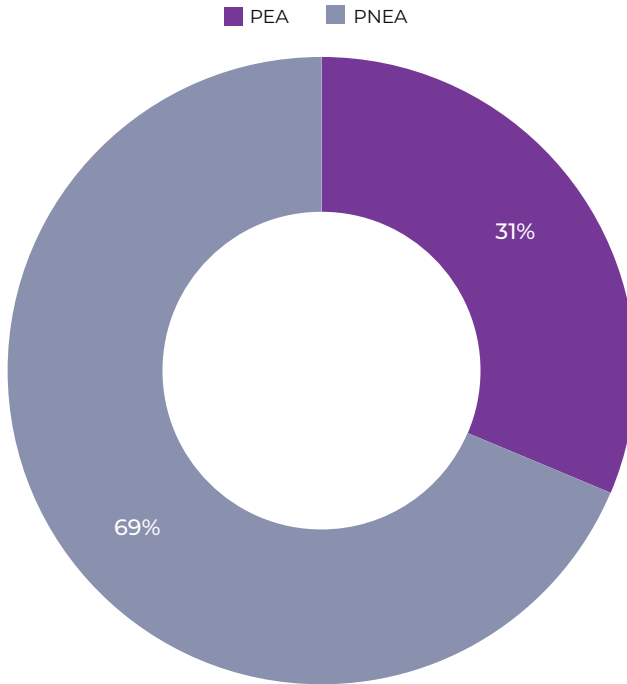


Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2024). Censo de Población y Vivienda 2020.

mente activa. Cabe señalar que del total de población no nacida en nuestro país un número importante de personas de este grupo ni siquiera están consideradas, ya que son menores

de 12 años. Y de aquellas que sí podrían tomarse en cuenta porque son mayores de 12 años, muchos son estudiantes, es decir, población no económicamente activa.

Gráfica 4.
México. Distribución porcentual de la condición de actividad de las personas nacidas en otro país, 2020.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2024). Censo de Población y Vivienda 2020.

Acceso a servicios de salud de las personas no nacidas en México

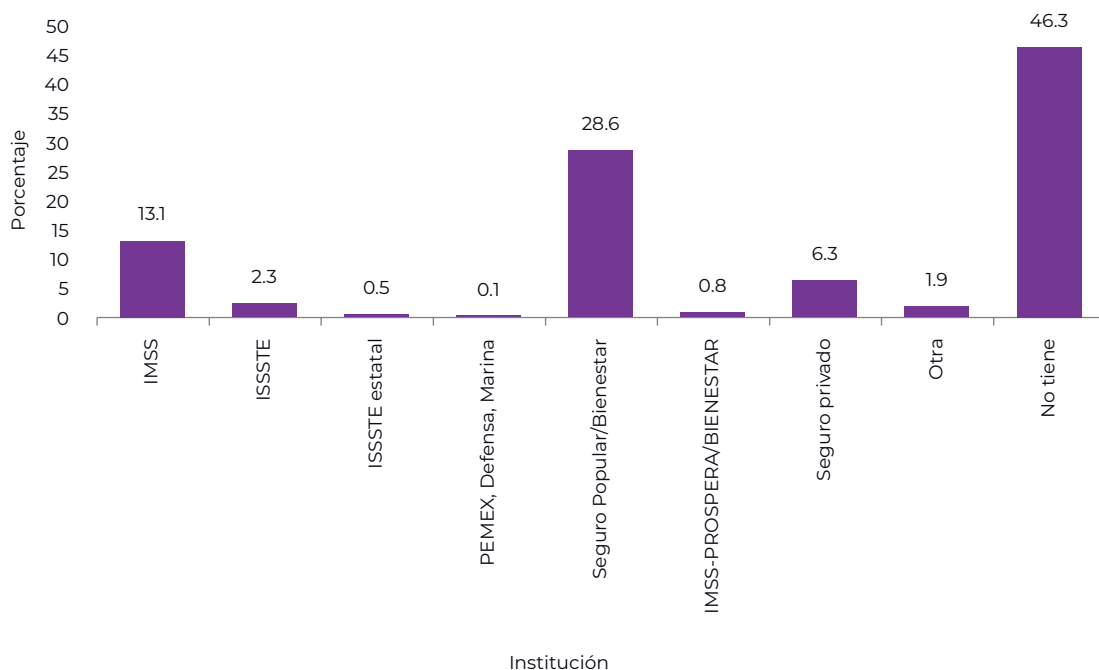
El acceso a servicios de salud es un derecho que todos los seres humanos tenemos y que, como ya se mencionó, está contenido en diversas legislaciones internacionales y nacionales. Todas las personas tenemos el derecho a contar con protección a la salud por parte del Estado para buscar el bienestar. Como parte de los elementos que este derecho contiene podemos mencionar el acceso y la disponibilidad de servicios de salud sin distinción entre las personas beneficiarias (Ribeiro y Morales, 2022).

Así, con respecto a la afiliación a servicios de salud, esto es, el acceso por parte de este grupo poblacional, encontramos que la afilia-

ción a servicios de salud por parte de la población total en nuestro país es de 73.5 por ciento, mientras que el del grupo de interés es de solo 53.7 (véase gráfica 5). De las personas que sí cuentan con afiliación a alguna institución de salud notamos que la mayoría se atiende a través del seguro popular, ahora Bienestar; aunque sabemos que este seguro tiene una cobertura limitada en ciertos padecimientos, así como la disponibilidad de medicinas que se otorgan. Le sigue en importancia aquellas personas migrantes que reciben atención de salud por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Una proporción no despreciable de esta población se atiende en seguros privados, que sabemos pueden ser costosos, y no siempre se tienen los recursos necesarios para cubrirlos.

Gráfica 5.

México. Distribución porcentual de las personas nacidas en otro país de acuerdo con afiliación a instituciones de salud, 2020



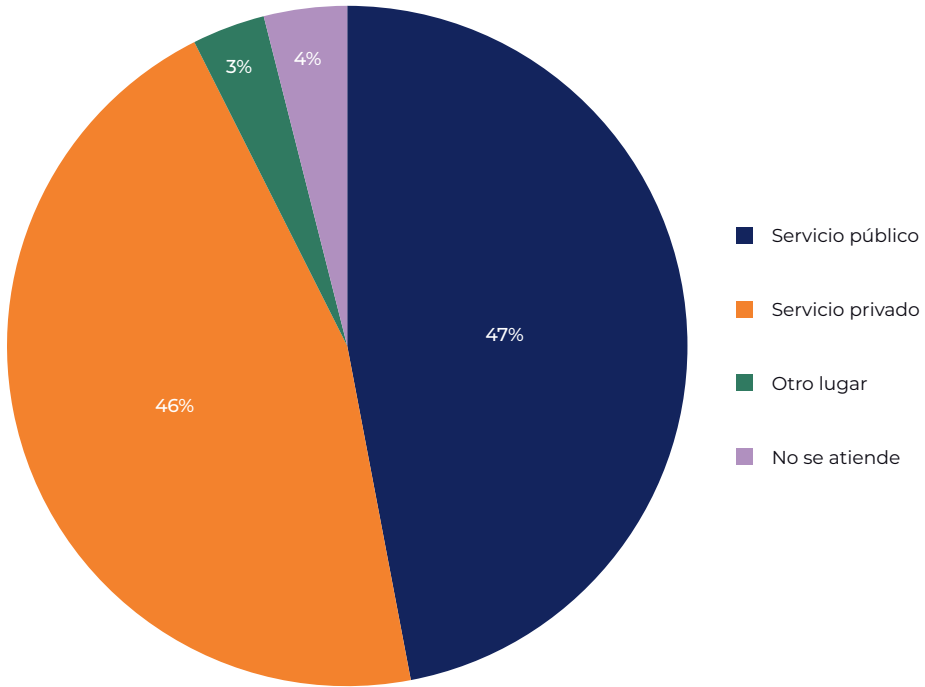
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2024). Censo de Población y Vivienda 2020.

La atención a la salud de las personas migrantes que nacieron en otro país y residen en México (véase gráfica 6) muestra que esta población se atiende principalmente en instituciones del sector público (47%), le sigue en importancia la atención en instituciones del sector privado (46%).

Como vemos, una proporción importante de esta población se atiende en el sector

privado, lo cual indica que los costos de esta corren por su cuenta. Desconocemos las razones por las que esta situación se presenta, sin embargo, llama la atención y consideramos que se debe tomar en cuenta para incorporarlos en el sector público, brindándoles la opción de poder contar con la atención y los servicios de salud públicos al que tienen derecho.

Gráfica 6.
México Lugar de atención de problemas de salud de personas nacidas en otro país, 2020



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2024). Censo de Población y Vivienda 2020.

Consideraciones finales

Sabemos que la población extranjera que reside en México representa una muy baja proporción de la población total en nuestro país, apenas uno por ciento. Sin embargo, los flujos de migrantes que tienen como objetivo llegar a los EE. UU. y que utilizan nuestro país como tránsito, pero que se quedan en el camino, cada vez son más. Es por ello por lo que se vuelve relevante visibilizarlos y procurar que su paso o establecimiento garantice el cumplimiento de sus derechos, tal y como lo marcan los distintos marcos normativos sobre el tema.

El presente trabajo constituye apenas un esbozo que se hace de esta población de manera general, en el que buscamos aproximarnos a su

identificación y principales características. Debemos seguir indagando, incluso con estudios de tipo cualitativo, cómo es la incorporación de esta población no nacida en nuestro país, ya que ello nos permitiría profundizar en sus necesidades y la manera en las que se pueden atender.

De acuerdo con los resultados del perfil sociodemográfico que la población de análisis tiene, podemos suponer que un gran número de inmigrantes residentes en nuestro país son niños, niñas y adolescentes –menores de 19 años– de padres migrantes mexicanos, quienes retornaron a nuestro país y que ahora enfrentan desafíos para su integración. Debemos tener también en cuenta que un volumen significativo de esta población cuenta con la nacionalidad mexicana y que en su mayoría provienen de

EE. UU., algunos otros nacieron en otros países. Las entidades en donde se concentra su residencia corresponden a estados con tradición migrante histórica que expulsaba personas hacia el vecino país del norte –Michoacán, Jalisco, Oaxaca– y esto significa que son una población heterogénea, con necesidades distintas y, por tanto, las acciones y las políticas dirigidas deben dar cuenta de esta diversidad.

Debemos reconocer que hay retos para poder incorporar socialmente a estas personas inmigrantes en nuestro país, para ello sugerimos algunas líneas de acción que podrían contribuir con ello, retomando algunas propuestas que instituciones internacionales también señalan:

- ◆ Es necesario evidenciar y promover la responsabilidad y la participación del Estado en garantizar a la población nacida en otro país, pero residente en México, el acceso a los servicios de salud, así como a algunos otros que son un derecho.
- ◆ Debemos revisar la normatividad actual para verificar que sea flexible para adaptarse a las realidades presentes de este grupo poblacional, pero que además son cambiantes, considerando sus especificidades para atender de manera focalizada cada necesidad (Hernández et al., 2023).
- ◆ La salud, la educación, el acceso a la justicia social y la participación política deben ser motivo de atención por parte del Estado. Las políticas del estado mexicano deben evolucionar según las necesidades de los inmigrantes, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos para mejorar su desarrollo económico, bienestar y seguridad. Para ello es indispensable revisar los presupuestos públicos, tal y como también lo reconocen Hernández et al. (2023). En este mismo sentido se debe revisar que estos presupuestos cuentan con rubros para atender a esta población, así como que exista la infraestructura y el personal destinado para brindar este servicio, de acuerdo con las necesidades de la comunidad, todo ello de forma coordinada entre los diferentes niveles de gobierno y sectores.
- ◆ Para garantizar el ejercicio de los derechos sociales a los que son acreedoras todas las personas, incluidas aquellas extranjeras residentes en México, debemos incorporarlas a las instituciones de salud públicas que brindan este servicio.
- ◆ Hacer campañas de información sobre los derechos que tienen las personas migrantes, ya que en ocasiones ellas mismas desconocen a qué pueden ser acreedores. De tal manera que ellos tengan conocimiento de que pueden acceder a servicios de salud públicos cuando así lo requieran.
- ◆ Superar situaciones discriminatorias y racistas en el acceso a los servicios de salud que en ocasiones sufren los migrantes cuando requieren de ello, provocando que en ocasiones ya no se traten su padecimiento o que lo pospongan, agravando su situación.
- ◆ La edad es un elemento que brinda conocimientos y experiencia, al ser en su mayoría la población de estudio migrantes jóvenes suponemos que pueden no contar con capacidades suficientes para exigir el servicio.
- ◆ Al ser la población no nacida en México, una alta proporción de niños, niñas y adolescentes nacidos en EE.UU. la lengua puede adquirir un tinte de obstáculo al buscar atención de salud.
- ◆ Es necesario realizar campañas de documentación para la acreditación de identidad, ya que la falta de documentos que permitan la identificación de las personas puede obstaculizar inscribirse y afiliarse a los servicios de salud.

Mujeres inmigrantes en México. Un acercamiento a sus derechos sexuales y reproductivos

Alejandra Reyes Miranda¹ y Luis Alberto Vázquez Santiago²

Resumen

La migración de las mujeres más allá de las fronteras nacionales ha estado presente en la historia de la humanidad, sin embargo, documentar y hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos es un hecho reciente. La inclusión de estos en los instrumentos internacionales, con independencia del estatus migratorio, así como la recopilación de información que dé cuenta del seguimiento sobre las condiciones que enfrentan las mujeres durante el tránsito, en el destino y en el posible retorno, se han traducido en, hasta ahora, pocos ejercicios de carácter cuantitativo. El presente trabajo muestra la relación de la migración y los derechos sexuales reproductivos en los instrumentos internacionales, así como un breve panorama de cómo son ejercidos en México mediante el caso de las mujeres que nacieron en otros países y residen en el país. Para ello se utiliza la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023, tomando a la población en edad reproductiva de 15 a 49 años, con base en esta se encuentra que la escolaridad, la situación conyugal y la condición de trabajo, son algunas de los factores socioeconómicos que intervienen en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inmigrantes.

Palabras clave: *Mujeres, derechos sexuales, derechos reproductivos, inmigrantes, México, métodos anticonceptivos, embarazo.*

Introducción

En las últimas décadas los flujos migratorios han experimentado transformaciones significativas, influenciados de manera directa o indirecta por factores económicos, políticos, sociales y ambientales. En este sentido, tradicionalmente la migración y su estudio se ha asociado mayormente con los hombres, quienes motivados por la búsqueda de oportunidades y mejores condiciones de vida deciden emigrar. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado un incremento considerable en la migración femenina al país, fenómeno que exige un análisis detallado y profundo pues hasta hace poco se mantenía la creencia general que la mujer tenía una participación menor en los flujos migratorios, aludiéndose a la presencia de la mujer para referirse a su papel como esposa o con presencia secundaria dentro de la familia (Woo, 1995). Por lo que es imperativo profundizar en el estudio de la migración femenina para diseñar, a partir de la evidencia, políticas más inclusivas y efectivas que protejan sus derechos y potencien sus

¹ Investigadora Especialista en Salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (alejandra.reyes@ciss-bienestar.org).

² Jefe del Departamento de Estudios de los Mexicanos en el Extranjero, Secretaría General del Consejo Nacional de Población (luis.vazquez@conapo.gob.mx).

contribuciones. Ello, permitirá una comprensión más integral de los flujos migratorios contemporáneos y una respuesta más adecuada a los desafíos globales que estos plantean.

El estudio que se presenta se integra por la introducción en la que se plantea la relevancia de este estudio en el campo de las investigaciones sobre el vínculo entre migración y derechos humanos, particularmente de las mujeres. El segundo apartado consiste en una nota metodológica, en relación con el estudio cuantitativo y descriptivo de la migración femenina y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes considerando los alcances de la fuente de información utilizada. El apartado sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes es una reflexión sobre el tema que permite abordar con ese enfoque los aspectos de volumen y distribución geográfica de las mujeres inmigrantes en el país, para en los apartados propiamente de resultados de la investigación sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y de salud materno infantil contar con un marco interpretativo. Finalmente, se inscribe una breve reflexión sobre estos resultados con el objetivo de alimentar la política pública en relación con las mujeres migrantes.

Metodología

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) más reciente data de 2023; su importancia para conocer la salud sexual y reproductiva de la población femenina residente en México ha sido reconocida desde sus levantamientos en los años noventa del siglo pasado. La residencia habitual y el lugar de nacimiento son las dos primeras consideraciones metodológicas que el estudio que aquí se presenta toma como base para investigar cuantitativamente y con un enfoque descriptivo cómo la fecundidad y la migración están sumamente vinculadas, en ello interesa relacionar las variables de interés

con los derechos fundamentales de las personas, en especial de las mujeres inmigrantes. Las variables que se exploran fusionan una perspectiva sociodemográfica que enfatiza en la vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes en México respecto a la garantía del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos en relación con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, y la salud materno infantil.

Derechos sexuales y reproductivos y la migración internacional

El comportamiento de la descendencia o no, cuándo y cuántos miembros, por parte de las mujeres de manera autónoma o en sintonía con una pareja, son el resultado de una diversidad de circunstancias sociales, culturales y de política pública, entre estas últimas, el acceso y uso de los servicios adecuados en torno a la salud sexual y reproductiva. Uno de los instrumentos internacionales que guían en gran medida las políticas públicas son los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecidos en 2013 y cuya meta es lograr su alcance en 2030, a través de los cuales se busca la igualdad entre los géneros y empoderar a las mujeres y a las niñas, incluyendo a la población migrante, mediante el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos. De manera específica, las mujeres migrantes pueden enfrentar trabas para disfrutar de manera plena sus derechos, ya sea por falta de conocimientos generales y por el no reconocimiento de estos, así como por los obstáculos que encuentran para tener acceso a la información sobre todo entre quienes no tiene documentos adecuados para residir en el país o para quienes su lengua natal es distinta a la del país de residencia o tránsito (Organización de la Naciones Unidas [ONU]-Mujeres, 2014). Entendiendo que, la igualdad de género forma parte de los derechos humanos fundamentales y que esta guía hacia la construcción de un futuro más próspero y sostenible,

debido a que, como sociedad las mujeres tienen la potestad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida, y así prosperan tanto ellas como sus familias, al igual que la sociedad (ONU, 2024).

Otro instrumento internacional que guía en gran medida las políticas de población es el Consenso de Montevideo, el cual, figura como el más vanguardista, considerando específicamente a las poblaciones vulnerables, entre ellas, la migrante. Dentro de los derechos humanos, los sexuales y reproductivos, así como la atención materna infantil, se consideran integrales y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza; además, el avance en torno al acceso universal a la salud sexual y reproductiva ha sido insuficiente y desigual, lo mismo que la educación y la calidad de la atención en salud. Ante ello, se busca garantizar el acceso universal a estos servicios, eliminando cualquier forma de discriminación y violencia con un mecanismo de participación y de representación social y política de todos los grupos (ONU y Comisión Económica para América Latina y el Caribe-[CEPAL], 2013).

En ambos instrumentos, el acceso a los servicios básicos de atención a la salud, no deben estar condicionadas a su condición migratoria. Se acuerda, proteger decididamente los derechos humanos, garantizando el acceso a servicios sociales básicos, de educación y de salud, para todas las personas migrantes, prestando particular atención a los grupos en condición de mayor vulnerabilidad; así como, dar prioridad, en cada país, al fortalecimiento de los canales de coordinación intersectorial, para garantizar el ejercicio de los derechos humanos de todas las personas migrantes, independiente de su condición migratoria, con una perspectiva basada en género.

De esta manera, la fecundidad y la migración están sumamente vinculadas, en términos de derechos fundamentales, lo cual es

indiscutible para el caso de las mujeres, pero además como parte estructural de la demografía, tanto de los países de origen como de destino. Desde el origen, las mujeres que emigran llevan consigo una historia que define su fecundidad, en forma macro y a nivel individual, y que conviven con diversas circunstancias, durante el viaje y en el lugar de destino. Por su parte, en el destino, la fecundidad puede estar determinada por los nuevos patrones sociales y culturales, por las condiciones en las que ocurre la migración y el entorno en cuanto al reconocimiento de sus derechos, cómo es el acceso a servicios médicos adecuados y al uso de métodos anticonceptivos.

En términos demográficos, la migración complementa la estructura de la población de destino, países con una transición demográfica más avanzada se benefician de los flujos migratorios de manera paralela, contribuyen al descenso de la fecundidad enmarcada en la segunda transición demográfica, y aportan población en edad laboral que amortigua el proceso de envejecimiento a través de la contribución al sistema social del país de destino. De tal manera que, cómo indican algunos estudiosos como Canales (2013), la migración internacional contribuye a la configuración de un modelo de reproducción demográfica propio de esta era globalizada. En efecto, a través de la migración se fomenta la transferencia de parte de un bono demográfico desde los países latinoamericanos, lo cual contribuye, a solventar el déficit de población en edades activas y reproductivas en los países desarrollados, pero también parte de ese bono demográfico se retribuye hacia los países de origen a través de las remesas (Ordorica, 2024). Se trata, de la configuración de un sistema de complementariedad demográfica global, que permite dar sustento a la reproducción de la población en los países de destino y de origen.

Ubicando el flujo migratorio de América Latina que se dirige a México o transita por él, es

posible señalar la convergencia de diversos matices económicos y sociales, y con ello, diversos comportamientos demográficos en torno a su fecundidad. Mientras que, existen países con una baja fecundidad, hay otros con una muy baja, pero en general, la región ha tenido una disminución en el número de hijos por mujer de manera acelerada, dentro de la segunda fase de la Transición Demográfica, con una baja fecundidad y un incremento en la esperanza de vida; sin embargo, ha presentado desigualdades entre una tasa de fecundidad adolescente alta y una disminución importante entre las mujeres con condiciones socioeconómicas mejores, entre las que sobresale el acceso a la educación. Así, la situación de la fecundidad está permeada por la desigualdad social que impera en América Latina y el Caribe (ALyC), y que se traduce en distintos alcances en término de los derechos sexuales y reproductivos, en desventaja para los grupos más vulnerables (Cabella y Nathan, 2018).

En el caso específico de México, es conocido por distintos comportamientos en torno a cuántos hijos/as tener y cuándo a nivel regional. Por ejemplo, se ha documentado la disminución generalizada de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en el país y cómo al interior subsisten diferencias en la región norte respecto a la región centro, pero que en las entidades del sur se ha mantenido relativamente alta. Dicho comportamiento desigual indica el distinto avance en la transición demográfica, que, en términos de la regulación de la descendencia, es explicada por diversos determinantes.

González et al. (2007), quienes hicieron un trabajo de análisis de ocho entidades divididas en tres regiones entre 1990 a 2001, encontraron tres patrones en la fecundidad de las mujeres a través de la TGF de acuerdo con la región de residencia, una más alta en la región sur, una moderada en el centro y una menor en la región norte. El uso de anticonceptivos tuvo más impacto como efecto inhibitor de la fecundidad en el norte del país, seguido de la región centro, mien-

tras que en el sur los patrones de la sexualidad tienen mayor peso; en otras palabras, mientras que en la región norte las mujeres utilizan mayormente anticonceptivos modernos, en el centro su uso es intermedio, y en el sur prevalece un rezago, ello se traduce en niveles distintos de una transición demográfica al interior del país.

En un análisis más reciente, en el que se incluyó la escolaridad de las mujeres como una variable que determina la postergación de la fecundidad, Gayet y Juárez (2022) detallan que a mayor escolaridad menor es la TGF, ello, ante el nuevo escenario de una fecundidad en el país que indica que está debajo del reemplazo poblacional, estimada en 1.9 en 2020, cuando el límite para una continuidad es de 2.1 hijos por mujer. En su estudio abordan tres décadas y ubicaron que, las edades medias de la fecundidad parecen mostrar que las mujeres con nivel medio superior de escolaridad se encuentran en un proceso de limitación de la fecundidad, en tanto que las de educación superior están, a la vez, disminuyendo el número de nacimientos y postergando la edad de inicio de la fecundidad.

Sin que sea motivo del presente documento, vale la pena señalar que, hasta ahora existen algunos determinantes que se han documentado y que definen la fecundidad en una sociedad, entre ellos, los intermedios. Estos refieren al uso de anticonceptivos, la nupcialidad, el aborto inducido, y la fecundidad posparto (Bongaarts, 1978). Y de manera más reciente, ante la disminución de esta, se han postulado tres fuerzas que la determinan, la disminución del número de hijos (*quantum*), la postergación del primer hijo (*tempo*), y el aumento de la proporción de mujeres que deciden no tener descendencia (nuliparidad permanente). En los países con una baja fecundidad, las sociedades han preferido disminuir el número de hijos junto con el retraso del inicio de la fecundidad hasta edades avanzadas, con mujeres que han empezado su vida reproductiva posterior a los 30 años, ambas fuerzas han propiciado acortar el tiempo

de exposición a los embarazos lo que provoca una disminución en la tasa de fecundidad. Finalmente, el aplazamiento hasta edades avanzadas incrementa la probabilidad de que se condicione la descendencia, en algunos casos, deseada; acompañada de una proporción de población femenina que decide no participar en la reproducción biológica (nuliparidad) que en los últimos años su crecimiento ha sido estudiado como un fenómeno social y demográfico característico de las sociedades que avanzan en su transición demográfica (Cabella y Nathan, 2018).

Las mujeres migrantes en México

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023, se estima que en el país residen poco más de 992 mil personas nacidas en el extranjero, lo que representa una disminución respecto a 2018 de 7.6 por ciento (1 074 752) y un incremento marginal frente a 2014 (980 874 personas inmigrantes). En los tres años, y como ha sido históricamente en el país, la proporción de personas inmigrantes es inferior a uno por ciento de la población total, lo que ha hecho hasta ahora a México, un país poco receptivo de la migración internacional con miras a que se desarrolle en las siguientes décadas como atractivo para diversos flujos (Gandini, 2020; Torres, 2022), 0.82 por ciento en 2014, en 2018 de 0.86 y 0.77 en 2023 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] 2014, 2018 y 2023).

Entre la población inmigrante en México, la participación de las mujeres en relación con los hombres ha tendido a la igualdad. En 2014, 47.3 por ciento de la población es mujer, en 2018 la proporción ascendió a 49.7 y en 2023 se ubicó ligeramente por debajo en 49.3; en otras palabras, en 2014 por cada 111 hombres había 100 mujeres, en 2018 pasó a ser una relación más igualitaria de 101 hombres por cada 100 mujeres, y en 2023, pese a un leve retroceso frente a 2018, se ubicó en 103 hombres por 100 mujeres. En contraste, en el plano internacional se habla de

un aumento en la brecha entre hombres y mujeres migrantes a favor de ellos, acentuada mayormente en las últimas dos décadas (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2024). La presencia de las mujeres en los flujos migratorios en México puede alterar el perfil y la composición demográfica, al mismo tiempo, implica una serie de desafíos y oportunidades. La estimación que se desprende de la ENADID 2023, indica que de las poco más de 489 mil mujeres nacidas en el extranjero que residen en el país, más de la mitad (53.8%) se encuentra en edad reproductiva, es decir, entre los 15 y 49 años.

De las mujeres inmigrantes residentes en México entre 15 y 49 años, 45.4 por ciento ha sido madre y 44.5 tiene hijos sobrevivientes. En los siguientes párrafos se presentan de manera sintética algunos de los principales datos de las mujeres nacidas en el extranjero que residen en el país entre 15 y 49 años, que tienen hijos en comparación con aquellas del mismo grupo etario que no los tienen, en aspectos clave como lo son: sus características sociodemográficas, participación laboral, origen, lugar de residencia y nacionalidad, así como en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, a fin de indagar acerca de las características propias de este subgrupo poblacional, y contribuir con información para el desarrollo de políticas públicas. La fuente de información para tal ejercicio es la ENADID 2023.

En la primera sección se aborda un conjunto de variables sociodemográficas tales como: escolaridad, situación conyugal y situación laboral, la combinación de estas características indican determinantes indirectos como la situación conyugal, mientras que la escolaridad y la situación laboral como posibles inhibidores para la postergación del embarazo, o bien, para la nuliparidad.

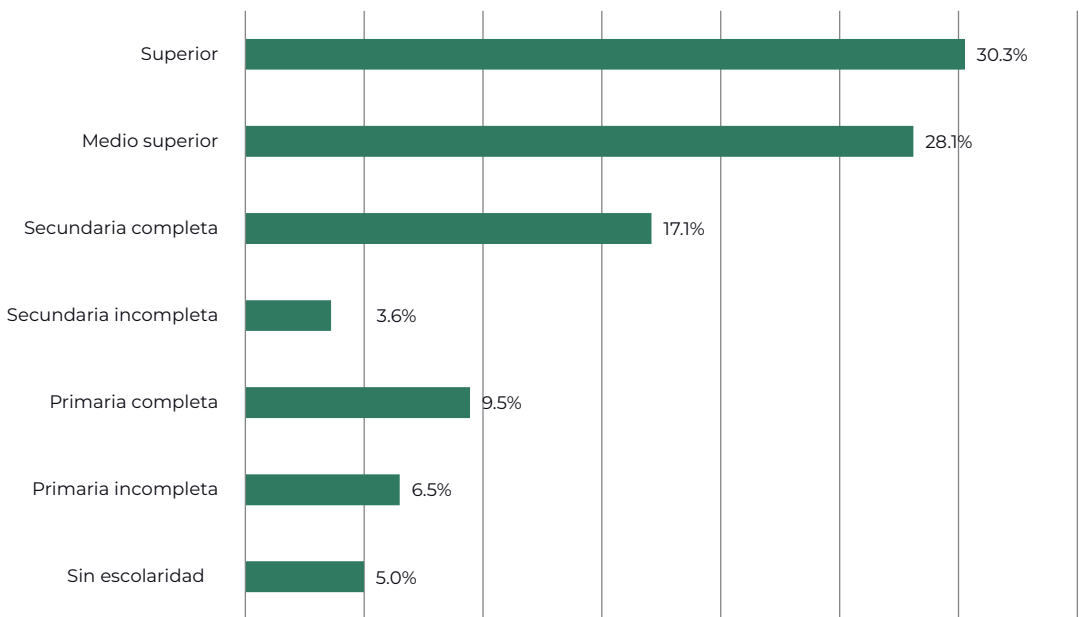
De acuerdo con las características de escolaridad entre el grupo de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años, 5.0 por ciento no tiene escolaridad; mientras que, quienes cuentan con algún grado o toda la educación básica repre-

sentan 36.6 por ciento de la población; 28.1 por ciento cuenta con estudios de nivel medio superior; y el mayor porcentaje se concentra en el nivel superior con 30.3 por ciento. En otras palabras, si bien, el mayor porcentaje de la población femenina en edad reproductiva refiere a una educación básica, es importante la proporción con estudios de nivel superior, indicando que tres de cada diez se pueden desempeñar en el mercado laboral como profesionistas.

Al dividir a la población femenina de acuerdo con si han tenido hijos o no, las primeras se concentran con educación en el nivel superior en 29.0 por ciento, mientras que, quienes no han tenido descendencia cuentan con mayores calificaciones educativas de acuerdo con nivel superior 46.2 por ciento. En general, quienes no han tenido hijos cuentan con más ventajas en términos educativos, pues no se registra población que no cuente con estudios

Gráfica 1.

México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años en México según escolaridad, 2023



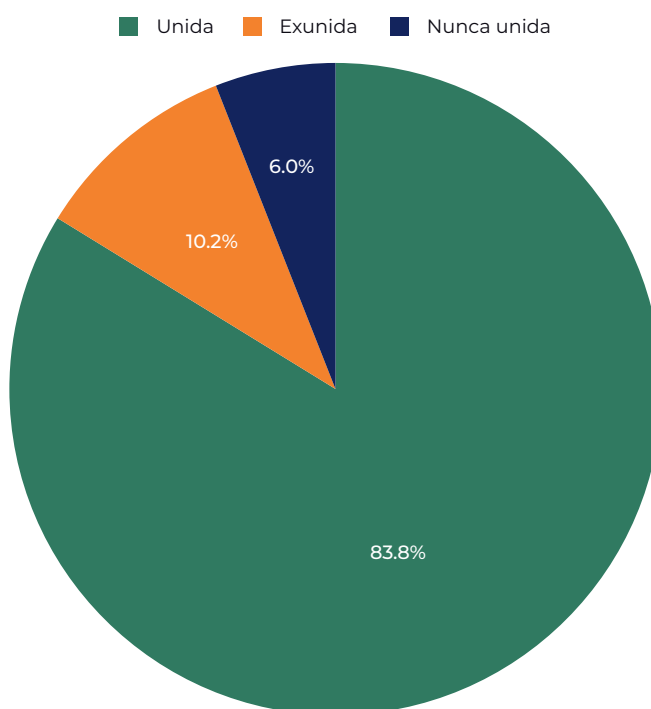
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023), ENADID 2023.

ni con primaria incompleta, caso contrario entre quienes sí han tenido hijos (12%).

Respecto a la situación conyugal, se identifica que es mayoritariamente unida (83.8%), con una proporción pequeña entre quienes se declaran como separadas (10.2%) y 6 por ciento quienes nunca han estado en alguna unión; mientras que, entre aquellas que son madres, estos porcentajes se modifican a 82.7 por ciento, 11 por ciento es alguna vez unida en el pasado (ex unida) y 6.3 por ciento nunca ha estado unida.

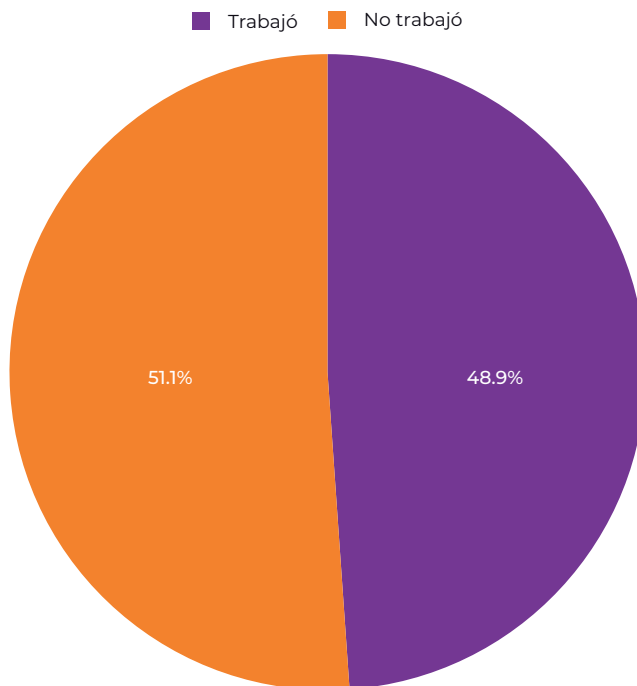
La tercera variable de carácter sociodemográfico refiere al tema laboral, mostrando un equilibrio entre aquellas que si trabajan y quienes no lo hacen. De acuerdo con las cifras, el 48.9 por ciento de las mujeres en el grupo de edad señalado laboran, mientras que, la contraparte, quienes no participan en el mercado laboral representó 51.1 por ciento. Entre quienes, son madres, las proporciones no presentan diferencias importantes, 48.7 por ciento trabaja y 51.3 no lo hace.

Gráfica 2.
México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años en México según situación conyugal, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Gráfica 3.
México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años en México según situación laboral, 2023.



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023), ENADID 2023.

Características geográficas

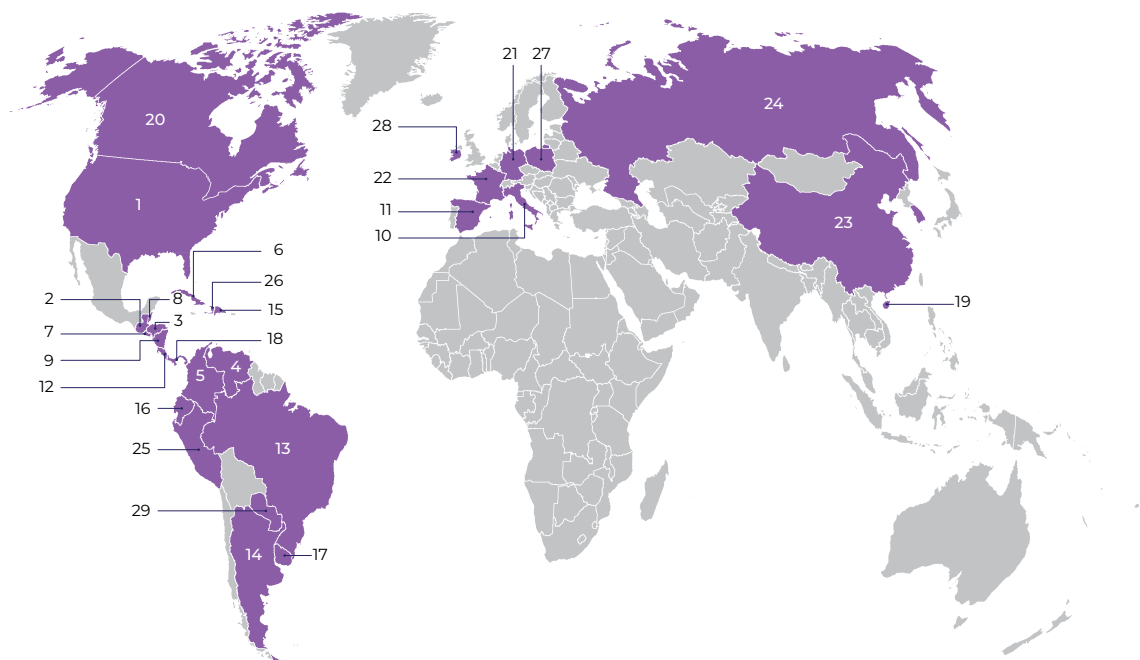
Otro aspecto relevante por conocer sobre las mujeres nacidas en el extranjero que residen en el país, se refiere al lugar de origen, residencia y la movilidad que han tenido en los últimos años, pues si bien dichas variables muestran únicamente parte del andar migratorio de estas, al mismo tiempo permiten identificar los cambios más actuales en la dinámica migratoria, esto al considerar que la ENADID se levantó recientemente y está enmarcada: 1) como una de las primeras encuestas de población posteriores a la pandemia de 2020, y en 2) los altos volúmenes migratorios de los últimos años.

Respecto al país de origen, si bien se tiene ampliamente documentado que la población inmigrante además de ser en gran parte proveniente de Estados Unidos, debido a la colindancia geográfica, así como a los estrechos lazos migratorios entre ambos países —hijos de migrantes mexicanos en aquel país— o por las personas que mantienen algún tipo de lazo familiar o social entre la unión americana y México, las estimaciones muestran que hay presencia de mujeres entre 15 y 49 años que residen en el país proveniente de 29 países diferentes; sin embargo, únicamente 10 países concentran más de 90 por ciento del total (93.8%), siendo Estados Unidos (46.9%), Guate-

mala (16.5%), Honduras (9.6%), Venezuela (5.2%), Colombia (4.7%), Cuba (4.4%), El Salvador (3.4%), Belice (1.4%), Nicaragua (0.9%) e Italia (0.8%) los principales. En cuanto a las mujeres que tienen hijos y las que no, y según su lugar de origen existen algunas diferencias y similitudes importantes a resaltar:

- ◆ Estados Unidos es el principal país de origen para las mujeres que son madres.
- ◆ Después de Estados Unidos, Guatemala (17.5%), Honduras (10.4%), Colombia (4.7%), Venezuela (4.4%) y El Salvador (3.7%) son en su conjunto el origen de 40.6 por ciento de las mujeres que son madres.

Mapa 1.
México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años en México según país de origen, 2023



1. Estados Unidos	58 156	(46.9%)	11. España	779	(0.6%)	20. Canadá	361	(0.3%)
2. Guatemala	20 428	(16.5%)	12. Costa Rica	744	(0.6%)	21. Alemania	298	(0.2%)
3. Honduras	11 914	(9.6%)	13. Brasil	741	(0.6%)	22. Francia	287	(0.2%)
4. Venezuela	6 394	(5.2%)	14. Argentina	696	(0.6%)	23. China	284	(0.2%)
5. Colombia	5 820	(4.7%)	15. República Dominicana	632	(0.5%)	24. Rusia	213	(0.2%)
6. Cuba	5 511	(4.4%)	16. Ecuador	588	(0.5%)	25. Perú	146	(0.1%)
7. El Salvador	4 213	(3.4%)	17. Uruguay	545	(0.4%)	26. Haití	119	(0.1%)
8. Belice	1 793	(1.4%)	18. Panamá	473	(0.4%)	27. Polonia	102	(0.1%)
9. Nicaragua	1 123	(0.9%)	19. Corea	400	(0.3%)	28. Irlanda	98	(0.1%)
10. Italia	998	(0.8%)				29. Paraguay	98	(0.1%)

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Hablando sobre movilidad residencial reciente, es decir, movimientos internacionales de un año previo al levantamiento de la ENADID 2023, las mujeres inmigrantes entre los 15 y 49 años no muestran cambios, y quienes tienen hijos en 93 de cada 100 casos ya radicaban en el país. Sin embargo, si esta variable se extiende a 5 años atrás, es decir, al cambio de residencia entre 2018 y 2023, la proporción de mujeres disminuye considerablemente de forma general, 19.1 por ciento residía en un país distinto a México, es decir, dos de cada diez y entre quienes tienen hijos la proporción se contrajo a 16.9. Con ello, es posible plantear hipotéticamente, que la población inmigrante de mujeres en México es de carácter reciente, y con ello, una gran oportunidad de proporcionar los medios institucionales respecto de sus derechos sexuales y reproductivos, teniendo como objetivo a la población entre los 15 y 49 años.

Además de la periodicidad en la residencia, otro indicador importante para caracterizar la migración es la nacionalidad, pues esta podría indicar una mayor o menor probabilidad de permanencia en el país, así como un posicionamiento individual respecto al uso de servicios en el país. Mientras que las mujeres con hijos tienen una mayor proporción con nacionalidad mexicana (51.1%), existe una diferencia respecto a las que no tienen hijos, siendo para estas segundas mujeres de 45.5 por ciento.

Las características territoriales y la geografía de los fenómenos demográficos, sociales y económicos son otro aspecto relevante por abordar en el presente estudio, pues si bien existen diversas y variadas regionalizaciones, que abordan a las poblaciones en el territorio, desde enfoques migratorios como los ejercicios teórico metodológicos realizados por Durand y Massey (2003), el Consejo Nacional de Población ([CONAPO], 1995) y CONAPO y Corona (2000), o enfoques económicos como la regionalización económica de INEGI, inclusive a partir de características propias del entorno geográfico, es

inegable que traer este tipo de información a territorios concretos puede significar un acierto y convertirse en un elemento constitutivo de las políticas o programas públicos, maximizando el impacto de estos, debido a que todo proceso económico, político, administrativo de producción o distribución opera sobre bases territoriales definidas (Gasca 2009). Aunado a ello, hemos señalado que las tasas de fecundidad en México se comportan de manera diferenciada en el territorio considerando las regiones, y las circunstancias y variables que subsisten en ellas.

En este sentido para el presente análisis, al considerar que la inmigración es un fenómeno mayormente presente y dinámico en las fronteras del país, se agruparon las entidades federativas a partir de esta premisa y su contigüidad geográfica (aunque algunas de ellas no tengan colindancia propiamente con los países limítrofes al norte o al sur si colindan entre ellas), resultando en tres grandes bloques: 1) Frontera norte que agrupa a Baja California, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas.; 2) Frontera sur, conformada por Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán, y 3) Centro donde se agrupan aquellas entidades que no tienen colindancia en alguna frontera y agrupa a entidades como Aguascalientes, Colima, Ciudad de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.

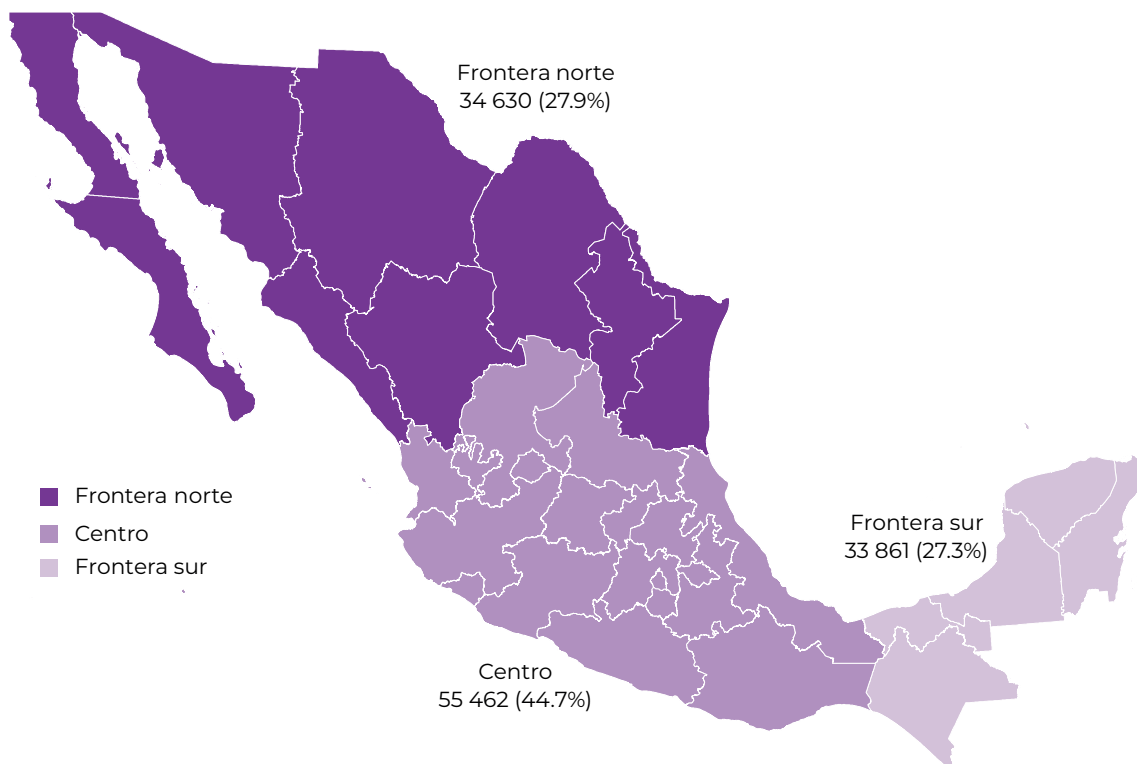
De las estimaciones de la ENADID (2023), se advierte una mayor presencia de mujeres inmigrantes internacionales entre 15 y 49 años en el centro del país (44.7%), seguido de la frontera norte (27.9%) y finalmente la frontera sur (27.3%). Si solo observamos la residencia de quienes tienen hijos, se tiene el mismo comportamiento. Respecto al periodo de inmigración de las mujeres a alguna de las tres regiones propuestas, se estima de manera general que, estos movimientos comprenden una migración de mayor tem-

poralidad, se observa que, si se considera la residencia de un año previo al levantamiento de la encuesta más de 90 por ciento de las mujeres con hijos o sin estos ya residía en el país, —96.1 por ciento frontera norte, 90.3 frontera sur y 91.8 centro—. En comparación, al extender el periodo del lugar de residencia a 5 años atrás, es decir, en 2018, se estima que, si bien hay para todos los casos una presencia preponderante de mujeres que ya residía en el país, siendo para las mujeres

con hijos y las que no tienen, en promedio 80 por ciento de estas ya residía en México, respecto a 20 por ciento de mujeres que se estima residía en el extranjero, en promedio 15 por ciento son mujeres con hijos y 5 por ciento de mujeres que no los tienen. En cuanto a las regiones se registra un mayor arribo desde fuera del país de mujeres con hijos a las entidades de la frontera sur (18.0%), seguido de frontera norte (15.2%) y centro (14.5%).

Mapa 2.

México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años según región de residencia, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

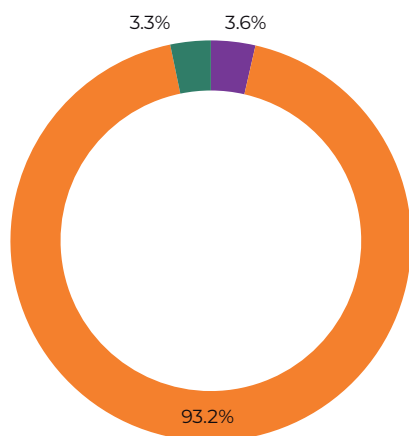
El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes está estrechamente relacionado con una serie de derechos y beneficios presentes en diversos instrumentos y marcos normativos nacionales e internacionales, entre estos se incluyen: 1) El derecho a la salud, en donde las mujeres inmigrantes, independientemente de su condición migratoria en el país, tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad, servicios de planificación familiar y anticoncepción, que son esenciales para su bienestar físico, mental y proyecto de vida; 2) El derecho a la información y educación, que hace garante el derecho a recibir información y educación sobre salud reproductiva, incluyendo métodos anticonceptivos, para poder tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y su vida reproductiva; 3) Derecho a la autonomía corporal, que garantiza a toda mujer decidir libremente sobre su vida reproductiva, incluyendo la decisión de tener hijos, cuántos y cuándo, sin coerción o presión de ninguna índole (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2024; ONU, 2015; Secretaría de Salud, 1994; Ley General de Salud, 2024;).

De acuerdo con las estimaciones provenientes del módulo para la mujer de la ENADID 2023, 93.2 por ciento de las mujeres nacidas en el extranjero entre 15 y 49 años tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, al desglosar a estas mujeres entre las que tienen hijos y las que no, la proporción de mujeres con hijos que tiene conocimiento sobre métodos de anticoncepción es de 93.0 por ciento y la de las mujeres sin hijos alcanza 95.5, mostrando en ambos grupos, un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos. En este mismo sentido, las mujeres que no los conocen es de 3.2 y 4.5 por ciento, respectivamente. La ENADID, además de brindar información sobre el conocimiento de métodos anticoncepción, también ofrece información referente al uso de estos; de cada 100 mujeres inmigrantes que reside en el país entre 15 y 49 años y tiene hijos, 61 es usuaria activa de algún método, 22 no utiliza ningún método actualmente –exusuaria– y 17 nunca ha utilizado alguno. Entre las mujeres del mismo grupo etario pero que no tiene hijos, esta relación tiene ligeras variaciones, siendo que, por cada 100 mujeres, 35 usa algún método anticonceptivo cotidianamente, 36 ha sido usuaria, y actualmente no lo hace –exusuaria– y 29 nunca ha hecho uso de algún método anticonceptivo.

Gráfica 4.

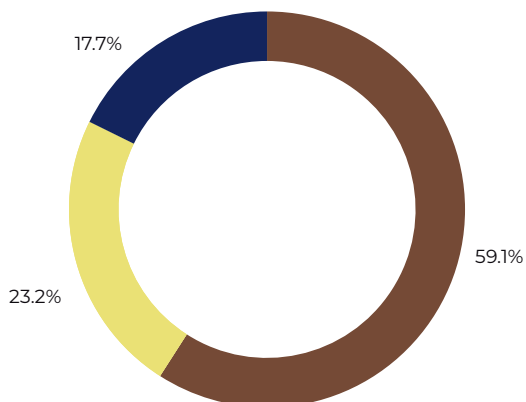
México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años según conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, 2023

Conocimiento de métodos anticonceptivos



■ Sí ■ No ■ No respondió

Uso de métodos anticonceptivos



■ Usuaria ■ Exusuaria ■ Nunca usuaria

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Salud materno infantil durante el embarazo

Entendiendo que salud es un estado general de bienestar físico, mental y social, uno de los aspectos más importantes de la salud sexual y reproductiva es la materno infantil durante el embarazo. Si bien, una parte elemental del respeto de los derechos sexuales y reproductivos tiene que ver con el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en el marco de la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, y de tener la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, obtener información y de planificación de la familia

de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad, acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, también parte de los derechos reproductivos está contenido en el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, dando a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos de todas las mujeres que radiquen en los Estados, independientemente de su estatus migratorio (ONU Mujeres, 2014; ONU y CEPAL, 2013). En el caso de México se sabe que las mujeres no nacidas en el país que no contaban con acceso a servicios médicos representaban 44.4 por ciento de la población (Reyes, 2023).

Con base en la ENADID existe una población no nacida en México en edad reproductiva que tuvo un embarazo que concluyó en pérdida. De ella, 55.4 por ciento tuvo la mayoría de las consultas en un hospital, consultorio o clínica privada y una cuarta parte en centros de salud, hospital u otro instituto de salud público (25.1%) y 3.7 en un consultorio de farmacia, en la casa o casa de partera. Si bien, se sabe que el oficio de la partería tiene antecedentes históricos con saberes que han salvado vidas en lugares con dificultad de acceso a servicios de salud sexual y

reproductiva, ubicadas en regiones apartadas del país, es cierto que conforman una opción que ante algún riesgo en el embarazo deben ser acompañadas por instituciones de salud. Por su parte, de estos embarazos perdidos, existe una proporción de mujeres que independientemente de los meses de gestación no tuvieron ninguna consulta médica, y otras que, con 7 a 9 meses de embarazo apenas tuvieron de una a tres consultas, y en general, independientemente de los meses de concepción, en su mayoría solo hubo hasta tres consultas.

Gráfica 5.

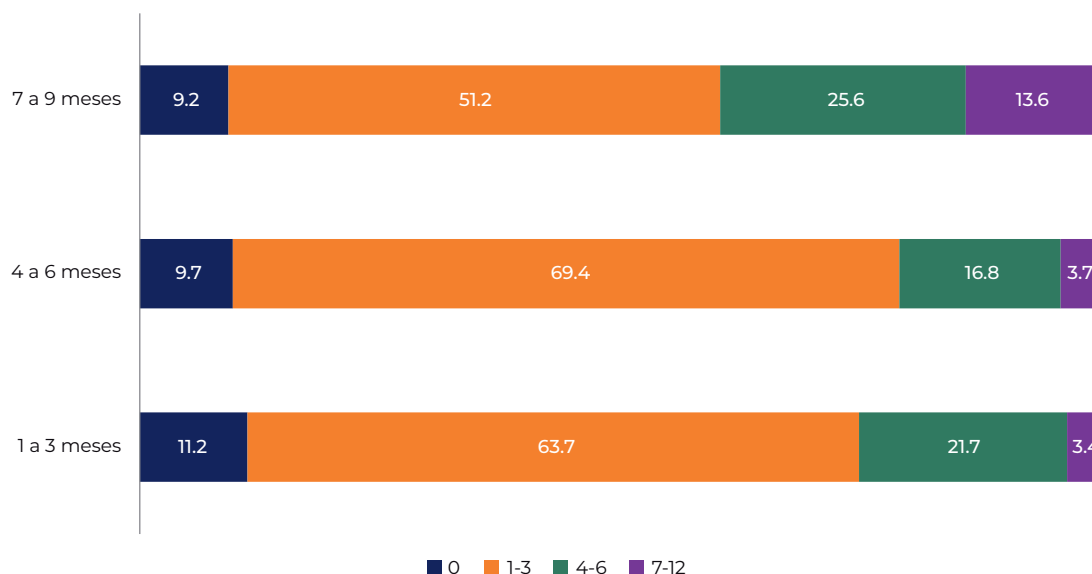
México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años con embarazo perdido según principal lugar de atención, 2023 (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Gráfica 6.

México. Población de mujeres inmigrantes entre 15 y 49 años con embarazo perdido según número de consultas y mes de gestación, 2023 (Porcentajes)



Nota: El "No especificado" de número de consultas médicas no se presenta en la gráfica.
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Consideraciones finales

En México existe una población de mujeres no nacidas en el país que se distribuyen de manera muy similar en el sur y norte pero que se concentran en el centro de él, considerando específicamente a las mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años. Sus orígenes son diversos predominando los países vecinos, América Latina y el Caribe, y Canadá; sin embargo, existe una población de lugares más distantes como Asia o Europa, lo cual nos indica una diversidad de historias a nivel individual y social que determinan en gran medida las decisiones en términos de su salud sexual y reproductiva que ejercen en México. Esto se combina con los distintos comportamientos en torno a la fecundidad por región a nivel nacional, en gran medida determinados por cuestiones sociales y culturales, pero

también en función del ejercicio del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, así como de atención materno infantil por parte del sector salud de México.

En el presente trabajo se describieron las características en función de su escolaridad, situación conyugal y condición de trabajo, considerando que son algunas de los factores que intervienen en el ejercicio de sus derechos. Se mostró que existe una población en edad reproductiva con estudios de media superior de dos de cada diez y tres de cada diez con estudios de licenciatura y más, que mayormente son unidas y la mitad de ellas labora en el mercado del trabajo.

En relación con el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos se encontró que casi la totalidad de población en edad reproductiva ubica la diversidad de métodos, sin

embargo, su uso se reduce entre seis de cada diez. Además, entre las mujeres en el mismo grupo de edad que presumiblemente tuvieron una pérdida de algún embarazo en México, existe una proporción importante de uso de servicios privados para el seguimiento, pero se identificó un porcentaje de uno de cada diez que tuvo atención en otro lugar no especificado como hospital o centro de salud, o bien, en su casa, consultorio de farmacia o partera. Finalmente, de acuerdo con los meses de gestación de estos embarazos perdidos, se encontró que las citas médicas predominantemente eran de una a tres, independientemente si el embarazo tenía un avance de siete a nueve meses.

Ante ello, es posible señalar que para las mujeres no nacidas en el país pareciera que no es lejano el conocimiento de los métodos anti-conceptivos, sin embargo, existe una población

que no los usa. Ello, es posible explicarlo de diversas formas, desde la situación conyugal, hasta la intervención de elementos sociales o culturales, o bien, una ventana de oportunidad para el sector salud en cuanto al acceso a métodos. Por su parte, la atención a embarazos perdidos muestra un segmento de mujeres que no se atiende en el sector salud formal, lo que puede desencadenar riesgos para la salud y vida de las mujeres inmigrantes en nuestro país, y que atestigua un segmento del sector de salud que debe acercarse a esta población.

Finalmente, este fue un ejercicio general que da pie a otros más exhaustivos en el tema, tal vez con metodologías de cohorte o de carácter cualitativo que den cuenta de los elementos sociales y culturales que intervienen en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y materno infantil en México.

Atención y acceso a la salud de los hogares con emigrantes de retorno de Estados Unidos en comparación con otros hogares con emigrantes internacionales, 2020

José Alfredo Jáuregui-Díaz¹, María de Jesús Ávila-Sánchez² y Jimena Méndez-Navarro³

Resumen

El estudio analiza las necesidades de atención médica y los patrones de acceso a los servicios de salud de las personas residentes en hogares con migrantes de retorno de Estados Unidos, en comparación a una tipología de migrantes en hogares relacionado con la emigración internacional y hogares sin emigrantes internacionales. Se emplean los módulos de migración, personas y viviendas del Censo de Población y Vivienda de 2020 de México. Se parte de la premisa que la experiencia migratoria puede tener un impacto significativo en la dinámica familiar y comunitaria, influyendo en la capacidad de los miembros del hogar para acceder a servicios de salud. Los resultados muestran que los miembros de los hogares con retornados de Estados Unidos tienen niveles de atención de salud bajos en instituciones públicas de seguridad social. Sin embargo, existen otros hogares aún más precarios dentro de los hogares relacionados con la emigración a Estados Unidos.

Palabras clave: Salud, migrantes, retornados, Estados Unidos, hogares.

Introducción

El estudio de la salud en los hogares retornados puede basarse en los determinantes definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, p. 16) como el “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Estos factores son numerosos y están interrelacionados. El individuo retornado a nivel unipersonal lleva un estilo de vida y comportamiento que determina su actual estado de salud. Otros componentes que influyen son los ingresos y posición social, el nivel educativo, las condiciones laborales y el tipo de trabajo realizado en el país de destino, así como la accesibilidad que tienen a los servicios de salud. Bajo esas condiciones se configura una heterogeneidad de requerimientos médicos de los migrantes retornados. Además de esta condición individual de atención sanitaria, también hay que considerar las características del hogar al que retornan. Cómo está integrado, si hay niños, adultos mayores, personas con necesidades especiales que demanden gastos regulares para cuidados adicionales en salud.

¹ Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México (alfredo.jaureguidz@uanl.edu.mx).

² Profesora-Investigadora de Universidad Autónoma de Nuevo León, México (maria.avilasnz@uanl.edu.mx).

³ Posdoctorante del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías en la Universidad Autónoma de Nuevo León (mendezjimena33@gmail.com).

Este trabajo tiene como objetivo estimar las brechas de acceso y atención a los servicios de salud de las personas en hogares con personas migrantes de retorno de Estados Unidos en comparación con los hogares de las personas con experiencia migratoria y sin ella, partiendo de una perspectiva demográfica desde el enfoque de los hogares. Uno de los aspectos importantes del presente artículo es el uso del módulo de migración internacional del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2020, como fuente de información principal, de manera adicional se utilizaron también los módulos de personas y viviendas. Se parte del supuesto de que los migrantes retornados desde Estados Unidos constituyen un grupo único dentro del amplio espectro de hogares con emigrantes, dado que tanto el propio migrante retornado como el hogar al que retorna pueden requerir servicios de salud debido al estilo de vida y actividad laboral desarrollada en el país de destino. Esto podría revelar patrones particulares en el acceso a los servicios médicos y necesidades específicas. El ciclo migratorio de estos hogares ha generado cambios en las relaciones, funciones y responsabilidades dentro de las familias y comunidades (Caballero et al., 2008), lo cual puede influir en la capacidad de los miembros del hogar para acceder a servicios de salud en sus comunidades de origen.

Es esencial continuar examinando este tema, especialmente ante el aumento esperado en las necesidades de atención médica debido al envejecimiento de las personas migrantes retornadas y sus familias y a que el gasto de bolsillo en salud puede convertirse en un factor de vulnerabilidad en el hogar cuando este escala a gasto catastrófico.

El trabajo se divide en cuatro apartados. En el primero se presenta la revisión de la literatura sobre la migración de retorno y la salud; el segundo describe el procedimiento metodológico que se siguió; en el tercer apartado

se exponen los principales resultados y en el cuarto se presentan unas breves conclusiones y recomendaciones.

Antecedentes sobre migración y acceso a la salud

En la presente revisión de la literatura sobre migración y acceso a la salud, se realizó una búsqueda exhaustiva para cada uno de los diferentes tipos de hogares con y sin vínculos con la migración que serían examinados: hogares con migración de retorno desde Estados Unidos, hogares con migrantes de retorno desde otros países, hogares con vínculos migratorios que tienen familiares en Estados Unidos o en otros países y/o que reciben remesas, y hogares sin vínculos migratorios.

Los hogares con emigrantes de retorno y los servicios de salud

De acuerdo con Serrano-Gallardo et al. (2024) para analizar el retorno migratorio y la salud, es esencial considerar tres niveles de análisis: estructurales, intermedios y transversales.

A nivel estructural, los factores económicos, sociales y políticos son importantes. Políticas migratorias, y condiciones económicas desfavorables en los países de acogida, junto con mejores oportunidades laborales en el país de origen, influyen en la decisión de regresar. La posición socioeconómica, afectada por desigualdades de género, etnia o clase social, y las condiciones estructurales del país de origen, como la insuficiencia de ayudas y beneficios de reintegración, también son decisivas. A nivel intermedio, los motivos personales y las circunstancias de vida influyen en la decisión de regresar. Las personas emigrantes pueden regresar después de una estancia exitosa, por problemas de salud, nostalgia o enfermedades graves de familiares o por un retorno no planeado. El ciclo de vida, incluyendo eventos

como matrimonio, divorcio y la educación de los hijos, es fundamental. En el nivel transversal, el capital social facilita el retorno. Los vínculos familiares y redes sociales proporcionan seguridad y apoyo emocional, ayudando a las personas emigrantes en su proceso de reinserción.

La mayoría de las investigaciones sobre la migración de retorno y salud se han centrado en los motivos de retorno y las condiciones de salud de las personas emigrantes, sin considerar las necesidades médicas de los miembros del hogar al que regresan.

Acceso a la salud de los hogares con migrantes de retorno desde Estados Unidos

Entre los principales motivos de retorno se encuentran los accidentes y enfermedades (De la Sierra et al., 2016). Garbey-Burey (2012), en su estudio sobre el retorno y la reinserción laboral de emigrantes internacionales en Monte Blanco, Veracruz, señala que el cuidado de la salud en el país de destino puede implicar mayores gastos en comparación con el lugar de origen. Al respecto, Bustamante et al. (2022, p. 6) indican que "según estimaciones del gobierno mexicano, los costos de atención médica en México son entre 36 y 86 por ciento más bajos en comparación con los costos de servicios de salud equivalentes en Estados Unidos".

A esto se suman las políticas de inmigración restrictivas, los desafíos burocráticos en materia de atención médica y el temor a la deportación, los cuales están asociados con la subutilización de la atención médica entre las personas migrantes indocumentadas en Estados Unidos. En este sentido, Rivera (2013), en su investigación sobre la migración de retorno y las experiencias de reinserción en la zona metropolitana de la Ciudad de México, documentó el caso de un entrevistado que regresó después de 10 años debido a una situación familiar. Aunque toda la familia vivía en Estados Unidos, la esposa enfermó debido a su trabajo en una tin-

tería, y él, sin un empleo con seguro médico, se vio forzado a regresar.

Romo y Bojórquez-Chapela (2018) reflexionan sobre los resultados obtenidos de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF) durante el periodo 2014-2016, donde se observa que solo 2.4 por ciento de los migrantes retornaron a México por motivos de salud. Se identificó que muchos de estos migrantes contaban con seguro médico en Estados Unidos, aunque esto no les garantizó que la atención médica fuera gratuita o de bajo costo. El perfil sociodemográfico del migrante de retorno incluye a residentes legales, hombres de mediana edad con dominio del inglés y con una escolaridad inferior a la preparatoria.

Además, plantean una interrogante: ¿cómo afecta la incapacidad de regresar a México por motivos de salud a las personas migrantes indocumentados en Estados Unidos? Esta pregunta subraya la necesidad de realizar estudios más profundos sobre esta temática, en particular como señala Bustamante et al. (2022) para migrantes indocumentados mayores, quienes podrían verse alentados para regresar a México en busca de atención médica, especialmente aquellos no elegibles para los programas *Medicare* o *Medicaid* en Estados Unidos.

En cuanto a las condiciones de salud de los emigrantes retornados, diversos estudios (Ullmann et al., 2011; Fernández-Sánchez et al., 2022) han corroborado que las personas migrantes retornadas desarrollan y tienen una mayor prevalencia de enfermedades cardíacas, trastornos emocionales/psiquiátricos, obesidad y tabaquismo que las personas no migrantes. Los emigrantes retornados reportan limitaciones físicas que se agravan con la edad, y su salud a menudo se deteriora al regresar a su país de origen debido a las dificultades de adaptación y las malas condiciones laborales experimentadas en el país de destino. Ramírez y Tigau (2018) encontraron que los que trabajan en construcción retornan con más problemas o lesiones en la espalda.

Además, Waldman (2022) señala que las políticas de control de inmigración de Estados Unidos basada en diversas formas de violencia estatal cometidas durante las interacciones interpersonales entre emigrantes y los agentes de inmigración pudieran afectar potencialmente la salud de los emigrantes que experimentan la deportación a lo largo de su vida.

Otros estudios sugieren que los migrantes mexicanos retornados, a pesar de tener perfiles de salud en sus primeros años de vida más favorables que los mexicanos no migrantes, tienen tasas significativamente más altas de trastornos físicos y/o psiquiátricos, incluso años después de su regreso (Waldman, 2022).

Es importante tomar en cuenta la hipótesis del sesgo del salmón, la cual en el contexto de la migración de retorno sugiere que las personas migrantes que regresan a su país de origen tienden a ser aquellas que están enfermas o tienen problemas de salud (Ullmann et al., 2011; Fernández-Sánchez et al., 2022). Esta hipótesis se basa en la idea de que las personas migrantes saludables tienen más probabilidades de quedarse en el país de destino, mientras que aquellos que desarrollan problemas de salud o que no pueden acceder adecuadamente a los servicios de salud en el país de destino optan por regresar a su país de origen para recibir atención médica o apoyo familiar.

El nombre “sesgo del salmón” hace referencia al comportamiento de los salmones que, al final de sus vidas, regresan a sus lugares de origen para reproducirse y luego morir. En términos de migración, la hipótesis implica que la población de emigrantes retornadas no es representativa de todas las personas migrantes, sino que está sesgada hacia aquellos que tienen peores condiciones de salud (Ullmann, Goldman, Massey, 2011; Fernández-Sánchez et al., 2022).

Esta preposición en la investigación en salud pública y la comprensión de los efectos en salud y migración de retorno, sugiere que *a priori*, los hogares con emigrantes retornados pueden

tener un componente significativo de vulnerabilidad en salud (edad, estilo de vida y condiciones laborales). Sin embargo, el hogar y comunidad a donde retornan puede ser un componente de fortalecimiento para el individuo, en virtud de que disponen de un conjunto de apoyos y redes familiares en los servicios médicos a que tienen acceso. Se puede entonces considerar que, para mitigar la vulnerabilidad individual, el retorno significa el acceso a una red familiar para cuidados y un capital social disponible. Durston (2000, p. 36) identifica dos formas principales:

“capital individual, que reside principalmente en redes interpersonales que varían de persona a persona, y la comunitaria, que reside en instituciones sociales más complejas. De la misma forma en que la reciprocidad simple es un precursor del capital social individual, éste constituye un precursor del cual puede surgir, en condiciones propicias, el capital social comunitario. El capital social comunitario emerge de las acciones de agentes individuales por maximizar su capital social individual”.

Con base en esta hipótesis Martínez-Cardoso y Geronimus (2021) encontraron que, aunque la salud de los migrantes entre México y Estados Unidos era comparable a la de sus compatriotas que no emigraron, las personas migrantes retornadas presentaban peores indicadores de salud que aquellos que permanecieron en Estados Unidos. Estos resultados pueden deberse a varias razones. Una de ellas es la aculturación que sugiere como las personas emigrantes retornadas volvieron a México porque estaban enfermos, apoyando la hipótesis del sesgo del salmón.

Sin embargo, los estudiosos especulan que el retorno por motivos de salud generalmente se debe a enfermedades graves, como cáncer o discapacidades, más que a indicadores como obesidad y circunferencia de cintura ele-

vada. Los hallazgos indican que la peor salud de las personas emigrantes retornadas puede reflejar el impacto del ambiente social estresante que soportan en Estados Unidos. Las personas emigrantes enfrentan desafíos emocionales, físicos durante el proceso de migración y adaptación, los emigrados mexicanos en Estados Unidos atraviesan también situaciones de discriminación que repercuten en la salud. Riosmena et al. (2012) establecen que hay un deterioro de la salud de los migrantes internacionales de retorno, aunque estos no tienen peor salud que los no migrantes en comunidades de origen en México.

En cuanto a la cobertura de salud y acceso a servicios de las personas emigrantes retornadas en México, los estudios han encontrado una baja cobertura en salud. Banegas-González et al. (2016) refieren que en 2000 fue de 22.8 por ciento, en 2005 de 29.1 y en 2010 alcanzó la proporción de 44.6. A pesar del incremento, la cobertura de salud de este grupo sigue siendo casi 21 puntos porcentuales menor en comparación con las personas no migrantes.

En el mismo sentido, González (2017) estimó la probabilidad de que las personas emigrantes retornadas tengan acceso a los servicios de salud es casi un tercio de la probabilidad de las personas no migrantes. Domínguez-Villegas y Bustamante (2021) señalan que los migrantes que regresan, especialmente los deportados, tienen más probabilidades de carecer de cobertura de seguro médico en México durante al menos dos años después de regresar, en comparación con los no migrantes. “En 2018, aproximadamente el 74% de las personas retornadas y el 67.5% de las personas deportadas tenían seguro médico, en comparación con el 88.4% de las personas no migrantes” (p. 12). Lo anterior también se presenta entre las personas migrantes calificadas, de acuerdo con Ramírez y Tigau (2018) usando la información censal revelan que los migrantes calificados de retorno tienen menor acceso a prestaciones laborales que el resto de los profesionales.

Al considerar el acceso a la salud de los emigrantes retornados y sus familias, Jáuregui-Díaz et al. (2022) estimaron, basándose en datos del Censo de Población y Vivienda de 2020, que solo 21 por ciento de los hogares donde el inmigrante retornado tiene un empleo cuentan con la prestación de servicios médicos para todos los miembros del hogar, debido a la falta de garantía universal de los servicios de salud en México. Además, más de 10 por ciento de los hogares unipersonales conformado por un emigrante retornado no buscan atención médica cuando tienen un problema de salud. Toro y Bautista (2019) señalan que los servicios de salud están estrechamente vinculados con las características sociodemográficas de los jefes de hogar y que la estructura familiar y la obtención de empleos estables contribuyen a reducir el nivel de vulnerabilidad.

Sobre el tipo de servicio al que acceden las personas migrantes retornadas en México, Woo y Flores (2015) concluyen que la mayoría de las personas emigrantes retornadas se atienden en los sistemas de salud privados de bajo coste como farmacias, por lo que la población recurre a estos espacios de atención médica debido a la falta de cobertura del sistema de salud en México. Bustamante et al. (2022) señalan que los migrantes de retorno perciben los servicios de salud privados como de mejor calidad que los proveedores de atención de salud pública, lo que llevó a un mayor uso de estos servicios durante la pandemia de COVID-19. Las remesas suelen financiar el pago de estos servicios médicos privados.

La baja cobertura de los servicios médico, de acuerdo con Bustamante et al. (2022, p. 4) se debe a que “Los migrantes que regresan pueden no estar familiarizados con las instituciones burocráticas y los procedimientos utilizados para inscribirse en programas públicos de seguro médico”. Además, los migrantes retornados enfrentan dificultades para cumplir con los requisitos documentales necesarios para acceder al sistema de salud mexicano, que requieren la

presentación de una identificación oficial y un comprobante de domicilio. Estos son documentos que a menudo no poseen las personas emigrantes de retorno, especialmente si han vivido muchos años en Estados Unidos (p. 8). Sin embargo, a los trámites personales para acceder se le añaden las reformas al sistema de salud pública que han afectado su operatividad, particularmente en el suministro de medicamentos.

Los estudios se centran en los emigrantes retornados de manera individual, por lo que sabemos poco sobre las condiciones y el acceso a los servicios de salud de las familias a las que regresan. Castañeda et al. (2018) afirman que, en algunos casos, la migración se inició para costear la atención médica de un familiar cuando el escenario actual, es un retornado con salud debilitada, con un contexto de barreras estructurales en el lugar de retorno que limitan el acceso a los servicios de salud, sea por requerimientos burocráticos o bien por condiciones de infraestructura médica en el lugar de origen.

Acceso a la salud en hogares con migrantes de retorno desde otros países

Por su cuantía, el segundo flujo migratorio de México hacia otros países es el que se dirige a Canadá. La migración mexicana a Canadá se distingue por tener dos importantes vertientes de acuerdo con Osorno y Li (2023) una migración laboral agrícola de carácter temporal, ordenada y regular, el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá (PTAT) y por otro, una migración económica permanente o temporal con alta calificación escolar, poca población tiene menos de 25 años o más de 55 años. Destaca el flujo migratorio de trabajadores agrícolas que surge en 1974, cuando Canadá y México firmaron el PTAT. La tasa de participación de mexicanos en el PTAT ha crecido de manera constante en función de la demanda canadiense de mano de obra, ya que en 1974 se inscribieron 203

trabajadores y para 2007 laboraron en Canadá más de 14 mil trabajadores, cifra que se incrementó a 21 499 personas en 2015, a 24 158 para 2021 y a 26 039 para 2023 (Lobato et al., 2010; Osorno y Li, 2023; OIM, 2024), los cuales retornan cada año al finalizar el periodo de contratación.

Cabe señalar que, en Canadá, la literatura sobre problemas de salud relacionada con las personas migrantes temporales es incipiente, antes de ser contratados los trabajadores han de aprobar un certificado de salud por lo que son trabajadores que inician sanos cuando viajan a Canadá, sin embargo, y a pesar de que trabajan en unas de las ocupaciones más peligrosas. Debido a múltiples factores como: las posturas que deben mantener al desempeñar su labor; la exposición a químicos, tierra, plantas y animales; las extremas condiciones climáticas; el manejo de maquinaria pesada, y la realización durante lapsos prolongados de una sola actividad mecánica. Por ejemplo, no hay en el retorno a México, un requisito que avale la condición médica del trabajador al finalizar su contrato y en parte la justificación es que se controla con el uso de los servicios médicos en Canadá.

En cuanto a sus condiciones de salud, algunos estudios han evidenciado las situaciones de riesgo que experimentan los trabajadores agrícolas migrantes mexicanos en Canadá, que los hacen estructuralmente vulnerables en el ámbito de la salud, por tres condiciones de exposición una es la vivienda asignada, otra es la situación laboral en la que desarrollan sus actividades y finalmente, el acceso a servicios de salud.

Otro aspecto que señalan Díaz y McLaughlin (2016) son las condiciones del contrato temporal del trabajo que priorizan la productividad y la eficiencia de los trabajadores y son evaluados por parte de los empleadores, así que los trabajadores no dejan de laborar cuando se lastiman o se enferman debido a que tienen miedo de perder el empleo o a que no los contraten en la siguiente temporada.

“Aunque los trabajadores agrícolas temporales tienen acceso al seguro de salud en Canadá, los que están enfermos son enviados a sus países intempestivamente y/o no son contratados para el año siguiente, la amenaza de expulsión del programa funciona como mecanismo de control de los trabajadores, ya que los mantiene alejados de tratamientos de asistencia médica y, por lo tanto, no son manifestados en los reportes de salud (Díaz y McLaughlin, 2016, p. 89).

Aquellas personas migrantes que acceden a los servicios de salud en Canadá enfrentan un sinfín de problemas entre los que destacan que no cuentan con traductores en los servicios médicos para que puedan entender los problemas de las personas migrantes mexicanas.

Una vez que las personas migrantes participantes del PTAT retornan a México ni ellos ni sus familias tiene acceso a la seguridad social. Pese a que las personas migrantes agrícolas presentan “diferentes problemas en la piel, los ojos, tipos de cáncer, impactos neurotóxicos, musculoesqueléticos, enfermedades respiratorias, problemas reproductivos y mentales, como resultado de la ocupación que desempeñaron en Canadá” (Díaz y McLaughlin, 2016, p. 90).

Lobato et al. (2010) realizaron una investigación epidemiológica sobre el perfil de tuberculosis pulmonar en las familias de los migrantes mexicanos que participan en el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá, específicamente en la comunidad de Guadalupe Zaragoza, Tlahuapan, Puebla. Mediante pruebas de laboratorio, se identificó que 13 por ciento de la muestra padecía tuberculosis pulmonar latente. Si bien, este resultado era el esperado, porque los migrantes suelen retornar con una salud deteriorada y la tuberculosis es uno de los principales problemas de salud que enfrentan, lo significativo del hallazgo es la posibilidad de activación de la enfermedad entre los miembros del hogar, suceso especial-

mente preocupante en la población pobre, que es más propensa a la inmunodepresión.

En cuanto a la salud de las mujeres parejas de migrantes, siete de cada diez manifestaron haber tenido algún padecimiento mientras su pareja se encontraba en Canadá, principalmente síntomas de estrés y fatiga. Aunque sus ocupaciones no varían con la ausencia de su pareja, el contexto de estar solas afecta su salud, ya que su carga de trabajo aumenta, al igual que el desgaste físico y mental. Lo que muestra como la migración de un miembro del hogar produce malos resultados de salud para los miembros de la familia que no migran.

Kurczyn y Pastrana (2016) han documentado que los derechos de las personas participantes del PTAT se han ido deteriorando paulatinamente, en particular, las cláusulas sobre la cobertura médica, ya que en el Contrato de Trabajo para Trabajadores Agrícolas Temporales Mexicanos en Canadá-2014 estipula que el trabajador deberá pagar un seguro por enfermedad, accidente ocupacional y no ocupacional y muerte, lo que es una obligación del empleador. Para enfrentar esta problemática es necesario que México realice una negociación más equitativa generando algún mecanismo que permita incorporar a los trabajadores migrantes a un régimen de seguridad social obligatorio para sus familias residentes en territorio mexicano.

Acceso a la salud en hogares con vínculos migratorios (migrantes)

Varios estudios concluyen que la migración de un miembro del hogar produce malos resultados de salud para los miembros de la familia que no migran. Una pequeña literatura aborda los resultados de salud entre los hogares en los que algunos miembros han migrado a Estados Unidos.

Estos trabajos atribuyen los aumentos de la mortalidad infantil (Kanaiaupuni y Donato, 1999), transmisión de hábitos y estilos de vida

(remesas sociales) que pueden ser incompatibles con resultados saludables puede perjudicar aún más la salud en familias con miembros migratorios (Levitt, 1997). Vilar-Compte et al. (2021) demostraron que los niños que forman parte de las redes de migrantes presentan un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad, lo cual sugiere una relación significativa entre la obesidad infantil y la migración internacional en los hogares mexicanos.

Además, la importación de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis o el VIH (Pérez-Stable et al., 1986). En este sentido, Salgado et al. (2010) comparando la salud de los miembros de hogares con migrantes y no migrantes en la Mixteca, encontraron que las mujeres de hogares migrantes reportaron más enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes y, aunque no de manera significativa, más enfermedades infecciosas como tuberculosis y neumonía. Rivas-Heredia et al. (2013), encuentran que las mujeres que tienen una relación familiar con un migrante presentan síntomas de fatiga, insomnio, afecto deprimido y somatización provocados principalmente por la ausencia física y afectiva de la pareja, seguido de la incertidumbre y preocupación por el migrante, lo que afecta su salud mental.

En cuanto al acceso a los servicios médicos, Salgado et al. (2010) señalan que un porcentaje significativamente mayor de miembros de hogares migrantes (25.7%) utilizaba servicios privados de salud, en comparación con miembros de hogares no migrantes (19.7%). Mientras que González-Block et al. (2013), señalan que casi ocho de cada diez migrantes reportaron que sus familiares en México habían incurrido en gastos de bolsillo, y siete de cada diez no habían podido pagar la atención médica. El 51.3 por ciento de los familiares usaron servicios médicos privados, mientras que solo 36.5 utilizó servicios públicos. El gasto anual promedio en salud fue de 612 dólares, siendo considerablemente mayor para

aquellos que acudieron a servicios privados (825 dólares) en comparación con quienes usaron proveedores públicos (293 dólares).

Por otro lado, Caballero et al. (2018), en su investigación sobre comunidades con alta migración, descubrieron que las decisiones de las mujeres parejas de migrantes para buscar servicios de salud sexual y reproductiva están influenciadas por la estructura familiar y las redes de apoyo disponibles. Durante emergencias médicas, estas redes son fundamentales, facilitando y guiando la búsqueda de atención médica en momentos de incertidumbre. Los miembros familiares también cumplen un rol crucial al ofrecer consulta y consejo. Aunque en otros casos pueden representar una menor capacidad de decisión para buscar servicios médicos.

Los estudios han demostrado que la salud de los miembros del hogar se ve impactada por la migración de algunos de sus miembros o que la decisión de migrar estuvo influenciada por el estado de salud de algún familiar, lo que muestra la interconexión entre los migrantes y sus dependientes.

Acceso a la salud en hogares con vínculos migratorios (remesas)

Las remesas son transferencias monetarias o en especie que los migrantes envían a sus familiares en México. Estos recursos permiten a los migrantes y sus familias acceder a bienes y servicios que de otro modo no podrían permitirse, como alimentos, vivienda, bienes de consumo y salud. El acceso a la salud ha recibido menos atención en la literatura.

La mayoría de los estudios se han centrado en investigar hasta qué punto los hogares mexicanos dependen de las remesas para pagar la atención médica. Amuedo-Dorantes y Pozo (2007) y Valero-Gil (2008), utilizando datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), estiman que los hogares destinan entre 5 y 10 por ciento de sus remesas

a servicios de atención primaria. Amuedo-Dorantes y Pozo (2011), utilizando datos de la ENIGH de 2002, concluyeron que las remesas internacionales incrementan los gastos en atención de salud. Según sus hallazgos, los hogares que reciben remesas gastan más en atención primaria que aquellos que no las reciben. En promedio, los hogares que reciben remesas obtienen 6,109 pesos por trimestre, lo que incrementa sus gastos en atención de salud en 367 pesos, es decir, 50 por ciento más (Amuedo-Dorantes y Pozo, 2011). Mora y Cambero (2015), usando la misma fuente de información, estiman que “el gasto proporcional en Salud a nivel nacional en los hogares con remesas fue superior en 2.06 por ciento para el 2000, 1.46 para el 2005 y 1.86 para el 2010”, fluctuaciones atribuibles a la variabilidad de los flujos de remesas en el periodo. Pese a que las remesas en el hogar como proporción destinadas al rubro de gastos en salud son poco significativa respecto a otros rubros. Sin embargo, de acuerdo con Díaz-González y Ramírez-García (2017), sin los ingresos por remesas, “muchas familias están incapacitadas para financiar sus gastos en salud, cualquiera que sea el nivel de este gasto y tendrán mayor probabilidad de que el gasto en salud llegue a ser catastrófico” (p. 72).

En cuanto al acceso a los servicios médicos, Frank et al. (2009) señalaban que las personas sin cobertura de seguro o cubiertas por el Seguro Popular tienen significativamente más probabilidades de residir en hogares que gastan remesas en atención médica, en comparación con aquellos cubiertos por un seguro basado en el empleo. Amuedo-Dorantes y Pozo (2011) también destacan que los hogares con algún tipo de cobertura médica (ya sea a través de su empleo o mediante su participación en Progres) gastan menos ingresos adicionales por remesas en atención médica que los hogares sin cobertura.

González-Block et al. (2013) indican que, en promedio, los gastos en servicios privados fueron 825 dólares anuales, comparados con 293 dólares en proveedores públicos. Por lo tanto, las remesas son un factor económicamente significativo en los gastos de atención médica. Los hogares de localidades con alta o muy alta intensidad migratoria pueden depender aún más de las remesas como mecanismo compensatorio debido al acceso limitado a la atención médica, debido a que algunas localidades de alta intensidad migratoria son rurales o semirurales y no tienen acceso a infraestructura médica de segundo y tercer nivel.

Los resultados de las investigaciones evidencian una relación positiva entre remesas y salud. Sin embargo, los estudios no examinan cada uno de los gastos en salud que son diversos, desde comprar medicinas que habitualmente ocupa algún miembro del hogar o para una emergencia médica de un integrante, ya que la mayor parte del gasto se destina a comprar medicina (García-Amador et al. 2023). Además, no se considera la estructura de los hogares, que pueden tener diferentes problemas de salud y actitudes hacia el gasto en salud.

Con relación a las remesas enviadas desde Canadá por parte de los trabajadores temporales estimando que dura la estancia de seis a ocho meses los envíos de remesas son constantes y destinados en la mayoría de los casos a la alimentación, educación y mejoras en la vivienda. De la literatura revisada no se encontró evidencia que muestre un gasto específicamente destinado a la salud, sin embargo, sí se identificó que las remesas destinadas a las mejoras en la vivienda han sido utilizadas en los hogares con trabajadores temporales a Canadá y que estas mejoras, se observan en los hogares cuando los miembros han pasado más de cinco temporadas consecutivas emigrando.

Acceso a la salud en hogares sin vínculos migratorios

En cuanto al acceso a los servicios de salud, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2023), México tenía una cobertura de 72.4 por ciento para un conjunto básico de servicios en 2021, lo cual representa una de las cifras más bajas entre los países miembros de la OCDE.

Según datos del INEGI, en 2020, 45.0 por ciento de la población estaba afiliada a alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE-estatal, Pemex, Sedena o Semar); 26.1 tenía acceso a servicios de salud a través del INSABI; 0.8 se beneficiaba del Programa IMSS-Bienestar, y el resto tenía afiliación a otras instituciones públicas o privadas. Por otro lado, 26.2 de la población no estaba afiliada a ninguna institución de salud (INEGI, 2020).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021 sobre COVID-19 estimó que 56 por ciento de la población que buscó servicios de salud se atendió en el sector privado (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2022). Destaca que 22.2 fue atendido en consultorios médicos privados ubicados en domicilios particulares y 19.9 en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) (INSP, 2022). En los años recientes, los CAF experimentaron un auge en el rubro de los servicios de primer contacto para la población mexicana, incluidas las personas con acceso a los servicios de seguridad social, pues para 2021 dieron servicio a 11 por ciento de derechohabientes del IMSS, 11 del ISSSTE, 11 de otros servicios de salud públicos, 29 de personas con seguro médico privado y 24 de personas sin derechohabencia a instituciones de seguridad social (ISS) (INSP, 2022).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) en 2018, el gasto promedio de los hogares en salud era de 1,028 pesos; para 2022, el monto ascendió a 1,345 pesos, que representaba 3.4

por ciento del gasto corriente monetario. En 2020, 4.6 por ciento de los hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema realizó un gasto catastrófico en salud; en contraste con 3.7 de los hogares considerados no vulnerables por ingresos incurrieron en este tipo de gasto (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2023).

Es importante destacar que entre 2019 y 2023 se han realizado varias reconfiguraciones en el sistema de salud en México, como la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2019, su posterior desaparición en 2023, la implementación del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), y más recientemente, la introducción del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) en 2022. Estos cambios modificaron la estructura organizacional y la coordinación para la atención médica entre el Gobierno Federal y las entidades federativas en un periodo relativamente corto, generando incertidumbre entre la población ante el deterioro de las vías disponibles para recibir atención médica (CONEVAL, 2023). Además, persiste un problema significativo de suministro de medicamentos.

Metodología

La principal fuente de información para el estudio de la emigración internacional en México ha sido el censo de población y vivienda. Para aproximarse a la migración de retorno se han empleado tres métodos: 1. El método tradicional, basado en las preguntas sobre lugar de nacimiento y lugar de residencia. 2. El uso de la pregunta sobre migración reciente. 3. El módulo sobre migración internacional que indaga sobre los miembros del hogar que emigraron a otro país, los tiempos de estancia en lugar de destino y las causas que motivaron el desplazamiento.

De acuerdo con Pederzini (2018), el módulo de migración internacional es una herramienta valiosa para el estudio de la migración.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre migración se han realizado utilizando la pregunta sobre migración reciente, y pocos estudios han utilizado el módulo de migración (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2018; Pederzini, 2018; Franco y Granados, 2018; Calva, 2022).

Las estimaciones de la migración de retorno con el método clásico difieren de las estimaciones realizadas con el módulo de migración internacional, porque utilizan diferentes temporalidades. El método clásico investiga entre los residentes quienes se encontraban en otro país hace exactamente sesenta meses. Como el censo 2020 se realizó en marzo del año 2020, la pregunta se refiere al lugar de residencia en marzo del año 2015. Si en ese momento la persona residía en otro país, se considera migrante de retorno.

En contraste, el módulo de migración pregunta por el cambio de residencia a otro país durante un periodo de setenta meses. Específicamente, en el censo del año 2020, se pregunta por el lugar de residencia entre marzo del año 2015 y marzo del año 2020.

El estudio fue realizado empleando los microdatos de los módulos de migración, vivienda y personas del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda del año 2020 realizado por el INEGI. Para identificar los hogares con miembros retornados y vinculados a la migración internacional, se utilizaron las siguientes preguntas del cuestionario ampliado:

Durante los últimos cinco años, esto es, de marzo de 2015 a la fecha, ¿alguna persona que vive o vivía con ustedes (en esta vivienda) se fue a vivir a otro país? Esta pregunta permite captar a los miembros del hogar que emigraron a otro país en los últimos cinco años.

¿A qué país se fue (NOMBRE)? Esta pregunta complementa la anterior al identificar el país de destino de la emigración.

Adicionalmente, se utilizaron las siguientes preguntas para conocer el retorno de los miembros del hogar:

- ◆ ¿En qué mes y año (NOMBRE) se fue a vivir a otro país la última vez? Esta pregunta permite conocer la fecha de la emigración.
- ◆ ¿En qué mes y año regresó (NOMBRE) a la República Mexicana? Esta pregunta identifica el mes y año de retorno al país.
- ◆ ¿Actualmente (NOMBRE) vive? Las opciones de respuesta son en los Estados Unidos, en otro país y en México. Esta variable de control permite conocer el lugar de residencia actual de los miembros del hogar.

Con esta información, el análisis se enfocó en reconstruir los hogares que manifestaron tener miembros que emigraron a otro país y posteriormente regresaron al hogar en el periodo 2015-2020 o todavía continúan viviendo en otro país, se conformó el primer grupo de hogares, en el que algún miembro es migrante retornado.

Las preguntas del módulo de migración internacional del cuestionario ampliado del censo 2020 están referidas a miembros de hogares censales, la información captada en primera instancia es de personas. De acuerdo con los datos, entre marzo de 2015 y marzo de 2020, se contabilizaron 802 807 personas que emigraron a otro país. De ellas, 83.6 por ciento tuvo como destino Estados Unidos, mientras que 16.4 restante se dirigió a otros países, destacándose por su cuantía Canadá, España, Alemania y Francia, entre otros.

Estas 802 807 personas emigrantes se agruparon en un total de 675 209 hogares censales. De estos hogares con miembros que emigraron, 87 por ciento reportaron tener un familiar que emigró, 12 por ciento tiene entre dos o tres miembros que emigraron y uno por ciento tiene cuatro o más miembros que emigraron. En cuanto al país de destino de la emigración en hogares censales, 82.6 por ciento se dirigió a Estados Unidos, 16.9 a otro país y el restante 0.5 emigró tanto a Estados Unidos como a otros países.

Las causas que los familiares en los hogares censales manifestaron como motivos para emigrar varían de acuerdo con el lugar de destino. Por ejemplo, aquellos que se dirigieron a Estados Unidos lo hicieron principalmente por motivos laborales y familiares. En contraste, las personas que emigraron a otros países declararon que el motivo más importante fue realizar estudios, en comparación con los motivos laborales.

En los hogares censales con miembros que emigraron a otros países, 77.8 por ciento de los miembros de estos hogares todavía permanecían en los países de destino, mientras que 21.4 manifestó que el miembro había regresado al hogar. Además, hay una pequeña proporción de hogares (0.7%) donde confluyen dos trayectorias, miembros que retornaron al país y miembros que aún permanecen en el país de destino.

Entre los hogares con familiares retornados 22.2 por ciento (149 591) se tuvo que diferenciar en los grupos según el lugar de procedencia, de Estados Unidos (105 533 hogares), otros países (43 187 hogares), y Estados Unidos y otros países (871 hogares).

Pero ¿por qué retornaron? Los motivos de retorno al país varían según el lugar de procedencia del miembro del hogar. Para quienes emigraron a Estados Unidos, el motivo principal del retorno fue la familia. En cambio, los miem-

bros de los hogares que emigraron a otros países retornaron principalmente para continuar con sus estudios. Probablemente, esto está relacionado con los motivos que impulsaron el desplazamiento inicial de esta cohorte. En cuanto a la temporalidad, de acuerdo con Calva (2022) 61 por ciento de los que emigraron su estancia duró menos de un año, 27 de 1 a 3 años y 8 por ciento de 3 a 5 años.

La cohorte de hogares censales con miembros retornados de Estados Unidos es el grupo de control de este estudio. Este grupo se compara con otros grupos de hogares censales que tienen diferentes tipos de vínculos con la migración internacional, como hogares censales con familiares que permanecían en marzo de 2020 en Estados Unidos u algún otro país, así como los hogares que no tienen vínculo con la migración.

Para conocer los diferentes patrones de acceso a la salud, fue necesario realizar una primera tipología de hogares censales combinando los datos del módulo de migración sobre país de destino y tiempos de estancia. Esto permitió identificar si el familiar que emigró a otro país retornó al hogar o aún permanece en lugar a donde emigró. Como resultado del tratamiento de los datos, se obtuvieron cinco grupos de hogares censales con diferentes vínculos con la migración, cuya distribución se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1.
México. Distribución porcentual de hogares censales con familiares en otros países según residencia en marzo de 2020

Lugar de emigración en 2015 y lugar de residencia en marzo del 2020	Porcentaje
Hogares con miembros que emigraron y permanece en Estados Unidos	59.2
Hogares con miembros que emigraron y retornaron de Estados Unidos	15
Hogares con miembros que emigraron y permanece en otros países	9
Hogares con miembros que emigraron, pero desconocen el país de destino específico, aunque saben que permanece en otro país (excepto EU)	8.8
Hogares con miembros que emigraron y retornaron de otro país (excepto EU)	6.1
Hogares con miembros que tienen otros vínculos con la migración internacional ¹	1.8

Nota: ¹Se refiere a hogares que tienen miembros que retornaron, pero también cuentan con miembros que permanecen en otro país.
 Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

A la tipología anterior, se agregó el criterio sobre recepción de remesas, debido a que en la literatura se ha documentado que tiene un impacto significativo en el acceso a la salud de los miembros del hogar (González-Block et al., 2013). Los 675 209 hogares censales con miembros en algún país distinto a México, que han emigrado en los últimos cinco años, deben sumarse a los hogares censales que reciben remesas de otros países, los cuales ascienden a 1 768 651, represen-

tando 5.1 por ciento del total de los hogares. Estas remesas provienen de migrantes más antiguos, no captados en el último censo lo que indica que perduran los vínculos con la migración internacional. Como resultado, se obtuvo que, del total de hogares censales del país, 2 200 715 se encontraban vinculados por algún miembro del hogar a la migración internacional y a la condición de recepción de remesas, se construyeron 13 grupos de hogares (véase cuadro 2).

Cuadro 2.
México. Distribución porcentual de hogares censales relacionados con la migración internacional en marzo de 2020 y la recepción de remesas

Relación con migración internacional y la recepción de remesas	Porcentaje de hogares
1 Hogares con miembros que reciben remesas	69.3
2 Hogares con miembros que emigraron, permanece en Estados Unidos (EU) y reciben remesas	9.2
3 Hogares con miembros que emigraron y permanece en Estados Unidos	9
4 Hogares con miembros que emigraron y retornaron de Estados Unidos	4
5 Hogares con miembros que emigraron, pero desconocen el país de destino específico, aunque saben que permanece en otro país (excepto EU)	2.1
6 Hogares con miembros que emigraron y permanece en otro país (excepto EU)	2.3
7 Hogares con miembros que emigraron y retornaron de otro país	1.8
8 Hogares con miembros que emigraron, retornaron de Estados Unidos y reciben remesas	0.6

continúa...

Cuadro 2.
México. Distribución porcentual de hogares censales relacionados con la migración internacional en marzo de 2020 y la recepción de remesas

	Relación con migración internacional y la recepción de remesas	Porcentaje de hogares
9	Hogares con miembros que emigraron, pero desconocen el país de destino específico, pero saben que permanece en otro país y reciben remesas	0.6
10	Hogares con miembros que emigraron, permanece en otro país y reciben remesas	0.4
11	Hogares con miembros que tienen otros vínculos con la migración internacional	0.4
12	Hogares con miembros que tienen otros vínculos con la migración internacional y reciben remesas	0.1
13	Hogares con miembros que emigraron y retornaron de otro país y reciben remesas	0.1
	Total	100

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

Se eligieron seis grupos por su validez estadística:

- ◆ Hogares con miembros que emigraron y retornaron de Estados Unidos.
- ◆ Hogares que reciben remesas (HMRR).
- ◆ Hogares con miembros que retornaron de otros países (excepto EE. UU.) (HMRO-P).
- ◆ Hogares con miembros que emigraron y permanecen en otros países (excepto EE. UU.) (HMEPO-P).
- ◆ Hogares con miembros que emigraron y permanecen en Estados Unidos (HMEPEU).
- ◆ Hogares con miembros que emigraron, retornaron de Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR).
- ◆ Hogares con miembros que emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR).
- ◆ Hogares sin miembros vinculados con la migración internacional (HSMVMI).

En su conjunto, las siete categorías de hogares censales mencionadas, que incluyen los hogares con miembros que emigraron y retornaron de Estados Unidos, junto con los seis grupos de hogares vinculados a la migración internacional, representan 96.2 por ciento del total de hogares censales mexicanos relacionados con la migración internacional en marzo de 2020.

El grupo de referencia del estudio estuvo compuesto por personas que viven en hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU). Estos se comparan con los seis de hogares seleccionados, en los cuales al menos uno de sus miembros tiene alguna relación con la emigración internacional. Además, se incluyó un octavo grupo, los hogares sin miembros vinculados con la migración internacional (HSMVMI).

Para conocer la atención y acceso a la salud de los de los hogares censales con miembros que emigraron y retornaron de Estados Unidos en relación con los siete grupos, se utilizaron las preguntas 5 y 8 de la II sección del módulo de personas del cuestionario ampliado (INEGI, 2021), junto con otras variables contextuales.

La atención a servicios de salud se agrupó en seis categorías:

- ◆ Instituciones públicas de seguridad social que incluye Seguro Social (IMSS), ISSSTE, ISSSTE Estatal; PEMEX, Defensa o Marina.
- ◆ Sin derechoabiencia a instituciones de seguridad social (servicios a población abierta) que incluye Seguro Popular, Nueva Generación (Siglo XXI), Instituto de Salud para el Bienestar, IMSS-PROSPERA, IMSS-BIENESTAR.

- ◆ Consultorio, clínica u hospital privado.
- ◆ Consultorio adyacente de farmacia.
- ◆ Otro lugar.
- ◆ No se atiende.
- ◆ En contra parte, en la afiliación a los servicios de salud se utilizaron en cinco categorías:
- ◆ Instituciones públicas de seguridad social que incluye Seguro Social (IMSS), ISSSTE, ISSSTE Estatal; PEMEX, Defensa o Marina.
- ◆ Sin derechoabiencia a instituciones de seguridad social (servicios a población abierta) que incluye Seguro Popular, Nueva Generación (Siglo XXI), Instituto de Salud para el Bienestar, IMSS-PROSPERA, IMSS-BIENESTAR.
- ◆ Seguro privado.
- ◆ Otra institución.
- ◆ No está afiliada ni tiene derecho a servicios médicos.

Resultados

Los ocho grupos de hogares censales con miembros retornados, con y sin vínculos migratorios, seleccionados para el estudio, presentan características sociodemográficas particulares relacionadas con su ciclo de vida, lo que tiene implicaciones importantes para la atención y el acceso a la salud. En particular, los hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU) tienen una composición por sexo equilibrada, con 50.1 por ciento de hombres y 49.9 de mujeres, similar a la de los hogares sin miembros vinculados con la migración internacional (HSMVMI), que tienen una distribución de 48.9 hombres y 51.1 mujeres.

En comparación, otros grupos de hogares vinculados con la migración internacional presentan una composición más feminizada. Por ejemplo, los hogares con miembros que emigraron permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR) tienen una mayor proporción de mujeres (56.9%) que de hombres

(43.9%). En los hogares que reciben remesas (HMRR) la proporción de mujeres es de 54.3 por ciento, mientras que de hombres es 45.7. En los hogares con miembros que emigraron y permanecen en otro país (HMEP-OP), la proporción de mujeres es de 52.9, en comparación con 47.1 de hombres. En los hogares con miembros que emigraron y permanecen en Estados Unidos (HMEP), la distribución por sexo es de 52.6 mujeres y 47.4 hombres. Esto sugiere que las mujeres en estos hogares podrían estar asumiendo la toma de decisiones en ausencia de los miembros masculinos, lo que puede influir en cómo se accede a los servicios de salud y en la priorización de las necesidades de atención médica dentro del hogar, como lo señala Rivas-Heredia (2013) y Caballero et al. (2018).

La composición por sexo entre estos grupos de hogares censales afecta las necesidades y patrones de acceso a los servicios de salud, ya que tanto hombres como mujeres pueden requerir diferentes tipos de atención médica y enfrentar distintas barreras para acceder a estos servicios.

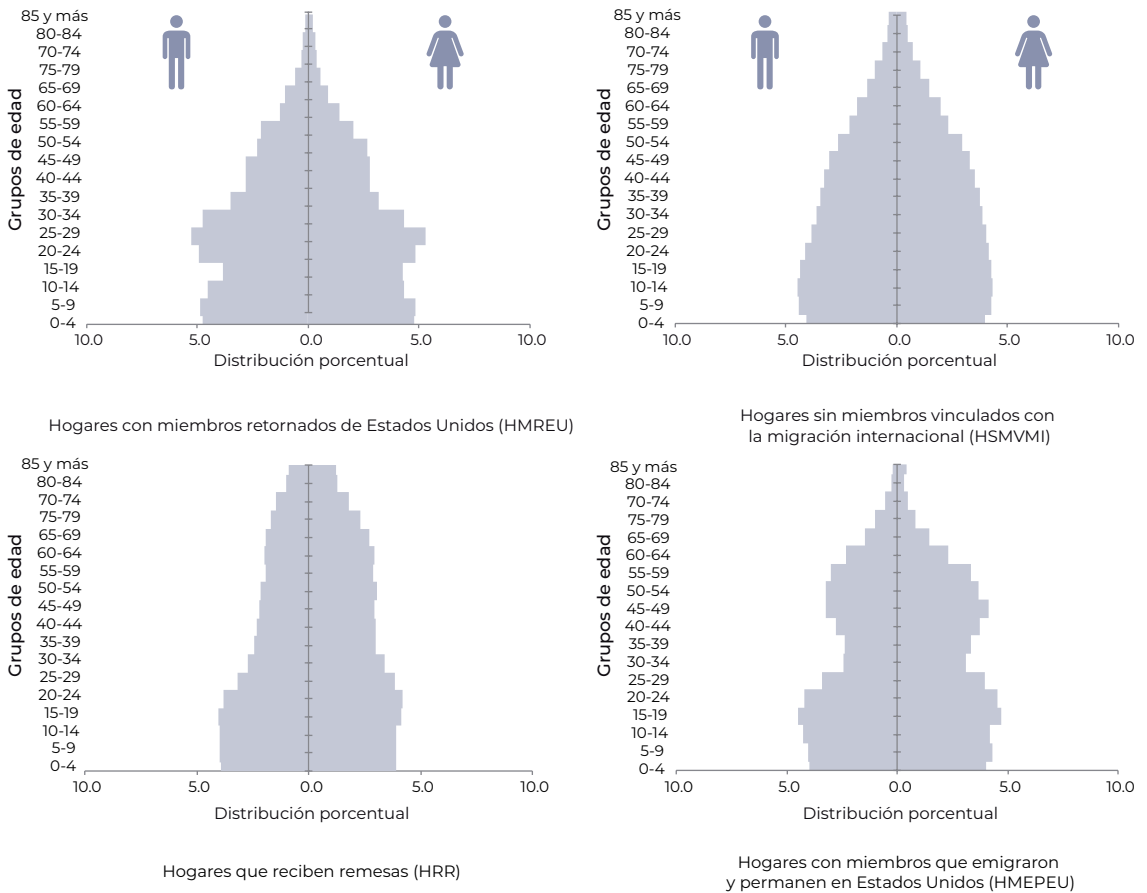
Los hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU) registraron una edad mediana de 26 años, similar a la de los hogares con miembros que emigraron, retornaron de Estados Unidos y reciben remesas (HMEREU-RR) cuya edad mediana es de 27 años. En comparación, los hogares con miembros que emigraron permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR) tiene una edad mediana de 23 años. Estos tres grupos de hogares censales se consideran hogares jóvenes, pero presentan estructuras de edad y sexo distintas.

En los hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU), se observa una etapa expansiva con todos sus integrantes en hogar. En contraste, los hogares con miembros que emigraron, retornaron y reciben remesas (HMEREU-RR) y aquellos cuyos miembros emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR) son hogares feminizados y con muchos menores de edad. En los primeros

(HMEREU-RR), la mayor presencia de mujeres ocurre después de los cuarenta años, ya que el miembro que emigró y retornó durante el quinquenio 2015-2020, pero probablemente otro familiar permanece en Estados Unidos enviando remesas. En los segundos (HMEREU-RR), la feminización comienza a partir de los 25 años y persiste durante todas las edades productivas y reproductivas (véase gráfica 1). En estos hogares se

esperaría un acceso mínimo a la seguridad social, ya que dependen de los ingresos por transferencias y no cuentan con empleo formal, lo que limita su acceso a la seguridad social. Como resultado, es probable que utilicen los consultorios adyacentes a farmacias para recibir atención médica. García, Mora, Van Garemén (2023), observan una mayor carencia de acceso a los servicios de salud en los hogares receptores de remesas.

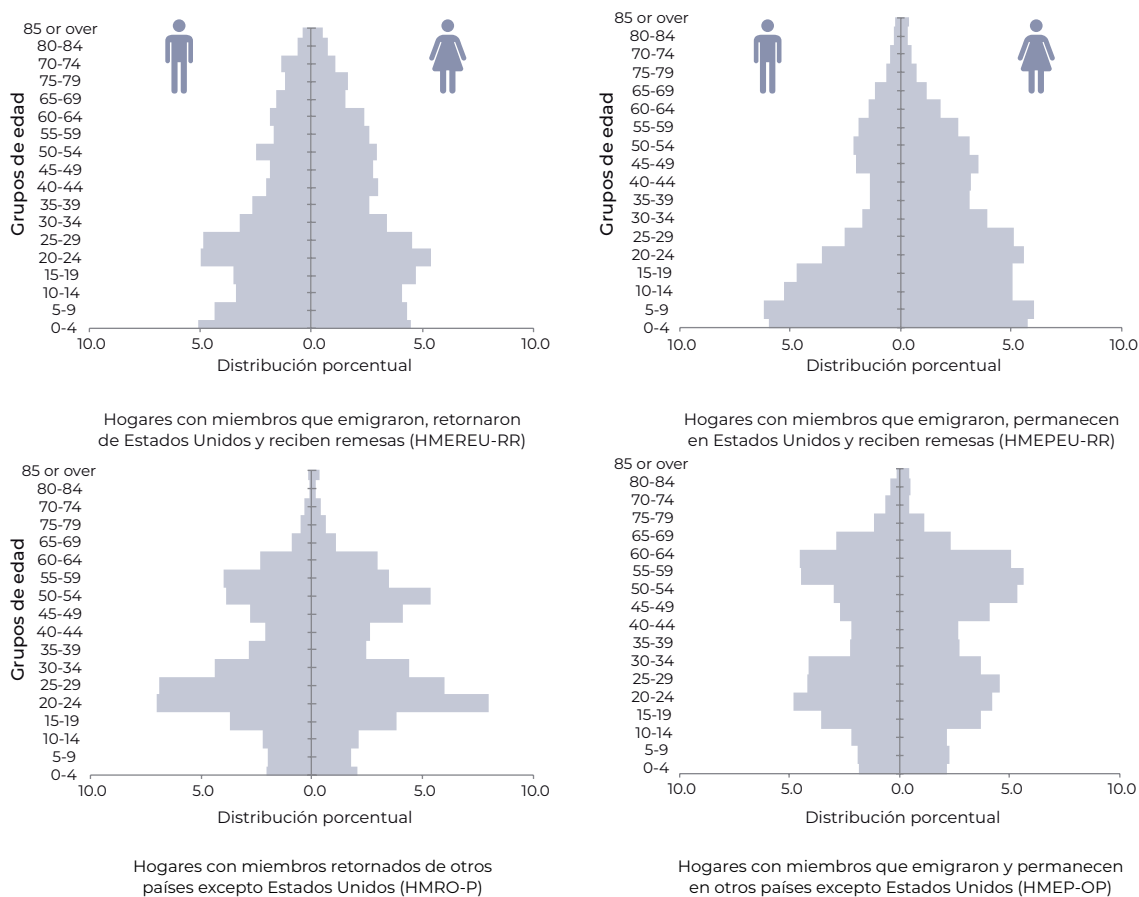
Gráfica 1.
México. Estructura por grupos de edad y sexo de los hogares censales relacionados y no con la migración internacional, 2020



continúa...

Gráfica 1.

México. Estructura por grupos de edad y sexo de los hogares censales relacionados y no con la migración internacional, 2020.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

Los hogares con miembros que reciben remesas (HRR) mostraron una distribución demográfica particular: una pirámide de forma rectangular estacionaria con una alta proporción de niños, jóvenes, adolescentes y adultos mayores. En general, los hogares con miembros que emigraron y permanecen en otro país (HMEP-OP), presentaron niveles bajos de fecundidad, con una concentración de personas entre 20-34 años, así como mayores de 55 años. Además, se observó un déficit de hombres y mujeres en el rango de edad de 30 y 54 años.

La diferencia en la escolaridad acumulada también fue notable: los hogares con miem-

bro que retornaron de Estados Unidos (HMREU) revelaron una mediana de 9 años de escolaridad, un nivel intermedio en comparación con los hogares con miembros que retornaron de otro país (HMRO-P) y los hogares con miembros que emigraron y permanecen en otro país (HMEP-OP), que mostraron medianas de 15 y 13 años respectivamente. Los niveles más bajos de escolaridad se observaron en los hogares con miembros que reciben remesas (HRR) y los miembros de los hogares que emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR) con una mediana de 6 años de escolaridad. Los HMRO-P y HMEP-OP parecen ser

hogares con padres e hijos(as) que poseen algún grado de educación superior, lo que sugiere que podrían estar más protegidos por algún sistema de seguridad social y tener acceso a servicios de salud privados.

El tipo de hogar más común de los hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU) fue familiar nuclear, representado 67.9 por ciento del total, una proporción significativamente mayor en comparación con otros grupos analizados. Esta tendencia probablemente está relacionada con el reagrupamiento familiar tras el retorno del miembro que se encontraba en Estados Unidos, donde

la familia, compuesta por jefa(e), esposa(o) e hijos(as), vuelve a estar completa.

En los hogares con miembros que emigraron, retornaron de Estados Unidos y reciben remesas (HMEREU-RR), los hogares con miembros que emigraron y permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR) y los hogares con miembros que reciben remesas (HRR), los hogares de tipo familiar ampliado superan el tercio del total, es decir, aquellos donde además del jefa(e), esposa(a) e hijos(as), vive algún otro familiar del jefe(a) del hogar. Este tipo de arreglo familiar suele ocurrir cuando un miembro está fuera del país (véase cuadro 3).

Cuadro 3.
México. Distribución porcentual por tipo de hogar de los hogares censales relacionados y no con la migración internacional, 2020

Tipo de hogares según vínculo con la migración	Hogar Familiar			Hogar no familiar	
	Nuclear	Ampliado	Compuesto	Unipersonal	Corresidente
Hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU)	67.9	24.2	0.8	6.2	0.9
Hogares que reciben remesas (HRR)	47.9	34.4	0.8	16.1	0.9
Hogares con miembros retornados de otros países excepto Estados Unidos (HMRO-P)	66.2	17.8	3	10	3
Hogares con miembros que emigraron y permanecen en otros países excepto Estados Unidos (HMEP-OP)	60.6	18.7	2.8	14.2	3.7
Hogares con miembros que emigraron y permanecen en Estados Unidos (HMEPEU)	60.4	27.0	1.0	10.9	0.6
Hogares con miembros que emigraron, retornaron de Estados Unidos y reciben remesas (HMEREU-RR)	51.2	38.1	*	9.8	*
Hogares con miembros que emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR)	57.1	35.2	0.4	7.2	0.2
Hogares sin miembros vinculados con la migración internacional (HSMVMI)	62.5	24	0.7	12.1	0.7

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

En algunas circunstancias, las personas viven solas, una situación notablemente presente en los hogares con miembros que reciben remesas (HRR), donde alcanza 16.1 por ciento y en los hogares con miembros emigran-

tes que permanecen en otro país (HMEP-OP), donde supera 14 por ciento. Esta tendencia probablemente se explica por los altos niveles de envejecimiento que experimenta estos dos tipos de hogares (véase cuadro 3), estos hogares

pueden enfrentar mayores barreras para acceder a la atención médica, debido a la falta de apoyo familiar directo.

Respecto al sexo del jefe de hogar, en los hogares con miembros que retornaron de Estados Unidos (HMREU) se observa la mayor proporción de hombres en comparación con todos los grupos analizados, superando 80 por ciento mientras que en los hogares con miembros que emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR) la proporción es la más baja, con 47.1 por ciento. Esto podría deberse a que cuando el jefe emigra, es probable que la esposa o compañera asuma la responsabilidad del hogar durante su ausencia y tome decisiones sobre cómo atender los problemas de salud, tanto para ella misma como para los demás miembros del hogar. Los jefes de hogar en los hogares con miembros que retornaron de Estados Unidos (HMREU) tienen una edad mediana más joven de 42 años, en contraste con los jefes de hogar en los hogares con miembros que reciben remesas (HRR), cuya mediana es de 61 años. En cuanto a la salud, en los hogares con jefes de hogar más jóvenes, puede haber una demanda diferente de servicios de salud en comparación con hogares encabezados por personas mayores.

Uno de los ingresos corrientes mensuales más importantes destinados a los gastos en salud son las remuneraciones por trabajo, las cuales suelen estar acompañadas por prestaciones sociales. En cuanto al ingreso promedio mensual por trabajo, los hogares con miembros que retornaron de Estados Unidos (HMREU) tuvieron un promedio mensual de 17,714.1 pesos. Esto equivale a 52.4 por ciento y 59.3 de los ingresos percibidos por los hogares con miembros que retornaron de otro país (HMRO-P) y los hogares con miembros que emigraron y permanecen en otro país (HMEP-OP), respectivamente. Estos últimos fueron los hogares que generaron mayores ingresos medios por trabajo. Entre los hogares con miembros vinculados a la emigración a Estados Unidos, los hogares con miembros que retorna-

ron de Estados Unidos (HMREU) fueron quienes percibieron una mayor media de ingreso por trabajo. Es importante mencionar que los ingresos totales del hogar son mayores que los presentados únicamente por trabajo, ya que habría que sumar las remesas y otras transferencias, que no se pueden calcular con la muestra del censo.

Los hogares que reciben remesas (HRR), (HMEPEU-RR) (HMEPEU-RR) son los que perciben menores ingresos por este concepto y en consecuencia podríamos atribuir menor cobertura de seguridad social. Los hogares con retornados HMRO-P y los HMEP-OP son los que perciben más ingresos por trabajo, lo que sugiere que podrían estar más protegidos por algún sistema de seguridad social y/o tener acceso a servicios de salud privados.

Los hogares vinculados con la emigración a Estados Unidos muestran un patrón de residencia predominantemente rural, superando en 25 por ciento. En el caso de los hogares con miembros que retornaron de Estados Unidos (HMREU), esta cifra alcanzó 29.3, mientras que en los hogares con miembros que emigraron, permanecen en Estados Unidos y recibieron remesas (HMEPEU-RR) llegó a 47.8 por ciento. En contraste, en los hogares con miembros que emigraron a otro país, la residencia urbana es predominante. En los HMRO-P y HMEP-OP, la proporción de hogares que viven en localidades de 100 000 habitantes o más superó en 70 por ciento.

En cuanto a la atención de salud de los miembros de los HMREU, al enfrentar un problema de salud, recurren primero a instituciones públicas de seguridad social, aunque 33.4 por ciento no tienen derechohabencia cifra superior a la que presentan los HSMVMI (véase cuadro 4). Esto corrobora hallazgos anteriores (Benegas-González et al., 2016; González, 2017; Ramírez y Tigua, 2018; Toro y Bautista, 2019; Bustamante, 2021; Jáuregui et al., 2022) que indican que las personas retornadas tienen una menor cobertura de salud en comparación con las personas no migrantes. Según Riosmena et al. (2012) “la

menor derechohabencia de los migrantes internacionales de retorno podría también deberse a su mayor propensión a residir en localidades de menor tamaño” (p. 64).

Aunque la proporción de miembros de los HMREU sin derechohabencia es similar en los HRR, HMEPEU y HMEREU-RR, alcanzando 50 por ciento en los HMEPEU-RR, esta tendencia está relacionada, entre otros factores estructurales, con la composición demográfica feminizada del hogar, la menor escolaridad de sus miembros, la residencia rural, así como con la formalidad del empleo. Por ejemplo, en este último grupo de hogares, solo 34.1 por ciento de los miembros que trabajan manifiestan tener prestación de salud, por lo que sin los ingresos por remesas muchos de estos hogares no podrían recibir atención médica. Según señalan Díaz-González y Ramírez-García (2017), estos hogares tendrán una mayor probabilidad de enfrentar gastos en salud catastróficos (véase cuadro 4).

Los miembros de los HMRO-P acuden primero al sector privado y, como segunda opción a las instituciones públicas de seguridad social. En cambio, los miembros de los HMEP-OP prefie-

ren primero las instituciones públicas de seguridad social y luego el sector privado. En ambos grupos, menos de 10 por ciento de los miembros sin derechohabencia acuden a instituciones de seguridad social. Más de 70 de los miembros en estos dos grupos tiene un empleo formal con prestación de salud. Además, como ya se había observado, estos hogares tienen los mayores niveles de escolaridad e ingresos.

La atención a la salud en el sector privado, ya sea en consultorio, clínica u hospital privado, así como en consultorio adyacente de farmacia, juega un papel determinante en la vida de las personas. Para aquellos miembros de los hogares relacionados con la emigración a Estados Unidos, estas opciones fueron la tercera y cuarta opción. Sin embargo, sumando ambas, la atención en el sector privado se convierte en la primera opción para los HMREU y HMEREU-RR.

Tener acceso a la atención de la salud en instituciones públicas de seguridad social está correlacionado con la formalidad del empleo. Entre las personas residentes en HMREU que trabajan, 47.2 por ciento tuvo esta prestación, nivel solo superado por los miembros de los HMEPEU,

Cuadro 4.
México. Lugar de atención de personas en los hogares censales relacionados y no con la migración internacional cuando se tienen problemas de salud, 2020

Lugar de atención:	HMREU	HRR	HMRO-P	HMEP-OP	HMEPEU	HMEREU-RR	HMEPEU-RR	HSMVMI
Instituciones públicas de seguridad social	25.9	27.2	32.7	39.1	29	20.8	15.1	38.7
Sin derechohabencia a instituciones de seguridad social	33.4	37.5	9.1	9.4	34.7	35.1	50.1	29.5
Consultorio, clínica u hospital privado	24.9	20	44.7	37.6	21	28	21.1	15.7
Consultorio adyacente de farmacia	12.4	12.1	10.7	9.8	12	12.3	11.1	12.9
Otro lugar	1.4	1.2	1.8	2.3	1.2	1.5	1	1.3
No se atiende	2	2.1	1.1	1.8	2.1	2.3	1.6	1.9

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

con 50.1 por ciento. El nivel más bajo se presentó entre las personas en hogares con miembros que emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR).

Los niveles más elevados de prestación de salud por empleo se registraron en personas que residen en hogares con miembros retornados de otro país (HMRO-P) y hogares con miembros que emigraron y permanecen en otro país (HMEP-OP), con 72.0 y 71.8 por ciento, respectivamente.

Al revisar la afiliación a salud o derecho a servicios de salud, los datos confirman en términos generales las tendencias observadas en el párrafo anterior respecto a la prestación de servicios de salud por trabajo (véase cuadro 5). En todos los grupos, las proporciones consideran tanto al trabajador que recibe la prestación como a los familiares que se benefician de ella.⁴

Así, las instituciones de seguridad social a población abierta son el principal medio para obtener servicios de salud. Para los HMREU, representó 37.3 por ciento, porcentaje ligeramente menor que el de los HMEPEU, que fue del 35.7. Sin embargo, las proporciones de

atención a la salud en estas instituciones fueron mayores para los miembros de los HRR, HMEREU-RR y HMEPEU-RR, posiblemente debido a que los recursos adicionales que reciben vía remesas les permiten pagar la cuota de afiliación. La variación en la proporción de atención a la salud en instituciones de seguridad social a población abierta entre diferentes grupos de hogares indica desigualdades en el acceso a servicios de salud.

Los miembros no afiliados ni con derecho a servicios médicos se atienden en el sector privado en siete de cada diez casos en todos los grupos de hogares con y sin vínculo con la migración internacional, con pequeñas variaciones, lo que indica una carga financiera significativa para estos hogares, lo cual puede afectar negativamente su acceso a la salud y llevar a situaciones de gastos de bolsillo catastróficos, como ha sido documentado por varios autores (González-Block et al., 2013). Aproximadamente, 15 por ciento recurre a servicios abiertos en instituciones de seguridad social y el resto se atiende como puede en otros lugares.

Cuadro 5.

México. Afiliación o derecho a servicios de salud de personas en los hogares censales relacionados y no con la migración internacional cuando se tienen problemas de salud, 2020

Afiliación o derecho a servicios de salud	HMREU	HRR	HMRO-P	HMEP-OP	HMEPEU	HMEREU-RR	HMEPEU-RR	HSMVMI
Instituciones públicas de seguridad social	34.3	32.1	58.7	57.9	36.6	24.9	18.1	45.5
Sin derechoabiencia a instituciones de seguridad social (servicios a población abierta)	37.3	39.4	9.3	9.2	35.7	40.5	55.3	28.5
Seguro privado	2.6	1.9	9.8	8.2	2.8	2	1.1	2.4
Otra institución	0.7	0.8	1.3	1.5	0.8	1.3	0.5	1
No está afiliada ni tiene derecho a servicios médicos	25.1	25.9	21	23.2	24.1	31.3	25	22.6

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

⁴ Las proporciones presentadas en el cuadro 5 se calcularon sobre el total de residentes en cada grupo de hogares.

Consideraciones finales

En cuanto a la atención a la salud, se observó que los residentes en hogares con miembros retornados de Estados Unidos (HMREU) tienen niveles de atención de salud bajos en instituciones públicas de seguridad social, debido entre otros factores, a la informalidad en las labores económicas que realizan. Esta informalidad laboral reduce las posibilidades de acceso a prestaciones de salud proporcionadas por el empleo formal, lo que afecta la cobertura y la calidad de los servicios de salud a los que pueden acceder las personas retornadas y sus familias.

Sin embargo, no son los más precarios, ya que las personas en hogares con miembros que emigraron, retornaron de Estados Unidos y reciben remesas (HMEREU-RR) y en los hogares con miembros que emigraron, permanecen en Estados Unidos y reciben remesas (HMEPEU-RR), mostraron porcentajes de atención en este sector aún más bajos. Los hogares que dependen de las remesas enfrentan condiciones más complejas en cuanto a la afiliación a los servicios de salud. La feminización en esos hogares puede significar que las mujeres, quienes pueden tener empleos menos formales, tengan menos acceso a prestaciones de salud laborales debido a la ausencia de miembros con un empleo formal.

Los HMREU tienen menor acceso a la salud en instituciones públicas de seguridad social que personas en hogares con miembros que emigraron, a otros países, excluyendo Estados Unidos, ya sea que aún residan en el lugar de destino o hayan regresado al hogar, como es el caso de los HMRO-P y HMEP-OP.

Es notable que el grupo de hogares con el mayor nivel de atención en instituciones públi-

cas de seguridad social ligadas al empleo son los HSMVMI. Esto se debe a que, al tener a todos sus miembros presentes, pueden beneficiarse de las prestaciones de salud laborales, siempre y cuando uno o más miembros tengan empleo formal. En comparación con los hogares vinculados a la migración internacional, estos hogares presentan mejores condiciones de atención y acceso a la salud, lo que subraya el impacto de la migración en el acceso a los servicios de salud.

En los HMREU y en el resto de los hogares analizados, la atención a la salud en el sector privado es importante, ya que cubre un déficit de los sistemas de seguridad social, tanto ligadas al empleo como para la población en general. Esto indica una carga financiera significativa para estos hogares, lo cual puede afectar negativamente su acceso a la salud y llevar a situaciones de gastos de bolsillo catastróficos.

La afiliación a servicios médicos y la dependencia del sector privado o de instituciones de seguridad social abiertas tienen implicaciones directas en el acceso a la salud. Los resultados evidencian las desigualdades de acceso a la salud de los HMREU, en comparación con los hogares con y sin vínculos con la migración internacional, influenciadas por factores como la composición del hogar, los patrones migratorios, la informalidad laboral, la disponibilidad de recursos económicos y el apoyo institucional. Estos aspectos deben ser considerados en futuros estudios para diseñar políticas de salud que aseguren el acceso equitativo a servicios médicos, particularmente para los hogares con miembros retornados y aquellos que dependen de las remesas.

Un acercamiento a las cifras de defunciones generales registradas de la población nacida en México residente en los Estados Unidos

Rafael López Vega¹

Resumen

El documento hace una aproximación al conocimiento de la mortalidad general y por causas de la población nacida en México residente en Estados Unidos. Se sustenta en diversos hallazgos de estudios orientados a la investigación del proceso de la salud-enfermedad y muerte, reconociendo la importancia de inscribir principios sociohistóricos coyunturales, de corto, mediano y largo plazo para la conformación de un perfil epidemiológico de la mortalidad de esta población migrante. Mediante técnicas demográficas y estadísticas se analizan fuentes de información en México y en Estados Unidos, destacando que hay tareas pendientes que con fines de política pública requieren abordarse para construir un programa de investigación de mediano plazo que incida para mejorar las condiciones de vida en las regiones migratorias de origen y en el destino migratorio.

Palabras clave: *Población nacida en México, Estados Unidos, regiones de origen, defunciones registradas, causas de muerte.*

Introducción

La dinámica demográfica es resultado de la interrelación de la mortalidad, la natalidad y la migración respecto a las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas y de desarrollo institucional para la atención mediante la política pública de los fenómenos demográficos en el corto, mediano y largo plazo, así como de las respuestas estatales, colectivas y personales a situaciones coyunturales. En el transcurso del siglo XXI además de lo que la demografía denomina migración, otras formas de movilidad humana extremas, como el asilo, el refugio y el desplazamiento forzado, modifican las pautas de la dinámica demográfica.

Todos los fenómenos demográficos, en mayor o menor medida modelan el crecimiento, composición y estructura de la población de manera general. La reducción de la mortalidad y el aumento de la fecundidad, conducen al aumento del volumen de la población, así como a que la vida en sí sea posible y perdurable (Brock, 1996). Por su parte la migración internacional, en su arista demográfica, implica el intercambio de

¹ Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional, Secretaría General del Consejo Nacional de Población (rlopezv@conapo.gob.mx).

personas a través de la emigración y la inmigración, produciendo una migración neta negativa (pérdida) o positiva (ganancia) con implicaciones claras en el balance demográfico. Sin embargo, cuando se analizan los fenómenos en comento con base en características sociodemográficas y/o territoriales, e incluso cuando se considera la variable tiempo a través del estudio de distintas generaciones, existe la posibilidad de que emerjan particularidades o especificidades.

Salvo situaciones coyunturales, el descenso de la mortalidad es una constante mundial. Durante el siglo XX, se afirma aconteció en todas las regiones y prácticamente en todos los países un descenso de la mortalidad, así como de la fecundidad con diferencias sustantivas en los países desarrollados y en los países en desarrollo. Estos cambios tienen como trasfondo el desarrollo de la ciencia y sus aplicaciones médicas y técnicas a lo largo del siglo pasado, el aumento del nivel de vida, mejores condiciones de vivienda y nutrición, mayor educación de la población, así como cambios en la higiene de la vida cotidiana que se reflejaron en la perdurabilidad de la vida misma (McKewon, 1976; Elias, 1989; Caldwell, 2006; Dyar, et al., 2022).

Se advierte que para muchos países, como México, el cambio en la dinámica de estos dos fenómenos demográficos hacia el descenso aconteció a una velocidad distinta –más rápida– en relación con lo identificado para algunos países desarrollados. Los vectores que impulsaron esta dinámica, aludiendo a Giddens (1984), se anclan tanto a cambios estructurales de gran alcance en la economía como a la actuación del Estado en materia de los sistemas de salud –por ejemplo para la reducción de la mortalidad infantil–, en el nivel de educación y en la garantía para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco de un contexto internacional en el que estos últimos empezaron a ser y son

hoy un referente de política pública (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1994).

En relación con la migración internacional, la literatura es amplia sobre el impacto demográfico en el destino migratorio, y se ha reflexionado menos sobre la capacidad demográfica en el origen para sostener su ocurrencia (Hanson y McIntosh, 2009); asimismo, hay avances sustantivos, de larga data, vinculados con las pautas de asimilación (asimilación segmentada e integración social –en virtud de la exposición a otros patrones culturales–) e interculturalidad (respeto, intercambio y diálogo), de política migratoria (empleo, circularidad, retorno, reunificación familiar) y de las condiciones económico-laborales, que intervienen en modelar la dinámica demográfica y el bienestar de las personas migrantes (U.S. Commission on Immigration Reform [US-CIR], 1997; Carter, 2000; Minnis, 2010; Choi, 2011; Algan, 2012; López, 2023).

En los años ochenta del siglo pasado, Borjas, Freeman y Lang, indican Van Hook y Bean (1997) plantearon que independientemente de la situación migratoria de las personas, los registros de los hechos vitales en Estados Unidos, como la mortalidad, se registraban casi por completo y que las tasas de mortalidad por edad eran similares a las de la población nativa. Para los años noventa se asegura que la buena calidad de la información de las estadísticas vitales depende en principio de la cobertura o grado en el que los decesos por lugar de nacimiento se registran, en consecuencia del buen registro en el certificado del lugar de nacimiento como variable del hecho vital, que no depende de la autoidentificación o de cuestiones de identidad étnica, como es el caso del origen hispano. A este respecto, Van Hook y Bean señalan que los estudios de este periodo sitúan en 20 por ciento la mala declaración del origen étnico para la mortalidad infantil y 7 por ciento para la mortalidad en personas adultas, en ambos casos el

dato es mayor que el estimado para lugar de nacimiento con alrededor de 5 por ciento. Cabe acotar que estas investigaciones estuvieron orientadas hacia mejorar la cuantificación de la población de origen mexicano y no hacia la investigación de sus condiciones de salud o al conocimiento de su perfil epidemiológico.

Actualmente, la evaluación de la National Academy Press (NAP, 2021) del registro de mortalidad dentro del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés) estima que es 100 por ciento completo, pero establece que la información del certificado es limitada, debido al poco número de características sociodemográficas y económicas que recaba (edad, sexo, raza, etnia, nivel educativo, lugar de residencia y de ocurrencia, causas –CIE-10–, entre otros). A este respecto, hay que tener en cuenta los cambios que se derivan de las revisiones de los certificados de defunción (revisiones 1989 y 2003, con hasta 2 años para ser instrumentados en los estados y territorios de la Unión) (Hanzlick, 1997; National Center for Health Statistics [NCHS], 2023).

Hasta 2004 en ese registro se publicó el lugar de nacimiento (estado y territorio de la Unión y país), permitiendo conocer y llevar a cabo cálculos en relación con ciertos grupos de inmigrantes por país de nacimiento. Aunque en estudios recientes (primera y segunda década del siglo XXI) indica la NAP que la calidad de la información sobre origen hispano –que es la que se ha mantenido pública– se considera tan buena como la de la población blanca o negra, que siempre han sido las de más alta calidad, no parece existir una razón técnica para que de las bases para uso público no se difunda la información por lugar de nacimiento.

Estudios recientes sobre la población latina (hispana) en Estados Unidos dan cuenta de las disparidades que los distintos subgrupos de latinos enfrentan en el proceso salud enfer-

medad respecto a la población blanca nativa, entre ellos enfermedades no transmisibles y ciertos aspectos socioeconómicos como falta de cobertura de servicios de salud y el bajo nivel educativo, podemos añadir, mayor pobreza y diferentes estructuras demográficas, aspectos que impelen a pensar en la necesidad de contar con información por lugar de nacimiento (Errisuriz et al., 2024; Consejo Nacional de Población [CONAPO] y BBVA, 2023). Adicionalmente, para 2020 y 2021, en el marco de la pandemia por COVID-19 se identifican algunas variables nuevas relacionadas con la ocupación, que se han publicado como parte de los microdatos que se derivan del certificado de defunción.

La Oficina de Salud para las Minorías (OMH, por sus siglas en inglés) señala que la salud de la población hispana está condicionada por factores como el lenguaje y la cultura, la falta de acceso a servicios médicos como medio de prevención de enfermedades, y el nivel de cobertura de servicios médicos. En 2019 los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) informaron que algunas de las principales causas de muerte entre los hispanos incluyen cáncer, enfermedades cardíacas, lesiones no intencionales (accidentes), derrames cerebrales y otras enfermedades cerebrovasculares, diabetes y enfermedad de Alzheimer. Con ese panorama, se arribó al año de la pandemia por COVID-19, que como en México y otros países las enfermedades víricas, según se muestra más adelante, fueron la principal causa de muerte entre las personas hispanas (OMH, 2023).

En esta dirección, en la primera sección se abordan aspectos conceptuales en relación con la mortalidad general, sus clasificaciones más usuales, enfatizando sobre todo en la mortalidad evitable. En la segunda, se plantea una aproximación a la mortalidad general, a la estructura demográfica de esta y a las causas de

muerte en las regiones migratorias de origen, rasgos que se vinculan con la tercera sección, en la que se destacan las estadísticas de mortalidad de la población nacida en México residente en Estados Unidos, en cuanto a su volumen, composición y estructura demográfica. El estudio termina con algunos comentarios en torno a la necesidad de conocimiento y atención gubernamental que requiere una pauta de mortalidad joven-adulta centrada en causas evitables.

Metodología

El estudio parte del reconocimiento de la importancia que la dinámica de los fenómenos demográficos tiene en relación con los cambios en la composición y estructura demográfica. A partir de información de las proyecciones de población de México se calculan mediante técnicas demográficas tasas estandarizadas de mortalidad general por región migratoria internacional de origen, comparando su nivel, composición y estructura demográfica a través de indicadores especializados sensibles por sexo, como es la razón de mortalidad masculina. Para el análisis de las causas de muerte se utiliza la “Lista Mexicana de las principales causas (agrupada)”-LME, basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades en dos cortes temporales 1985-1997 (CIE-9) y 1998-2022 (CIE-10). A este respecto, Cruz (2010) indica que la CIE-10 recomienda el uso de listas de causas y afecciones que agrupan categorías para facilitar la revisión, análisis y comparaciones nacionales e internacionales, pero esto no impide que cada país elabore sus propias listas, adoptadas a su realidad de información estadística y epidemiológica, prerrogativa en la que cae la LME. Respecto a la información estadounidense se aplica una técnica econométrica de pronóstico para completar la serie de población fallecida de origen hispano por lugar de nacimiento 2005-2022, para quienes nacieron en Estados Unidos o en México, según corresponda,

y se utiliza la agrupación a 34 causas del nvss, similar a la Lista Mexicana de Enfermedades agrupada, pero no del todo comparable.

Fuentes de información

La información de mortalidad corresponde a cuatro fuentes, primero a los resultados de la conciliación demográfica de México 1950-2019 sobre el volumen de fallecimientos (mortalidad general) y a su composición y estructura demográfica (mortalidad por edad y sexo). A los microdatos anuales de defunciones generales registradas en México por entidad federativa y causa de muerte de acuerdo con la “Lista Mexicana de las principales causas (agrupada)”-LME (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019), y a los microdatos de mortalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos por lugar de nacimiento (1990-2004) y por origen hispano (1990-2022).

Aspectos conceptuales en torno a la mortalidad

Para los seres vivos, la muerte es inevitable y única, fallecer depende y se relaciona con diversos factores biosociales, la muerte en edades tempranas (antes del año de haber nacido) o según el sexo, parecen en primera instancia determinados biológicamente. Histórica y culturalmente se ha mostrado que fallecer depende también de condicionantes relacionados con el nivel de vida, la disponibilidad de alimentos, avances de la ciencia aplicados a la medicina, a la arquitectura para la edificación de viviendas con equipamiento en beneficio de la salud individual, familiar y de la comunidad, al tipo y sector de ocupación, e incluso al contexto ecológico en el que transcurre la vida misma.

Conceptualizar el proceso salud-enfermedad-muerte implica disponer de referencia de lo que es la salud, de instrumentos para clasi-

ficar las enfermedades y medir su incidencia y prevalencia, de una definición de la vida y de la muerte. Usualmente desde la etimología, y de los campos de la salud y la demografía se disponen de definiciones e indicadores que permiten una comparativa internacional, por ejemplo, entender la salud como ausencia de enfermedad en las personas y de manera más general en el paciente. El criterio de la Organización Mundial de la Salud, según su documento constitutivo (OMS, 1946), para determinar la salud es el siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”.

En el caso de la enfermedad, el surgimiento de una lista armonizada y aceptada tardó siglos en acontecer. Con la Clasificación Internacional de Enfermedades y sus diversos criterios anatómicos, etiológicos, demográficos para dar cuenta del proceso salud-enfermedad muerte se cuenta con un criterio universal, ya que se trata de un marco estandarizado para el registro de procesos mórbidos y de causas de muerte.

Las propuestas empiristas ancladas a la transición epidemiológica ofrecen sin duda elementos descriptivos para explorar y caracterizar la situación que en materia de salud se presenta en la “población”. La salud depende de múltiples condiciones, el trinomio salud-enfermedad-muerte denota y hace evidentes procesos que alimentan y son alimentados por ingresos, empleo y ocupaciones diferenciales, por prácticas culturales y patrimoniales, por la marginación, la pobreza, la vulnerabilidad y el rezago social, por el tipo y calidad de los materiales de la vivienda, la ubicación, facilidad, información y orientación para el acceso a servicios de salud de primer, segundo o tercer nivel, así como por las propias condiciones ambientales, fisiológicas y el o los modelos institucionales de atención médica (práctica médica).

La mortalidad a lo largo de la vida tiene efectos sobre la composición, estructura demográfica y crecimiento de la población. McGehee

(2004) señala que la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definieron que “La muerte es la desaparición permanente de toda evidencia de vida en cualquier momento después del nacimiento (cese postnatal de las funciones vitales sin posibilidad de reanimación)”. En México como en Estados Unidos, y seguramente en muchos otros países el registro del fallecimiento contiene información sobre las características de la defunción (causa, lugar, fecha, etc.), del fallecido (edad, sexo, origen étnico, lugar de residencia y nacimiento), del médico certificante (cédula, nombre, etc.), del informante (familiar o no) y del lugar en el que se registra el hecho vital, entre otras.

Dependiendo de los intereses de la investigación, la mortalidad puede tener diferentes clasificaciones, destacan especialmente las que surgen en relación con los distintos elementos registrados de la defunción y el fallecido, como la causa, la edad y el sexo. En cuanto a los componentes demográficos puede ser clasificada en mortalidad general, infantil (post infantil y fetal) y de la infancia y materna; respecto a la causa estas pueden ser endógenas o exógenas (externas) refiriéndose a la posibilidad de que la muerte pueda prevenirse o no, en ambos casos se trata de clasificaciones de interés para la política pública que revelan aspectos sustantivos relacionados con el desarrollo económico e institucional (Elizaga, 1975; McGee, 2004; INEGI, 2011). O como en el caso de las poblaciones migrantes, su pauta de mortalidad revela su cobertura y acceso a servicios de salud.

Molina (1995) propone que, si bien para el estudio de la mortalidad son necesarias las medidas usuales para la identificación de su nivel y comportamiento, es también un hecho vital de naturaleza y también social. Y profundiza cuestionando la llamada transición epidemiológica, enfatizando que la mortalidad está determinada estructuralmente. A este respecto señaló lo siguiente:

“Cuando se conciben las causas de muerte como resultado de procesos mórbidos que pudieron haber sido evitados o al menos que no evolucionaran hacia desenlaces fatales, con distintos tipos de medidas económicas, sociales, de servicios de salud y los avances en el conocimiento científico y tecnológico en salud, queda clara la existencia de una determinación estructural que impide que amplios sectores de la población transiten hacia ‘perfiles epidemiológicos modernos’. (p. 133).

Con respecto a las causas de mortalidad, a nivel internacional es de observancia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La OMS señala que la CIE-11 “[...] ya está oficialmente en vigor para el registro y notificación nacional e internacional de las causas de enfermedad, muerte y otras más.” (OMS, 2022a). Como ha acontecido con las revisiones anteriores de la CIE su uso es de escala global, considerado como un sistema de clasificación actualizado y clínicamente relevante (2022b). Sus diferentes revisiones acumulan más de un siglo (WHO, s.f.), e implican considerar la variable tiempo en la homologación o adaptación de una revisión a la siguiente. Por ejemplo, Cruz (2010) en la definición de la CIE incorpora el criterio temporal para su instrumentación.

No obstante, conviene mantener una perspectiva crítica sobre la CIE. Si bien, la fuerte crítica de Vallin (1986) debe ser matizada por los avances introducidos en las revisiones 10 y 11, el eje de sus señalamientos podría aún sostenerse:

“[...] la CIE no proporciona una tipología sistemática de las causas de defunción en función de uno o varios criterios. Se organiza principalmente en torno a criterios etiológicos y anatómicos, pero también intervienen otros: edad (senilidad, mortalidad perinatal, etc.), estado individual (mujer embarazada o parturienta), lugar de contaminación o del accidente (enfermedades profesionales o accidentes del trabajo),

síntomas, etc. Pero ninguno de estos criterios la atraviesa totalmente [...]” (p. 5).

Con el objetivo de lograr una aproximación al perfil de las causas de mortalidad que modelan la etiología de la muerte de las personas en México, bajo el supuesto de que esta clasificación puede resultar útil también para el conocimiento de las pautas de la mortalidad de la población nacida en México residente en Estados Unidos, en el caso de las defunciones generales en México se sigue el agrupamiento de las principales causas (LME agrupada) proporcionado por el INEGI y en el caso de Estados Unidos la agrupación a 34 causas del NCHS, en ambos casos bajo el anclaje técnico de la CIE permiten aproximarse a un entendimiento del proceso salud-enfermedad-muerte, más allá de los criterios señalados por Vallin, y transitar hacia la comprensión de la distribución y determinantes histórico-sociales de los procesos de mortalidad en las regiones migratorias en México y en Estados Unidos como destino prácticamente único de la migración mexicana, por lo menos hasta el primer quinquenio del siglo XXI.

La mortalidad general en las regiones migratorias de origen

La investigación en salud pública da cuenta de los padecimientos o afecciones de salud que nos aquejan hoy como sociedad, así como la demanda en atención en la que por definición están presentes las necesidades de una población mayoritariamente en edades reproductivas y laborales jóvenes, y de una población que avanza en su envejecimiento. La fuente de información central en este apartado son las estadísticas vitales de mortalidad. Estas proveen de información continua con desgloses geográficos de interés para las políticas de salud pública.

En México, es usual que haya un rezago entre la ocurrencia y el registro del fallecimiento. El examen de esta situación muestra que siem-

pre será preferible utilizar la información por año de ocurrencia, corrigiendo con ello alguna omisión de registro. Aunque con encuestas especializadas se pueden estimar entradas y salidas del hogar por causa de muerte y nacimiento, su dependencia de poblaciones de control para su expansión las sitúa en condiciones similares a los indicadores que es posible calcular también con registros administrativos, es decir, la necesidad de denominadores que o bien proceden de un evento censal, de proyecciones de población o de estimaciones no siempre armonizadas entre las distintas fuentes.

En relación con la migración internacional, el CONAPO propuso entre 1998 y 2000 que la migración internacional hacia Estados Unidos era susceptible de analizarse de acuerdo con regiones migratorias, agrupando entidades federativas. Las regiones migratorias son cuatro: centro, norte, sur-sureste y tradicional, en las que quedan agrupadas las 32 entidades federativas.²

Con el objetivo de clarificar los cambios en el destino de la migración internacional de México, antes de abordar algunos indicadores de mortalidad por región migratoria de origen, se puede constatar empíricamente que esta tenía casi un destino único. Con los resultados de los cuestionarios ampliados de los eventos censales de 2000 (96.1%), 2010 (89.4%) y 2020 (77.2%), y de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (87.9%) (ENADID, 2023) en cuanto al destino se encuentra la persistencia de Estados Unidos como destino principal pero no único. Sin embargo, la información internacional disponible sobre esos otros destinos es limitada respecto a la posibilidad de conocer diversos aspectos en relación con procesos sustantivos que modelan la dinámica demográfica de las

personas migrantes internacionales de México en destinos distintos a la unión americana.

Otro aspecto a considerar es el relativo a la composición y estructura demográfica de la población migrante internacional, que también presenta cambios. Estimaciones con los microdatos de los cuestionarios censales de 2000, 2010 y 2020 muestran que 75.3, 76.7 y 69.9 por ciento de las personas migrantes de México hacia Estados Unidos eran hombres, según corresponde a cada evento censal. Con la ENADID 2023, se estima que 80.7 por ciento eran hombres. Por otro lado, a pesar del aumento paulatino de menores de 15 años en el proceso migratorio, este es primordialmente de personas en edades jóvenes y adultas –con la American Community Survey (ACS, 2022) se estima que 71.7 por ciento de los inmigrantes recientes en Estados Unidos³ se ubican entre los 15 a 29 años y de 30 a 49 años–, con implicaciones para el mercado laboral y para las pautas reproductivas, esto último en relación con el tamaño y evolución de la segunda generación.

También se calcula que el retorno a México y la circularidad migratoria desde Estados Unidos tienden a presentar un comportamiento coyuntural y que en general han disminuido a lo largo del siglo XXI, de hecho ambos componentes son actualmente (2020) en su mayor parte masculinos (75% y 71%, respectivamente), lo cual contrasta, de acuerdo a las fuentes de información estadounidense, con la formación de una composición demográfica apenas masculinizada para la población nacida en México residente en Estados Unidos (110 hombres por cada 100 mujeres), con implicaciones importantes para el conocimiento de cómo y en qué cantidad migran las mujeres, y de cómo se configura la población de primera generación en el tiempo.

Acerca del proceso salud-enfermedad-muerte, el supuesto tácito, en tanto acontecen procesos de adaptación-asimilación-aculturación en el destino las personas migrantes no

² Centro (Ciudad de México, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala); Norte (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas); Sur-sureste (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán); y Tradicional (Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas).

³ Personas residentes en Estados Unidos nacidas en México que hace un año residían en México.

pueden desprenderse de sus condicionantes biosociales, culturales y económicas de origen.

En las regiones migratorias de origen, el examen de la mortalidad por grandes grupos de edad en 1990 muestra que en las regiones tradicional y sur-sureste no hay diferencias importantes –se utilizaron 6 grupos de edad para eliminar el efecto de estructura tomando como referencia la predominancia de una migración laboral de 15 a 44 años–, pero en 2019 se puede constatar que la mortalidad ha sido menor en la región tradicional.⁴

El análisis de la incidencia relativa de la mortalidad general, mediante las tasas brutas de mortalidad ajustadas, indica por contraste en dos de las regiones migratorias que más y menos contribuyen a la migración internacional, que en 1990 era menor en la región tradicional, 5.6 fallecimientos por cada mil habitantes, respecto a la sur-sureste, 6.1 por mil habitantes, y que para 2019, la tasa aumenta en ambas regiones, a 6.1 en la región tradicional y a 7.0 en la región sur-sureste, la diferencia entonces se acrecienta en demérito de la región sur-sureste. Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil presenta en 1990 y 2019 valores mayores en la región sur-sureste (41.9 y 15.8 fallecidos por cada mil nacidos vivos) respecto a la región tradicional (35.4 y 14.2, respectivamente).

La composición y estructura demográfica son centrales en relación con el examen de la mortalidad de la población mexicana migrante en Estados Unidos. La relación de mortalidad masculina por edad desplegada en México, muestra, para el conjunto de regiones migratorias de origen, patrones diferenciados entre 1990 y 2020 (véase gráfica 1):

- ◆ en todas las regiones esta relación tiende a tener permanentemente valores más altos en las edades entre los 20 y los 40 años (4.0);
- ◆ destaca en el conjunto, que en la región sur-sureste se ubican una forma más aplanada en ese grupo de edad, que los mayores valores inician desde los 15 años, aunque son menores a los de otras regiones (3.0 en promedio desde 2015 a la fecha);
- ◆ la región norte presenta un menor cambio temporal de la relación entre 1990 y 2020, a diferencia del resto de regiones con cambios claros y amplios; y, llama la atención el nivel de la relación en 1990 y 2020, aparentemente similar;
- ◆ entre la región centro y la tradicional hay un punto de coincidencia en la forma de la curva en el grupo de 25 a 30 años en 2020.

Tanto la composición y estructura demográfica, como el examen gráfico de la relación de mortalidad masculina podría ayudar a comprender las pautas de la mortalidad de la población mexicana en Estados Unidos, por lo menos hasta 2004 –último año en el que la información por lugar de nacimiento de las personas fallecidas estuvo disponible públicamente–⁵

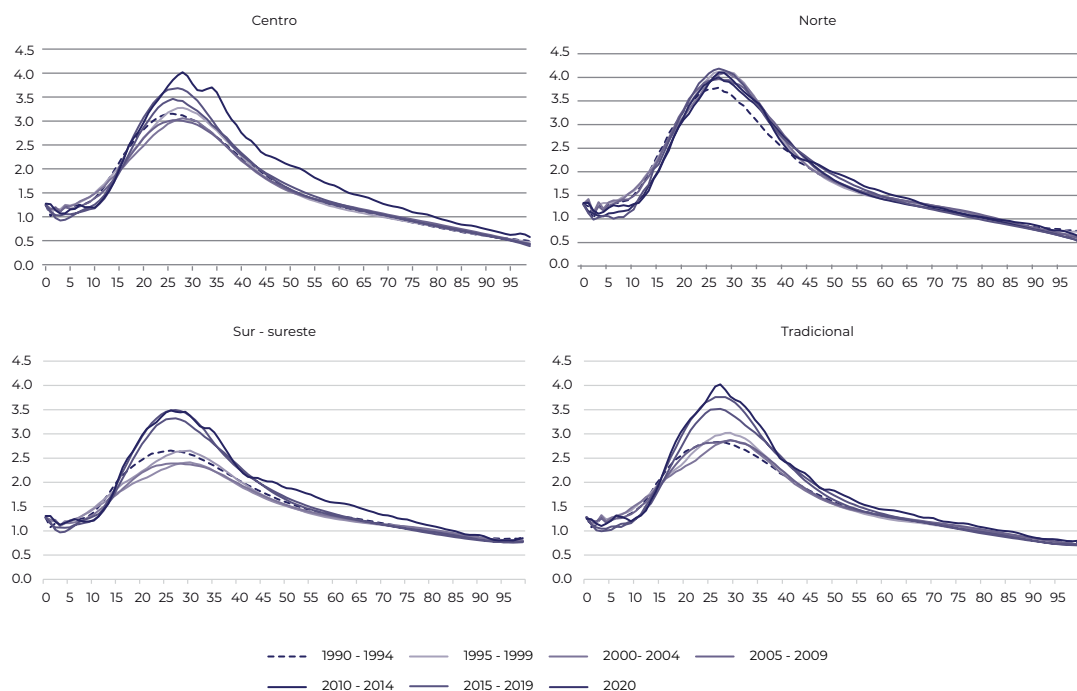
Por su parte, el análisis de las causas de muerte, gracias a su comparabilidad internacional, hace factible identificar en las regiones migratorias en México las principales causas, utilizando la “Lista de principales causas agrupada”-LME y de allí observar y comparar las causas de la mortalidad en los estados principales de asentamiento de población mexicana en Estados Unidos y en dicho país.

⁴ Véase CONAPO (2023). Conciliación Demográfica de 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020 a 2070. Tablas de población media y defunciones por edad desplegada. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-a-2070>

⁵ De acuerdo con el modelo de certificado de defunción, esta información sí es captada.

Gráfica 1.

México. Relación de mortalidad masculina por edad desplegada según región migratoria internacional, 1990-2020 (hombres por cada mujer)



Fuente. Elaboración propia con base en CONAPO (2023b). Conciliación demográfica 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y las entidades federativas 2020-2070.

La LME tiene alrededor de 420 causas de muerte clasificadas en 60 grupos más los factores que influyen en el estado de salud. De acuerdo con Cruz (2010, p. 5), la LME y la *Global Burden Disease* "...son muy útiles dado que en pocas causas se tiene un panorama general del fenómeno, representa entre el 60% a 70% de los registros.". Como se verá enseguida, al observar la información por región migratoria en México se encuentra que en diez grupos de causas se concentran la mayoría de los fallecimientos.

Salvo el resultado, como vector principal de los fallecimientos en 2020, de la causa de enfermedades víricas (infección causada por un virus), es decir, para la COVID-19, que estuvo presente en primer lugar a nivel nacional, y en las regiones migratorias centro y norte, y ocupó el tercer lugar en la región sur-sureste y el segundo en la región

tradicional, se registran 15 grupos principales de causas de muerte en el conjunto de las 4 regiones (10 principales en cada región) en el periodo 1990-2019. Vale decir que, en estricto sentido, la COVID-19 no alteró los patrones de mortalidad ya que las causas identificadas en el mediano plazo (1990-2020) se mantuvieron entre las principales diez. Sin embargo, es de llamar la atención la mortalidad por ciertas afecciones del periodo perinatal en la región centro en el año más crucial de la pandemia (véase cuadro 1 e Imagen 1).

En el caso de los resultados de los grupos de causas de muerte para las regiones migratorias, estos acumularon, hasta antes de 2020, entre 60 y 70 por ciento del total de defunciones registradas, con la COVID-19 estos valores en 2020 aumentaron a cerca de 80 por ciento en promedio (véase cuadro 1).

Cuadro 1.
México. Grupos principales de causas de mortalidad por periodo y las tres más importantes en las regiones de migración internacional, 1990-2020

Causas: Lista Mexicana de Enfermedades	Periodos y regiones			
	1990-1999	2000-2009	2010-2019	2020 ¹
(06) Enfermedades víricas				4R
(09) Tumores malignos de los órganos digestivos				
(12) Tumores malignos de los órganos genitourinarios				
(20) Enfermedades endocrinas y del metabolismo	4R	4R	4R	4R
(27) Enfermedades hipertensivas				
(28) Enfermedades isquémicas del corazón	N-T	4R	C-S-T	S-T
(29) Enfermedades de la circulación pulmonar y del corazón				
(30) Enfermedades cerebrovasculares				
(33) Otras Enfermedades del aparato respiratorio	4R	N-T	N-T	4R
(35) Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	C-S	C-S	C-N-S	N
(38) Enfermedades del aparato urinario				
(46) Ciertas afecciones periodo perinatal				C
(48) Síntomas, signos y hallazgos anormales				
(E49) Accidentes de transporte				
(E51) Otros accidentes				
(E55) Agresiones				

Nota: ¹ En 2020 además de las causas por enfermedades víricas se consideró a las tres que le siguieron en importancia.

4R: Todas las regiones C: Centro N: Norte S: Sur-sureste T: Tradicional

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (varios años). Defunciones Generales Registradas; e INEGI (2019). Lista Mexicana de las principales causas (agrupada).

Cuadro 2.
México. Porcentaje que representan los 10 principales grupos de causas de muerte por región migratoria internacional y periodo, 1990-2020

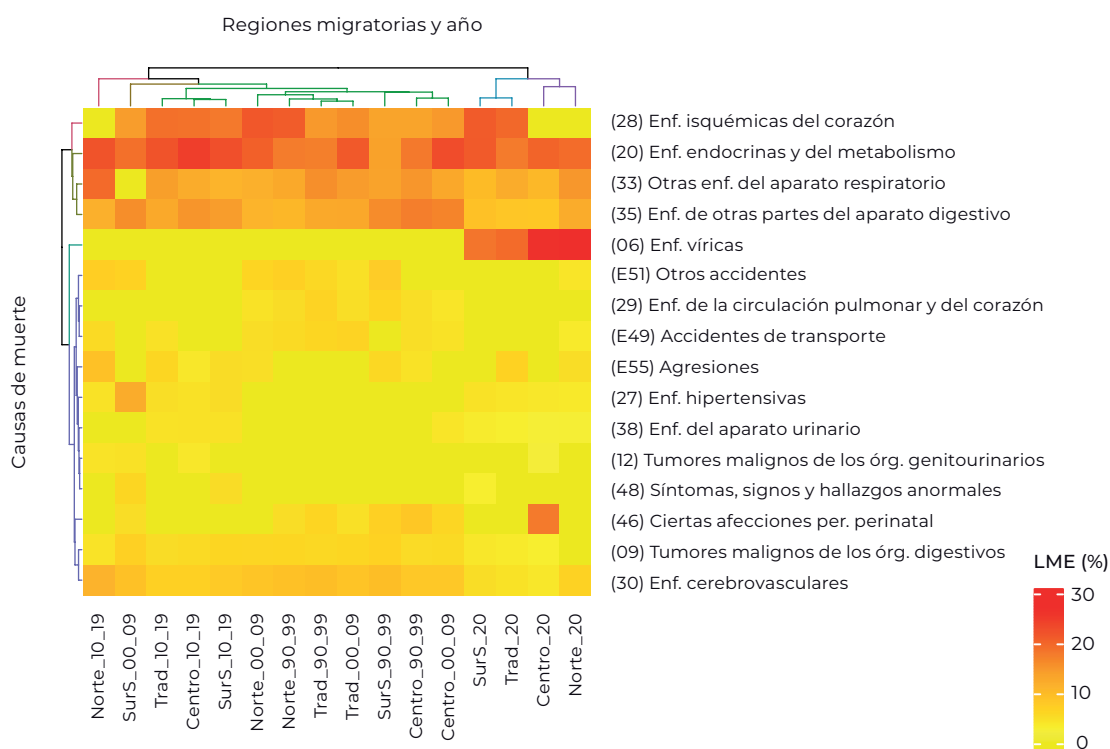
Región	Periodo			
	1990-1999	2000-2009	2010-2019	2020
Centro	65.2	67.9	72.5	83.4
Norte	64.8	66.0	68.6	78.7
Sur-sureste	60.7	63.4	68.8	78.6
Tradicional	64.3	65.9	69.7	77.5

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020). Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda, 2020. Módulo de migración internacional.

Respecto a la relevancia por periodo y región de los grupos principales de causas (véase imagen 1), destaca la permanencia en la región centro de las enfermedades endocrinas y del metabolismo, en la región norte el espectro se amplía colocando entre 1990 y 2009 a las enfermedades isquémicas del corazón, y de 2010 a 2019 a enfermedades endocrinas

y del metabolismo. En la región sur-sureste entre 1990 y 1999 predominaron las causas de enfermedades de otras partes del aparato digestivo, para entre 2000 y 2019 posicionarse en primer lugar las enfermedades endocrinas y del metabolismo. Finalmente, en la región tradicional prevalecen también las causas de enfermedades endocrinas y del metabolismo.

Imagen 1.
México. Grupos de causas de muerte en las regiones migratorias de origen, 1990-2022



Regiones: Norte, Centro, SurS: Sur Sureste, Trad: Tradicional. Periodos: 90_99 1990-1999, 00_09 2000-2009, 10_19 2010-2019, 20 2020.
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad general, varios años; y Secretaría de Salud (año), Lista Mexicana de Enfermedades.

Mortalidad registrada en Estados Unidos de la población residente nacida en México

En la sección anterior se adelantaba sobre la necesidad analítica de observar el perfil de las causas de muerte de la población en México, condición para contar con una base de la cual partir en relación con la población nacida en México residente en Estados Unidos. En México, el descenso de la mortalidad es uno de los avances sustantivos del siglo XX, diversos factores económicos, sociales, científicos y técnicos en el campo de la medicina contribuyeron positivamente a este cambio en la dinámica demográfica. Sin embargo, es de suponer que la cobertura de salud en México – como origen– y luego en Estados Unidos –como destino– afectan el proceso de salud-enfermedad-muerte de la población migrante. La epidemiología de la muerte se arrastra desde el origen, y dependiendo de las condiciones de vida en el destino puede sufrir alteraciones.

Desde inicios del siglo XXI el CONAPO ha evidenciado las limitaciones que experimentan las personas mexicanas residentes en la unión americana con respecto a la cobertura de servicios de salud, la cobertura privada y pública se situaron a más de 30 y 20 por ciento, respectivamente, solo varios años después de la *Affordable Care Act*, para sostenerse en poco menos de 70 por ciento en años recientes. También se ha dado cuenta de los padecimientos más frecuentes como la diabetes, la obesidad y el sobrepeso, en el grupo de enfermedad endocrinas y del metabolismo (CONAPO, 2022 y 2023).

La fuente de información más importante para conocer y calcular la mortalidad en demografía (volumen, tasas y pauta) son las defunciones registradas, en el caso de Estados Unidos el dato inicial se registra por el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS) del NCHS, a nivel nacional la población censal sería el denominador ideal para el cálculo de tasas y conocimiento de la pauta de mortalidad. Sin

embargo, tratándose de poblaciones inmigrantes el tema se complica al no contar uno u otro instrumento o ambos simultáneamente de información por país de nacimiento.

En Estados Unidos, dado el carácter prácticamente electrónico de los registros de los hechos vitales, la situación migratoria de las personas no afecta su completez, es un tema conocido y se asegura de igual calidad para el registro de la natalidad y la mortalidad general. La NAP (2021) en relación con la evaluación de la calidad del registro de mortalidad, estima que este es 100 por ciento completo, es decir, en estricto sentido no se necesitaría la aplicación de ningún procedimiento para corregir la cobertura del registro de mortalidad. Incluso podría decirse que entre 1990 y 2004, periodo de fuerte crecimiento de la población nacida en México residente en Estados Unidos, algunos métodos de corrección de la cobertura de los fallecimientos de personas mexicanas en la Unión Americana – si fuera necesario– no serían del todo aplicables por las tasas de crecimiento inusuales y de gran variación año por año.

Sin embargo, la NAP establece que la información del certificado es limitada, debido al poco número de características sociodemográficas y económicas que recaba (edad, sexo, raza, etnia, nivel educativo, lugar de residencia y de ocurrencia, causas –CIE-10–, entre otros). A este respecto, hay que tener en cuenta los cambios que se derivan de las revisiones de los certificados de defunción (revisiones 1989 y 2003, con hasta 2 años para ser instrumentados en los estados y territorios de la Unión) (Hanzlick, 1997; NCHS, 2023).

En el caso que nos atañe, respecto a la población nacida en México residente en Estados Unidos, hasta 2004 se publicó en los microdatos –disponibles en el sitio WEB del NCHS– el lugar de nacimiento (estado y territorio de la Unión y país), permitiendo conocer y llevar a cabo cálculos sobre ciertos grupos de inmigrantes por país de nacimiento. Aunque, en estudios

recientes (primera y segunda década del siglo XXI) indica la NAP que la calidad de la información sobre origen hispano –que es la que se ha mantenido pública–, se considera tan buena como la de la población blanca o negra, que siempre han sido las de más alta calidad, no parece existir una razón técnica para que de las bases para uso público no se difunda la información por lugar de nacimiento.

El volumen de las defunciones generales registradas por el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (nvss), distinguiendo por lugar de nacimiento y origen hispano, siguió una trayectoria ascendente entre 1990 y 2004 (véase gráfica 2):

- ◆ solo por origen hispano (residentes) se registraron 40.5 mil decesos en 1990 y para 2004 estos ya sumaban 70.1 mil;
- ◆ para personas hispanas nacidas en Estados Unidos, el volumen de fallecimientos pasó de 23.9 mil en 1990 a 40.5 mil en 2004, representando en promedio 58.4 por ciento del total de los fallecimientos de origen hispano-mexicano;
- ◆ para personas hispanas nacidas en México, el volumen de fallecimientos pasó de 17.0 mil en 1990 a 28.8 mil en 2004, a su vez representando en promedio 40.5 de los decesos de este origen en el periodo;
- ◆ la relación por origen hispano, entre los decesos de personas nacidas en México respecto a las nacidas en Estados Unidos, fue de 69 por cada 100. Al observar la composición por generación de la población de origen hispano-mexicano residente entre 1994 y 2004, la nacida en México está promediando poco más de un tercio (35.2%), es decir, el número de decesos podría interpretarse como un número mayor al que correspondería a su volumen;
- ◆ para completar la serie de fallecimientos, 2005-2021, por origen hispano según lugar de nacimiento (Estados Unidos y México) se llevó

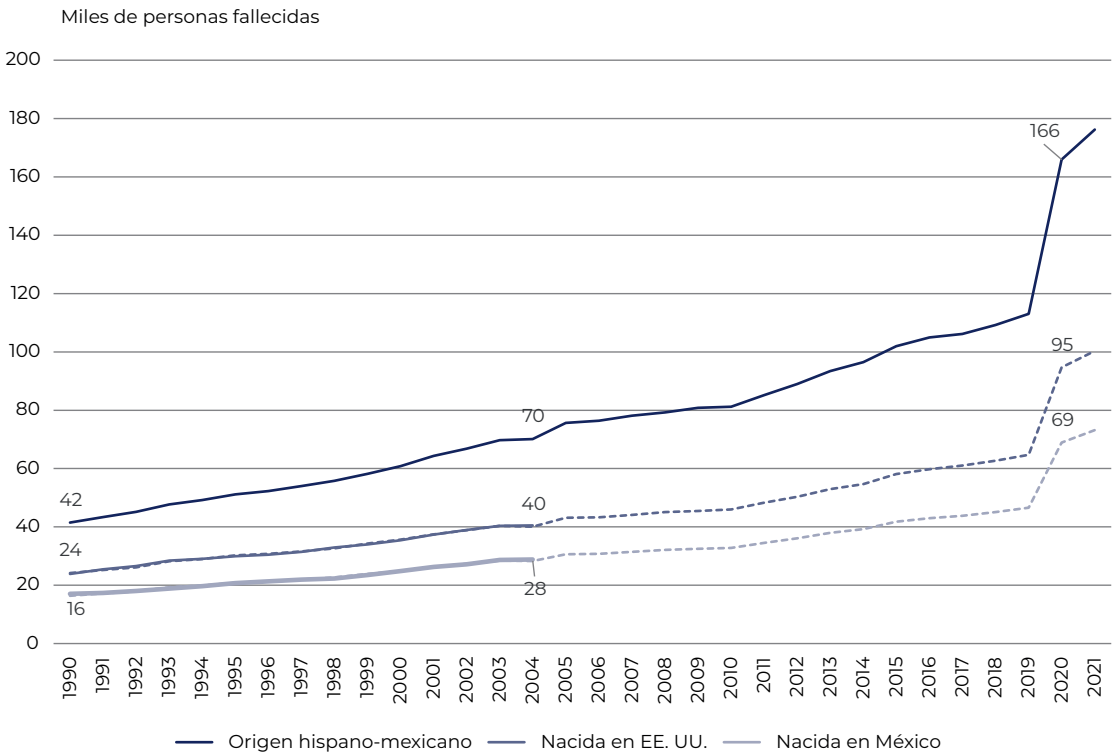
a cabo una regresión en dos fases, con base al año, los totales de decesos y los de origen hispano-mexicano, y los totales por lugar de nacimiento según origen hispano-mexicano. La alta colinealidad entre las variables de los modelos favoreció un pronóstico limitado, ya que la variabilidad de una u otra serie dependiente presentó prácticamente una singularidad estadística (0.997 y 0.994 en la R^2 para el caso de las personas hispano-mexicanas nacidas en Estados Unidos y en México, respectivamente); no obstante, lo que interesa destacar aquí es una aproximación a los valores de cada una de las series dada su ausencia en los registros de mortalidad.

La observación de la tasa bruta de mortalidad en Estados Unidos, antes de la pandemia por COVID-19 (2019) tenía un valor de 8.7 fallecimientos por cada mil habitantes, en el año más álgido de la pandemia su valor llegó a 10.3 (World Bank [WB], 2024); para la población hispana, la tasa ajustada estimada a partir del registro de defunciones generales se estima en 12.3 fallecimientos por cada mil habitantes en 2019, y para 2020 en 7.1 fallecimientos por cada mil habitantes. La eliminación del efecto de la estructura por edad en la mortalidad general implica que, suponiendo que la población hispana de origen mexicano tuviera la misma estructura por edad que la población total residente, su tasa sería mayor antes de la pandemia y menor en el año más álgido de la misma (2020).

Tal vez lo que se observa es el efecto de las medidas de protección del gobierno estadounidense para la población en general y para las poblaciones vulnerables en particular en 2020. De la información sobre presupuesto de los *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS, (2021) se desprende que en 2020 el gasto nacional en salud representó 19.7 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) y el gasto per cápita fue de casi 12 mil dólares: el cambio porcentual del gasto se ubicó en 9.7 por ciento en 2020,

Gráfica 2.

Estados Unidos. Población fallecida por origen hispano-mexicano y lugar de nacimiento, 1990-2021



Nota: Las líneas punteadas refieren a datos pronosticados con dos modelos de regresión, con significancia estadística de 0.000 y 0.009 para el caso de la población hispano-mexicana nacida en EE. UU. y en México, respectivamente.
Fuente: Elaboración propia con base en NVSS-NCHS, varios años.

prácticamente se duplicó el de 2019, respecto al año previo (4.3%). Y, más de la tercera parte del cambio en 2020 fue resultado de la respuesta del gobierno federal estadounidense para la atención de la pandemia a través de la asistencia financiera a los proveedores de atención.

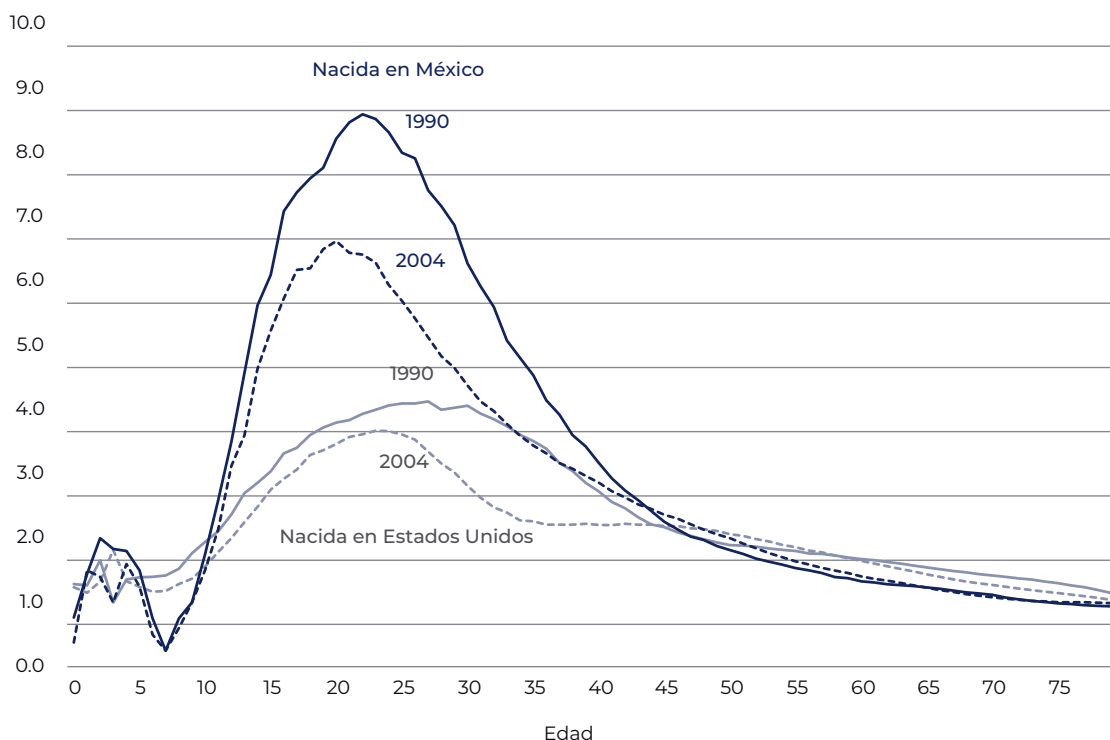
Por su parte, el comportamiento de la relación de mortalidad masculina por edad desplegada en el horizonte temporal de análisis (1990-2004), que permite distinguir por origen hispano y lugar de nacimiento, muestra valores que deben considerarse muy altos, en las edades jóvenes y adultas jóvenes, cuando se enfatiza a la población residente nacida en México. Si se compara con las curvas similares por región de origen presentadas en la sección anterior, los valores registran una sobremortalidad mas-

culina en Estados Unidos explicable en parte por la mayor participación de hombres en la migración (véase gráfica 3).

Puede suponerse que los niveles mostrados en la gráfica 3 responden también a que recientemente se hayan incorporado las mujeres a la dinámica migratoria en forma importante. Por ejemplo, con la Encuesta Continua de Población (CPS, por sus siglas en inglés) se estima una relación hombres-mujeres de alrededor de 120 hombres por cada 100 mujeres para los años en observación, y en algunos años posteriores se ubica por arriba de este valor, misma situación se presenta con la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS, por sus siglas en inglés). El tema central es entonces: cómo se configura en el tiempo la población hispana

Gráfica 3.

Estados Unidos. Relación de masculinidad de la población fallecida de origen hispano-mexicano por lugar de nacimiento y edad desplegada, 1990 y 2004 (hombres por cada mujer)



Nota: La edad de las defunciones se suavizó para corregir la declaración de la edad al morir.
Fuente: Elaboración propia con base en NVSS-NCHS, varios años.

de origen mexicano en la unión americana, en consecuencia, expuesta al riesgo de mortalidad en ese país.

Además, dada una inmigración predominante en edades laborales y reproductivas se observa, a diferencia de los valores irregulares para la población nacida en México, un trazo regular al inicio de la curva de la población fallecida de origen hispano nacida en Estados Unidos, es decir, la mortalidad de la segunda y tercera generación que integran a esta, presentan una pauta que va acorde con lo establecido empíricamente, en relación con el comportamiento esperado de la mortalidad para una población, en general, en condiciones "normales".

En relación con las causas de la mortalidad tres cortes transversales (1990, 2000 y

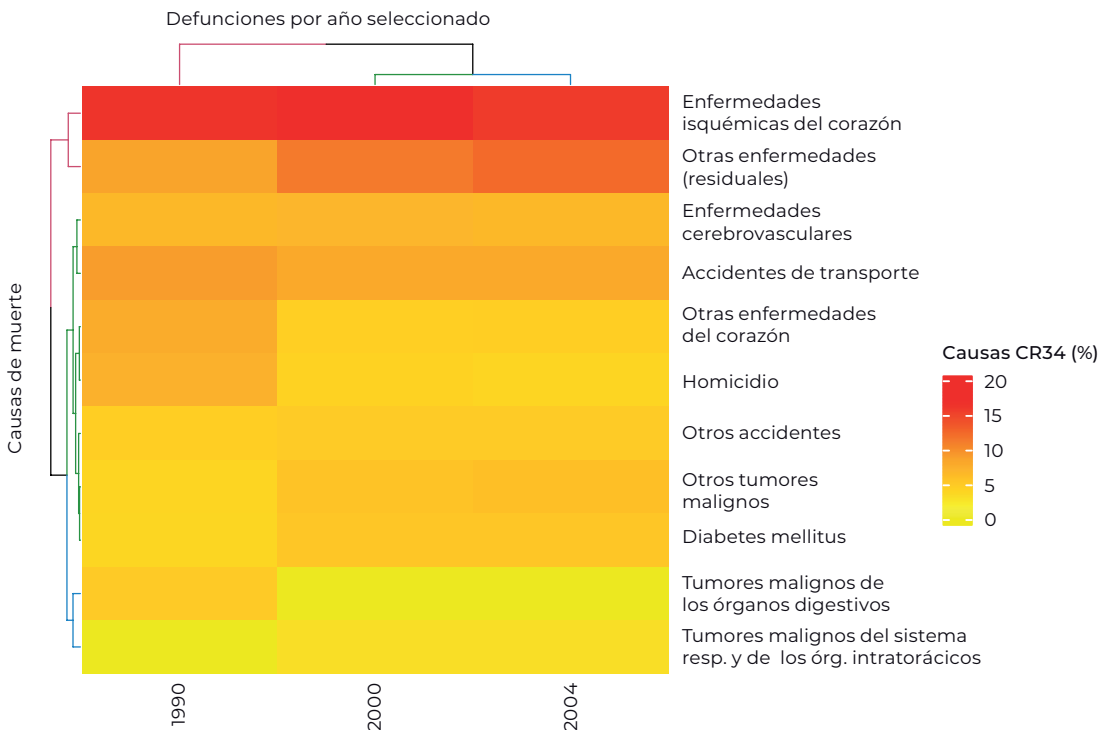
2004) muestran que para la población nacida en México predominan las enfermedades isquémicas del corazón, las causas clasificadas en otras enfermedades residuales ocuparían la segunda posición, pero si por el momento se hacen de lado, los accidentes de transporte serían el segundo grupo en importancia, y en ese orden las enfermedades cerebrovasculares seguirían, otros tumores malignos y la diabetes mellitus formarían parte del cuadro de las primeras diez causas de muerte en un panorama temporal de 15 años, que describe similitudes con las causas de muerte de la población residente en las regiones de origen, de donde destaca que un tema a investigar consiste en las mediciones de la prevalencia y la incidencia en el origen y el destino (véase imagen 2).

En extensión a este tema, las causas de la mortalidad para la población hispana de origen mexicano en el examen antes de la pandemia por COVID-19 (2019) muestra la relevancia que enfermedades isquémicas del corazón tenían al situarse en primer lugar; tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cerebro vasculares se sitúan también entre las primeras diez, así como las enfermedades del sistema genito-urinario, pero también destacan en este grupo los accidentes de efectos adversos y los de trans-

porte. Se identifica entonces, que pese a las limitaciones de la información, hay similitudes propias con las causas entre la población nacida en México residente en la Unión Americana.

El ideal es, como en el caso de las regiones de origen, conocer la trayectoria de mediano plazo de las causas de muerte bajo una sola metodología, de lo que resulta un reto doble en relación con asimilar la “Lista Mexicana de Enfermedades” a la CIE-10 –recodificada a 34 causas o viceversa–.

Imagen 2.
Estados Unidos. Grupos de causas de muerte de la población nacida en México residente, 1990, 2000 y 2004



Notas: CR34 Lista recodificada de causas de muerte a 34 grupos de la CIE Rev. 9. El CR34 fue codificado por el NCHS en los microdatos públicos. Fuente: Elaboración propia con base en NCHS. Defunciones generales, años seleccionados.

Cuadro 3.
Estados Unidos. Número de personas fallecidas de origen hispano-mexicano por principales grupos de causas, 2019 (Volumen y porcentaje).

Posición		Volumen	%
	Total	112 247	100.0
	Subtotal 10 principales	60 176	53.6
1	Enfermedades isquémicas del corazón	12 360	11.0
2	Otros tumores malignos	7 515	6.7
3	Todos los demás accidentes y efectos adversos no especificados	6 450	5.7
4	Diabetes mellitus	6 213	5.5
5	Otras enfermedades del corazón	6 202	5.5
6	Enfermedades cerebrovasculares	6 171	5.5
7	Enfermedad hepática crónica y cirrosis	4 432	3.9
8	Enfermedad de Alzheimer	4 279	3.8
9	Accidentes de transporte	3 778	3.4
10	Enfermedades del sistema genitourinario (nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis)	2 776	2.5
	Otras	52 071	46.4

Nota: se utilizó la variable recodificada de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) a 39 causas publicada por el NVSS.
Fuente: Elaboración propia con base en NVSS-NCHS, 2019.

Comentarios finales

La salud no solamente es una cuestión individual, sino un hecho social en el que los procesos que condicionan la salud, la enfermedad y la muerte tienen un espectro a nivel macro, pero también en los espacios de la vida cotidiana. Migrar hace grande el horizonte de experiencias, amplían el mundo individual pero también los riesgos.

La promoción y protección de la salud son medios para prevenir riesgos e intervenir en el cuerpo social e individual, las acciones e inacciones de política pública en el año de inicio de la pandemia por COVID-19 y los subsiguientes han mostrado que la intervención pública es primordial, pero se complementa con decisiones individuales y con el acceso a mecanismos generales de protección, ya que la carga de enfermedad es socialmente perdurable y compleja de cambiar. Salud, enfermedad y eventualmente la muerte, como unidad que modela el paso de la vida, dan lugar a la configuración de regímenes socio-históricos de salud.

La aproximación al proceso salud-enfermedad-muerte, a través de las causas de muerte en las regiones migratorias de origen de la población migrante mexicana y en el destino, busca aportar a la formulación de acciones y estrategias de política pública ofreciendo conocimiento nuevo con base en fuentes de información y metodologías probadas para nutrir la política de población. En estricto sentido, el estudio de este proceso, es un reto que ha estado presente por muchos años en el estudio de la migración México-Estados Unidos, anidado a la disponibilidad de información suficiente que permita matizar entre experiencias epidemiológicas diversas, para las que, sin embargo, las áreas de oportunidad son múltiples, desde su composición por sexo que redundaría en proponer medidas con enfoque de género, hasta el mejor conocimiento de su estructura demográfica y composición étnica con los estándares de las categorías estadísticas de la información estadounidense, lo que redundaría en la inscripción de una perspectiva interseccional en relación con la infancia, la adolescencia, la edad adulta, la vejez y el origen mexicano.



Recomendaciones para la política pública

La salud de los migrantes y los asuntos de salud relacionados con la migración son desafíos cruciales de salud pública que enfrentan los gobiernos y las sociedades. Existen diversas iniciativas que promueven la salud de los migrantes y trabajan para mejorar los servicios de salud y el acceso a ellos, sin embargo, siguen existiendo sociedades que excluyen a las poblaciones migrantes más vulnerables y desatienden sus necesidades de salud. En el contexto global actual se siguen desencadenando importantes flujos migratorios con los consecuentes riesgos a la salud (OMS, 2010). En la resolución de la 61 Asamblea Mundial de la Salud, uno de los exhortos a los gobiernos es que se obtenga, documente e intercambie información y prácticas óptimas para atender las necesidades sanitarias de los migrantes en los países de origen o retorno, tránsito y destino; y, promover la cooperación bilateral y multilateral de salud de los migrantes entre los países involucrados en el proceso migratorio. El Proyecto de *Migración y Salud* se inserta en este tipo de iniciativas.

Debido a la importancia del fenómeno migratorio México-Estados Unidos y orientados por los diferentes esfuerzos institucionales y las necesidades en salud de la población migrante mexicana, la publicación *Migración y Salud / Migration and Health*, da a conocer investigaciones y estudios que documenten los principales problemas de salud de la población migrante en cualquiera de las fases de la migración, y presentar sugerencias

de acciones de políticas públicas basadas en la evidencia que ayuden a mejorar el bienestar de las personas migrantes y sus familias. Desde 2005 y hasta 2020, se ha orientado a destacar la investigación binacional en materia de salud y migración y sugerir acciones y lineamientos de políticas públicas. La pandemia debida a COVID-19 impuso dificultades a la colaboración binacional que se desarrolló por 15 años con la Universidad de California, sin embargo, la SGCONAPO ha dado continuidad a la publicación con temáticas nuevas y sugerentes de la dinámica en materia de salud y poblaciones migrantes.

A lo largo de todas sus ediciones ha centrado sus esfuerzos en abordar el tema de la salud, examinando distintas poblaciones migrantes, en particular la de los migrantes mexicanos que residen en Estados Unidos y recientemente integrando estudios especializados sobre la migración centroamericana de tránsito por territorio mexicano, así como a las poblaciones inmigrantes y de retorno a México. El análisis se ha realizado a través de determinantes sociales de la salud, la cobertura y el tipo de seguridad médica, acceso a servicios, así como a condiciones específicas de salud. A lo largo de sus diferentes ediciones se han utilizado una gran diversidad de fuentes de información, desde las tradicionales con cobertura nacional en ambos países, hasta encuestas especializadas y específicas sobre poblaciones focalizadas. Asimismo, se ha adaptado a las necesidades y disponibilidad de información por lo que incluye investigaciones que utilizan perspec-

tivas, metodologías y nuevas unidades de análisis con el objetivo de ofrecer información útil a los distintos usuarios, personas responsables de generar políticas públicas, investigadores, asociaciones civiles y público en general.

La edición 2024 de *Migración y Salud / Migration and Health* integra estudios que dan cuenta del proceso salud-enfermedad de las poblaciones migrantes en sus diferentes aristas (inmigración, retorno, tránsito, emigración). Con una perspectiva de mediano plazo, se ha buscado enfocar a las personas migrantes no solo como objeto de investigación sino ante todo como sujetos de derechos, sugiriendo estrategias y acciones que puedan integrarse a políticas públicas en curso –como en la migración de retorno y tránsito– o modelar una nueva generación de políticas públicas enmarcadas en la planeación del desarrollo, en los programas sectoriales y especiales, en concordancia con los programas y acuerdos globales y regionales.

Las investigaciones presentadas fueron desarrolladas en el transcurso del cambio actual de los gobiernos de México y de Estados Unidos, se enfocan en aristas conceptuales, de perspectivas analíticas que privilegian el campo de los derechos sociales, metodologías que proponen integrar y consolidar nuevas unidades de análisis con fuentes de información tradicionales y poco convencionales para asir la complejidad de la dinámica migratoria desde el campo de la salud y la enfermedad. Aspectos que en las sugerencias para la política pública se reflejan en un conjunto de reflexiones que pueden tematizarse como sigue:

- ◆ **Los retos de la integración social en las personas inmigrantes:** la salud, la educación, el acceso a la justicia social y la participación política deben ser motivo de atención por parte del Estado. Las políticas del Estado mexicano deben integrar las necesidades de las personas inmigrantes, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos para mejorar su
- desarrollo económico, bienestar y seguridad.
- ◆ **Ampliación de los riesgos asociados a la salud-enfermedad:** la promoción y protección de la salud, son medios para prevenir riesgos e incidir favorablemente en el bienestar de las poblaciones migrantes; las acciones y estrategias de política pública muestran que la intervención gubernamental es primordial, pero se complementa con capacidades y decisiones individuales.
- ◆ **Fortalecer el acceso a los servicios de salud:** la población femenina inmigrante en México tiene una gran diversidad de orígenes, ello implica diferentes historias a nivel individual y social, así como segmentos que no cuentan con acceso a servicios médicos, lo que puede desencadenar riesgos para la salud y la vida de las mujeres inmigrantes. Resulta ineludible, desde el enfoque de derechos, que estos aspectos deben considerarse en la formulación de acciones, estrategias y programas socialmente necesarios y culturalmente pertinentes para favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población femenina inmigrante.
- ◆ **Incorporar nuevos elementos analíticos con impacto en la política pública:** en el estudio cuantitativo del proceso salud-enfermedad-muerte de las poblaciones migrantes, las áreas de oportunidad son múltiples, desde su composición por sexo que redundaría en proponer acciones y estrategias de política con enfoque de género, hasta el mejor conocimiento de su estructura demográfica y composición étnica, lo que redundaría en la inscripción de una perspectiva interseccional en relación con la infancia, la adolescencia, la edad adulta, la vejez y el origen.
- ◆ **Incorporar nuevas unidades de análisis y nuevos enfoques:** la migración nunca o casi nunca acontece de manera aislada. Diversos procesos familiares y/o que atañen a las comunidades y a las redes sociales de origen y destino deben ser considerados cuando se in-



vestiga el proceso salud-enfermedad, sobre todo porque el bienestar mediado por la cobertura y acceso a servicios de salud implica que, ciertamente son necesarios los recursos económicos e institucionales, pero también formar parte de un hogar, de una comunidad y con mayor profundidad el sentido de que

toda migración parece ser temporal, lo que para la política pública implica diseñar, formular e instrumentar acciones y estrategias de reintegración, reinserción y retorno en un marco que privilegie el ejercicio de los derechos humanos de las personas en cualquier etapa del proceso migratorio.





MIGRATION AND HEALTH



PRESENTATION

The mission of the National Population Council (CONAPO) is to carry out the demographic planning of the country in order to include the population in economic and social development programs formulated by the government and to link its objectives to the needs posed by demographic phenomena.

Specialized and public policy literature recognizes that international migration is the most complex demographic phenomenon; its multiple components and social, economic, cultural and political conditions show the need to reinforce the notion that migrants are subjects of rights, and to strengthen the study of its dynamics through gender approach and with an intersectional perspective.

In the little over two decades of the 21st century, it has been confirmed that in Mexico the components of migratory dynamics are complemented by other forms of human mobility, such as refuge and internal displacement. The different forms of human mobility are connected by the pursuit to improve quality of life whatever the causes that motivate it may be. The governments of the countries of origin, tran-

sit, destination and recently also refuge—given the scale it has reached—are part of a global framework with international instruments and recommendations for decision-making and the execution of actions, strategies, and programs for the care of migrants, within a framework of guarantees for human, economic, social and cultural rights.

The adherence of the Mexican State to regional instruments such as the Montevideo Consensus, the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration and the Sustainable Development Goals are integrated into the vision of the Mexican State to formulate and implement public policies that include diversity demographic of migrant populations, from and to Mexico. The General Secretariat of the National Population Council (SGCONAPO) with this publication of *Migración y Salud / Migration and Health* continues to enrich public policy options that could be part of development planning that seeks root solutions to international migration in origin and respect for the constitutional framework that guarantees common life and the rights of all people in the national territory.

MTRA. GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

General Secretary of the National Population Council

INTRODUCTION

Migración y Salud / Migration and Health, coordinated by the General Secretariat of the National Population Council (SGCONAPO) of the Mexico's Ministry of the Interior, gathers research from different national and international academic centers, as well as the results of the analysis carried out by SGCONAPO on migration and health. Each chapter concludes with considerations that contribute to public policies, the core of government activity and in general, the suggested recommendations understand migrants as legal subjects, and, with this definition in mind, aim to influence the design of government strategies and actions.

As a total social fact, or perhaps as a set of connected social processes, the different forms of human mobility, including international migration and its different components (immigration, emigration, return migration, circular migration and transit migration) affect social perception and national affairs in terms of public policy decision-making, binational and regional agendas, and in monitoring and evaluating compliance with international agreements and recommendations – Mexico is well known to be a global example of the complexity of these phenomena.

In this 2024 edition of *Migración y Salud / Migration and Health*, three conceptual and public policy aspects have been prioritized regarding migrant populations: migrants as subjects of social rights, gender perspective and the need

to integrate new units of analysis into the study of the health-disease-death process.

The publication includes four sections in which researchers from academic centers in the center and north of the country, as well as from SGCONAPO itself, participate. They address substantial aspects of immigrant and return populations in Mexico, favoring gender approach, and incorporating elements of reproductive health and expanding the field of research towards the home as a unit of analysis. Another component of the migration dynamics studied is Mexican emigration to its main destination –the United States. This project ends with the compilation of the most sensitive aspects of public policy derived from the studies that comprise it.

The article written by *Viridiana Sosa and Patricia Román*, based on information from the 2020 Population and Housing Census of Mexico, aims to approach the estimates around the prevalence of access to health services of the population outside Mexico residing in Mexico, focusing on migrants as legal subjects, in this case with the social right to health services, and showing with sociodemographic statistics that this is a population that needs to be better understood in order to identify its needs and define the areas of government action, considering its gender and demographic composition.

For their part, *Alejandra Reyes and Luis Vázquez*, using The National Survey of Demographic Dynamics 2023, provide elements



related to the sexual and reproductive rights of immigrant women in Mexico, with the purpose of expanding quantitative knowledge on the conditions faced by these women, and suggest the need to continue investigating the guarantee and effective exercise of these rights in both return and migratory transit, a recurring theme in recent editions of *Migration and Health*.

Alfredo Jáuregui-Díaz, María de Jesús Ávila-Sánchez and Jimena Méndez-Navarro analyze the medical care needs and patterns of access to health services of people residing in households with return migrants from the United States, that is, they seek to strengthen and consolidate the development of households as a unit of analysis; to do so they use the International Migration Module of the Expanded Questionnaire of the 2020 Population and Housing Census of Mexico as framework. All three authors consider the premise that the migratory experience can have a significant impact on family and community dynamics, influencing the ability of household members to access health services.

Rafael López suggests a methodological approach to consider, from the origin and destination of the population born in Mexico residing in the United States, similar aspects in the health-disease-death process. He does an approximation to the knowledge of the causes of mortality and mortality in general of this migrant population using information on deaths registered in both countries. He highlights pending tasks that, for public policy purposes, need to be addressed to develop a medium-term research program that impacts the improvement of living conditions in migratory regions of origin and in migratory destinations.

Finally, from the suggestions for public policies made by the authors, a common narrative is presented within the framework of access to health services as a social right and migrant populations as subjects of these rights. It is necessary to analyze the short, medium and long-term public policy decisions that structure their health and disease processes.



Approaches to access to health care services for the immigrant population residing in Mexico

María Viridiana Sosa¹ and Rosa Patricia Román²

Summary

The objective of this work is to approach the estimates of prevalence of access to health care services of the population born in other countries, residing in Mexico, to shed some light on compliance with this social right among this population group. Another objective is to produce a sociodemographic characterization of this group to better understand this population's profile and to learn its needs to define what actions should be undertaken to cover them and to guarantee compliance with their right to health care, included in various national and international legal instruments. The above is attained by using data from the 2020 Population and Housing Census, a source of information that allows this population group to be identified and to know if they have some health care insurance, whether they use it and where they go to receive health care needed. This information will allow us to propose focused strategies for state fulfillment of this obligation.

Keywords: *Access, health services, immigration.*

Introduction

There are currently some 1 billion migrants in the world, this number represents around one in eight people (World Health Organization [WHO], 2022). Human mobility impacts different areas of the lives of those who participate in it, one of these areas is health, whether due to the journey or the disadvantageous conditions in which it takes place in the place of origin and/or destination.

A report by the Global Migration Data Analysis Center (2018) shows there are at least 258 million international migrants in the world (3.4%). Fifty percent of which are women and approximately 14 percent children.

The context and the way in which migrants live this process in search of better living conditions and opportunities puts them in situations of vulnerability. Some of these situations are the lack of legal documentation, lack of access to health care services, limited economic resources, and absence of supportive social networks. All of these have consequences on their health and can cause illnesses or aggravate pre-existing ones (Secretaría de Salud, 2018).

¹ Professor-Researcher at the Institute of Agricultural and Rural Sciences (ICAR), Autonomous University of the State of Mexico (promanreyes@yahoo.com.mx).

² Professor-Researcher at the Institute of Agricultural and Rural Sciences (ICAR), Autonomous University of the State of Mexico (virisosa@yahoo.com).

Migrants – and refugees – have the human right to health care and destination countries are responsible for guaranteeing its exercise. Hence, the Mexican government developed the program “Comprehensive Health Care Plan for the Migrant Population”, and the Ministry of Health is responsible for its operation. This program serves migrants even during transit, considering their health conditions before migration, their experience during the process, and the conditions at the destination place (Secretaría de Salud, 2018).

Health becomes a relevant issue when migration is analyzed in a context of vulnerability. The risks for those on the move, and the risks derived from the conditions in which they move, are always present. Thus, the health status of migrants before the migration process must be considered, as well as the challenges they face during the mobilization process, and their experience at the destination place, the way in which they are inserted and/or adapt and the epidemiological profile of their destination (Secretaría de Salud, 2018). Also, issues such as quality of service and access to health care institutions must be considered. Other aspects that should guarantee this health care are equity, non-discrimination, respect for human rights and social justice.

In our country, the right to health care of migrants is guaranteed in accordance with various international legal instruments such as the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the Constitution and the Migration Law, which bind the Mexican State to fulfill these rights.

We know that health is connected to various factors, such as: economic condition, social organization, demographic dynamics and access to health care services, and all these must be considered for migrant’s health care. A project carried out by various institutions titled “The Health Initiative of the Americas” found that:

The sociodemographic profile of migrants in transit, users of migrant houses and shelters, is clearly different between men (82.7%) and women (17.3%). Most of them are young with an average age of 29.9 years of age, and more than half have children (64.7%). According to their country of origin, the majority are from Central America, mainly from Honduras (43%), El Salvador (20.8%) and Guatemala (16.1%); 93.6 percent do not have immigration documents to transit Mexico, which makes them more vulnerable; and of the total number of respondents, 40.8 percent have reached the United States at least once (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016).

Thus, based on the 2020 Population and Housing Census, we seek to know the prevalence of health care services provided to migrants – born in other countries – residing in Mexico, to learn whether these services are being provided to them, since they are entitled to it through various national and international regulations. Also, a characterization of the sociodemographic profile of this population is carried out with the purpose of distinguishing vulnerable points that will allow taking actions in favor of them.

This document is made up of five sections. The first section is this introduction that offers a general overview of migration and access to health care services. Subsequently, a review of existing regulations regarding access to health care for migrants and some reports on this issue. The third section describes the data source used, which is the 2020 Population and Housing Census, as well as the methodology. In the fourth section the topic is furtherly explored, and results are presented. And finally, the last section offers the main conclusions and reflections regarding the information used.

Access to health care for migrants as a right

Migration becomes a relevant issue for Mexico since it is a country that sends migrants, receives migrants and has migrants in transit simultaneously. Respect for human rights is imperative in the narrative aimed at analyzing and reflecting on the challenges that this mobility imposes on Mexican society.

In the 20th century, our country had a strong emigration to the United States (US). The current outlook has become more complex, since emigration, immigration, transit and return happen simultaneously. Emigration to our neighboring country to the north continues to be the most prevalent, there is a significant number of immigrants from deportations of children born in the US to Mexican parents, an increase in returnees since 2008 and a significant number of individuals from Central America and the Caribbean in transit, among whom a considerable amount is from Honduras, El Salvador and Haiti seeking to reach the United States (Hernández et al., 2023).

According to Giorguli (2018), Mexico has undergone some transformations in terms of mobility that impose different needs on the Mexican government. The increase in returnees, which are a significant number of children, poses integration challenges for those requiring incorporation to the educational system. Since the last decade, the presence of migrants from Central America in transit to the United States has increased. Along their journey, these people face different requirements, one of which is health care, a commitment made by our country before international organizations.

The profiles of migrants have also changed, in the 20th century they were men of working age, with a low level of education and who worked in agriculture. Now we have a heterogeneous population, made up of men and women, boys, girls and adolescents and/or

families with different needs, therefore actions and policies must take account of this diversity (Hernández et al., 2023).

There is a significant flow of irregular migration in Mexico, where access to health care is already low, which leads us to assume that this mobile population would also be affected by this situation, thus failing to comply with legislation that guarantees compliance with human rights. Despite actions by the federal government, based on an immigration policy that ensures access to health care for migrants, during 2020 this access was limited, further complicating their situation (Manchinelly, 2021).

In the international context we find these guarantees contained in the Universal Declaration of Human Rights and in the International Covenant on Human, Economic, Social, Cultural and Environmental Rights. The legal guarantee of access to health care for the migrant population established by these instruments is a necessary condition, but not sufficient; compliance with these legal norms is required in institutional practices (Manchinelly, 2021), since there are frequent barriers to access due to structural factors: legal and economic (Pan American Health Organization [PAHO] and WHO, 2016).

Mexico's legal framework seeks to guarantee access to health care for migrants. First, there is the Constitution, which is the fundamental law and framework for the protection of human rights for all people (without distinction). This document mentions that any person in national territory enjoys all human rights contained in it and in all international treaties in which Mexico participates (National Human Rights Commission [CNDH], 2017). It establishes the joint responsibility of all authorities – of all three levels of government – to guarantee these rights. The Migration Law, article 8 provides that public services to which people are entitled, regardless of their immigration status, include receiving medical care – whether in the public or private sector – (CNDH, 2017). The Ministry of the Interior is respon-

sible for this immigration policy– Migration Law – which must coordinate efforts with other agencies such as the Ministry of Health – General Health Law – (Hernández et al., 2023).

In this case it is important to mention that these to health care, specifically, must recognize all people involved in mobility processes as subjects of rights, for these are usually granted only to those who are considered citizens. In words of Giorguli (2018), although the state subscribes to the interest of respecting human rights of migrant populations in transit, there are few actions directed at them that modify their situation or that aim to contribute to improving their living conditions during their journey. Unfortunately, information on this population is not included in the census, so it cannot be analyzed, so we focus on migrants not born in Mexico who are captured in this survey.

A study carried out by the International Organization for Migration (IOM, 2019a) concludes that access to health care by migrants is generally limited. This access refers mainly to health care goods and services (Pierola and Rodríguez, 2020). The IOM (2019a) specifies that, although there is an initial advantage, since migrants tend to be healthier people, this advantage tends to disappear along the mobility process, due to complications to obtain resources that allow them to stay healthy. The greatest risks are physical and mental health, as well as certain groups included in the diaspora such as pregnant women (IOM, 2019b). During this mobility process, they are more vulnerable to the environment, which can have negative consequences to childbirth, as well as a higher risk of maternal mortality and premature births than non-migrant women (IOM, 2019a).

In this sense, children, adolescents (NNA) and women are the most vulnerable group when it comes to access to health care and pregnancy during the migration process. It is this group, particularly women, who suffer from gender violence, which harms their physical, mental

and even social health (PAHO and IOM, 2018). CONAPO (2024) also recognizes that migrant children and women experience cultural, social, political and economic obstacles that limit their access to timely health care, including sexual and reproductive health care, obstetric care, and prevention of sexually transmitted diseases. We cannot ignore that during this displacement of migrants from Central American countries and in transit through Mexico, they face other situations that put their health at risk, such as high levels of extortion, kidnapping, death threats or sexual violence (PAHO and IOM, 2018). These experiences can cause irreversible damage to their physical and/or mental health, which is why it becomes relevant to make health care vulnerability for migrants visible.

We must consider that restrictive immigration policies have a negative impact on migrants' access to health, by criminalizing them they trigger a series of formal measures that hinder their access possibilities (Manchinelly, 2021). Also, we find expressions of discrimination and racism by the population of the place of transit and destination that adds to these barriers. Likewise, there is misinformation about the rights of migrants, where even they are unaware of the various responsibilities of host countries in terms of health care (Pierola and Rodríguez, 2020).

The outlook is not very encouraging if we consider the health care attention situation in our country. Inequalities in access to health services are evident and affect the most disadvantaged groups by socioeconomic level and by stratifying by sex, area of residence and ethnic status (Pelcastre et al., 2021).

It is a known fact that migrant access to health care has serious limitations, and even more so if their situation is irregular. Misinformation, isolation and fear of being deported are among the main factors that hinder their access (United Nations High Commissioner for Human Rights [UN/DH], 2023). Specifically, one of the most questioned and necessary aspects is the

one that refers to the sexual and reproductive rights of women. They need prenatal care; however, we know this need is smaller than that of nationals, and it may even make them resort to dangerous means to terminate their pregnancy (Ribeiro and Morales, 2022; UN, 2015). This is because when migrant women went to hospitals to monitor their pregnancies they were detained and/or deported (UN/DH, 2023).

In a study by Reyes (2023), in 2020, women born in other countries residing in Mexico, belonging to the group of children and adolescents (under 19 years of age), represented 52 percent. This shows a considerable proportion of young women in this group, where also one in ten did not have access to health care services. The needs that this population of children and adolescents have are diverse: education, health, just to mention a few. We can assume, and the author believes, that a significant number of people in this group are children of returned fellow countrymen who are having integration difficulties in our country.

Thus, we reiterate that the objective of this work is to show the situation of individuals not born in Mexico, and their access to health care services, as a way of document compliance with national and international commitments in this matter, identifying the main characteristics of this population presented in the following section.

Methodology

The 2020 Population and Housing Census was carried out from March 2nd to 27, 2020; in it, information was collected from the Mexican and foreign population residing in private and collective homes in our country. In this survey, a total of 126 014 024 people were registered, 48.8 percent of which are men and 51.2 women. This census includes information on the place of birth, where the population residing in Mexico born in another country is 1 212 252 people, just one percent of the total Mexican population, of

which 618,750 (51 %) are men and 593,502 (49%) are women. The main countries of birth are the United States (66%), the Republic of Guatemala (4.6%), the Bolivarian Republic of Venezuela (4.3%) and other countries (25.2%) (National Institute of Statistics and Geography [INEGI], 2024).

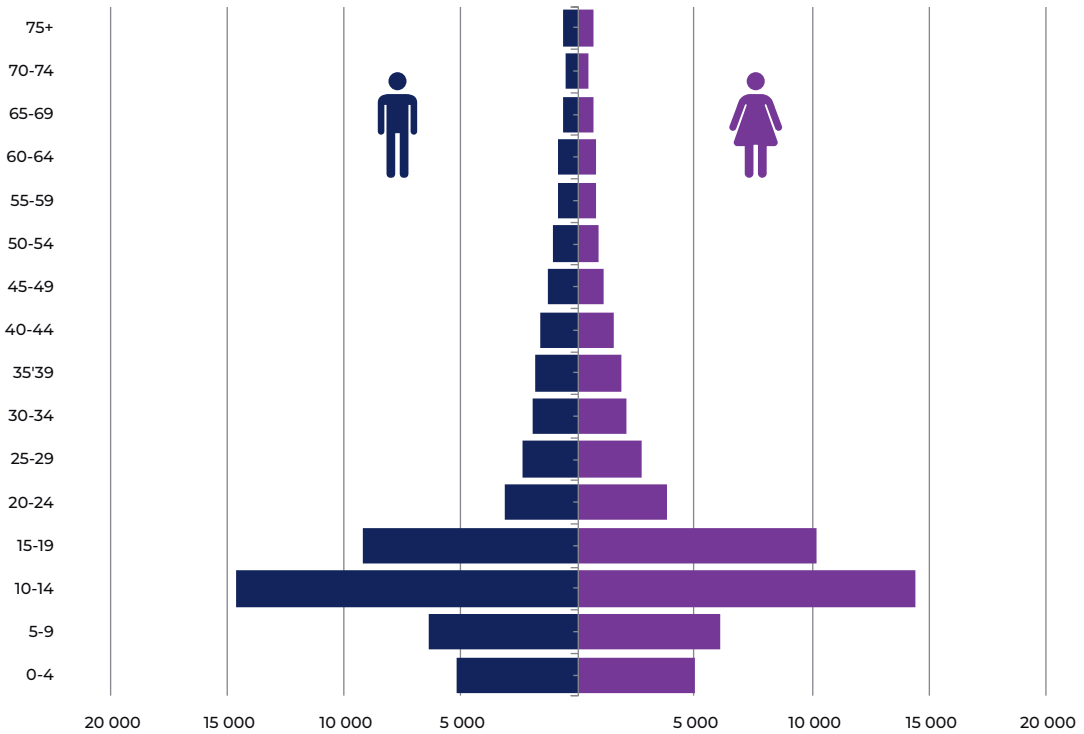
The information this source presents allows us to carry out a study with quantitative, descriptive methodology on the main sociodemographic characteristics of the population under study, so as to have a profile of it. Subsequently, we identified the prevalence in access to health care of this population group in our country. It should be noted that ideally, we would have information on all migrants – even in transit – and whether they have access to health care services or not; however, the limitations of the population census, which does not capture this information on migrants, only leaves us with information on those individuals born in another country residing in Mexico.

Sociodemographic profile of people not born in Mexico

The age and sex composition of the population born abroad, residing in Mexico in 2020, shows a very similar proportion between men (50.5%) and women (49.5%). This structure by age and sex also shows a high concentration of this population group in working ages, ranging from ten to 19 years of age, with an average age of 20.3 years, although if we consider the median this number is even lower (15 years), further evidencing the young nature of this group (see graph 1). As mentioned before, this has implications for public policy that must be taken into account.

The majority of this migrant population residing in Mexico comes from countries on the American continent (96%), mainly from the United States, Guatemala, Honduras and Venezuela. This is interesting because when we analyze their nationality, we find that around 60 percent have Mexican nationality. On the one

Graph 1.
Mexico. Age and sex structure of the foreign-born population, 2020 (Volume)



Source: Own elaboration based on INEGI (2024), Population and Housing Census 2020.

hand, it confirms the idea that a large portion of it is made up of girls, boys and adolescents of Mexican parents, who were perhaps born in the US and who are now returning to Mexico. And, on the other hand, it indicates that this population has the possibility of obtaining official citizenship documents and greater possibilities to access health care services. If we consider the counterpart, we also see that a significant proportion of the population that does not have nationality (around 40%) who could be facing administrative or racial barriers to access health care services.

Regarding the state of residence, we notice they are mainly located in the states of Jalisco, Oaxaca, Michoacán, Chihuahua, Chiapas and Puebla; together, these states concentrate almost 50 percent of this immigrant population (INEGI, 2024). In past decades, some of these

states have typically been considered states from which Mexicans migrate to the United States.

On another note, the information on the number of people in households shows that one in every three households where people born in another country live is made up of three members, that is, one member less than those households of people born in Mexico. When analyzing the constitution of these members, we find that the majority are daughters and sons, and there is even an 11.9 percent of granddaughters and grandsons, which once again confirms the assumption that this group basically comes from returned families, with a high presence of offspring (see graph 2). These data are in line with what was proposed by Jáuregui et al. (2023) who find that in homes with a returned population there is a broad base of children and adolescents. What we know about their requirements

is primarily social insertion, which incorporates aspects of education, health, housing and employment in some cases.

As for this group's schooling, the census shows that 53 percent of them were still attending school in 2020, which agrees with their age range.

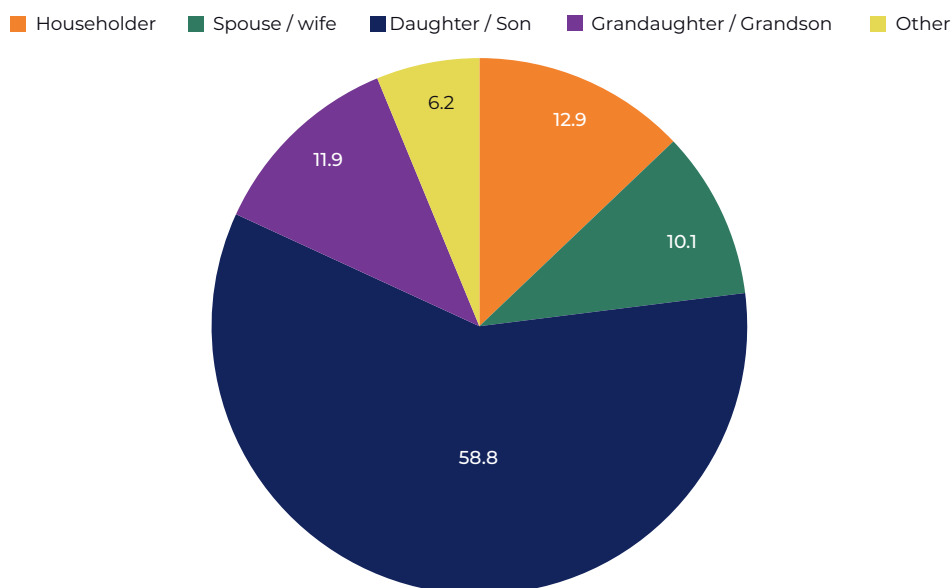
Regarding accumulated schooling, the majority declare they have not completed any school grades (11.7%), that is, have no schooling (or some official preschool), followed in importance by those who declare having completed 9 grades, which would be secondary school (10.7%); those who have completed 6 grades, that is, primary school (10%), 12 grades, equivalent to high school (9.4%), and finally, those who said they have passed completed a bachelor's degree or 16 grades (3.4%). This would mean there are deficiencies in this population's insertion to school, for there is a relevant percentage of people who express not having any level of schooling.

An important aspect in this analysis is marital situation, where a predominance of those who declared being single is observed. Those classified as with a partner, that is, mar-

ried or living together, present a significant proportion (32%) and those who claim they once had a partner but separated, divorced or widowed were grouped in the category of once had a partner, representing barely five percent of this group (see graph 3). These results are not surprising, since if the majority of the population not born in Mexico, but resident, is under 19 years of age, they are expected to be single.

As part of this analysis, there is also the activity status of those who immigrated to our country and resided there in 2020 (see graph 4). The figures show a greater representation of the non-economically active population (69%) and a lower proportion of those who declare having worked or looked for work (31%), which conform the economically active population. It should be noted that of the total population born outside Mexico, a significant number are not even considered, since they are under 12 years of age; and of those who could be considered because they are over 12 years of age, many are students, that is, part of the non-economically active population.

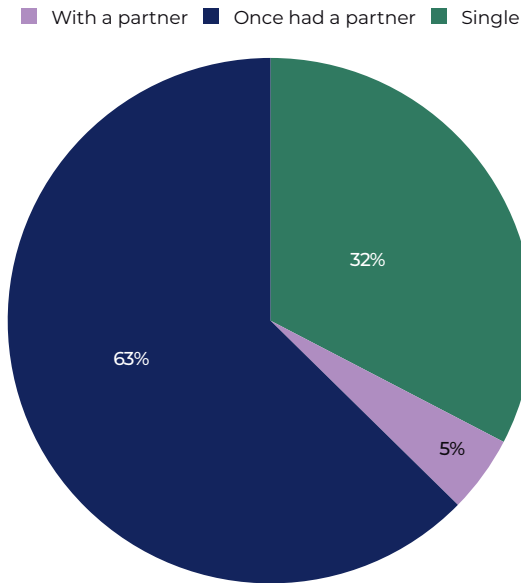
Graph 2.
Mexico. Percentage distribution of relationship of people born in another country, 2020



Source: Own elaboration based on INEGI (2024). Population and Housing Census 2020.

Graph 3.

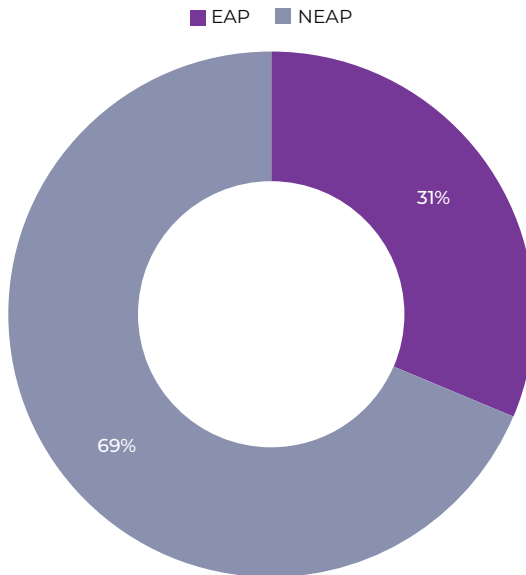
Mexico. Percentage distribution of marital status of individuals born in another country, 2020



Source: Own elaboration based on INEGI (2024). Population and Housing Census 2020.

Graph 4.

Mexico. Percentage distribution of activity condition of people born in another country, 2020



Source: Own elaboration based on INEGI (2024). Population and Housing Census 2020.

Access to health care services or people born outside Mexico

Access to health care services is a right shared by all human beings and, as mentioned above, it is included in various international and national legislations. All people have the right to health care protection from the state for their well-being. Some of the elements included in this right are: availability and access to health care services regardless of the beneficiary (Ribeiro and Morales, 2022).

Thus, as for affiliation to health care services, that is, for this population group, we find that affiliation to health care services by the total population in our country is 73.5 percent, while in our interest group it is only 53.7 (see graph 5). Of those affiliated to a health care institution, the majority receive care through Seguro Popular, now Bienestar, although we know this insurance has limited coverage for certain conditions, as well as

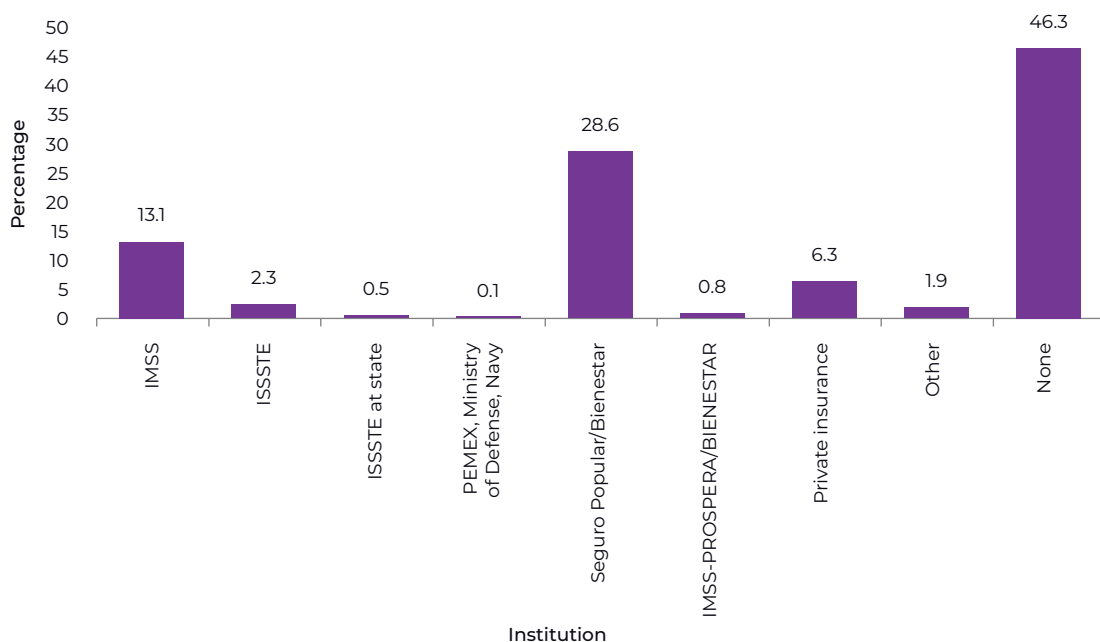
limited availability of medications. The second group in importance are migrants who receive health care through the Mexican Social Security Institute (IMSS). A non-negligible proportion of this population is served by private insurance, which we know can be expensive, and the necessary resources to cover them are not always available.

The health care of migrants born in another country and residing in Mexico (see graph 6) shows that this population is served mainly in public institutions (47%), followed in importance by care in private institutions (46%).

As we see, a significant proportion of this population is served in the private sector, which indicates that costs are covered by them. We do not know the reasons for this situation; however, it calls for attention and it is our opinion that it should be considered to incorporate them into the public institutions and give them the option to count on public health care and services which they are entitled to.

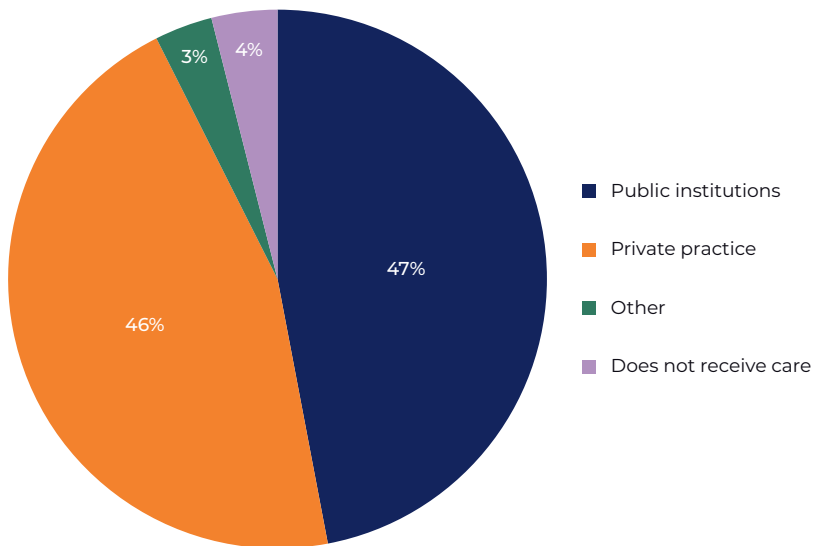
Graph 5.

Mexico. Percentage distribution of people born in another country according to their affiliation to health care institutions, 2020



Source: Own elaboration based on INEGI (2024). Population and Housing Census 2020.

Graph 6.
Mexico. Place of care for health problems of individuals born in another country, 2020



Source: Own elaboration based on INEGI (2024). Population and Housing Census 2020.

Final considerations

We know the foreign population residing in Mexico represents a very low proportion of the total population in our country, just one percent. However, the flows of migrants aiming to reach the United States and who use our country as transit, but who stay along the way, are increasing. This is why it becomes relevant to shed some light on them and ensure that their passage or establishment guarantees compliance with their rights, as established by the different regulatory frameworks on the subject.

This work is just a general outline of this population, which aims to approach its identification and main characteristics. We must continue investigating, with qualitative studies, what the incorporation of this population born outside our country is like, since this would allow us to delve deeper into their needs and the way in which they can be addressed.

According to the results of the sociodemographic profile that the analysis population has, we can assume that a large number of immigrants residing in our country are children and adolescents – under 19 years of age – of Mexican migrant parents, who returned to our country and that now face challenges in their integration. We must also take into account that a significant volume of this population has Mexican nationality and that the majority come from the US, some others were born in other countries. Their states of residence correspond to states with a historical migrant tradition of sending individuals to the United States – Michoacán, Jalisco, Oaxaca – and this means that they are a heterogeneous population, with different needs and, therefore, the actions and targeted policies must account for this diversity.

We must recognize there are challenges to the social incorporation of these immigrants in our country, to this end we suggest some

lines of action that could contribute to this effect, which agree with some suggestions also pointed out by international institutions:

- ◆ It is necessary to demonstrate and promote the responsibility and participation of the state in guaranteeing the population born in another country, but residing in Mexico, access to health care services, as well as some others that are their right.
- ◆ We must review the current regulations to verify their flexibility to adapt to the current reality of this population group, which is also changing, considering their specificities to address each need in a focused manner (Hernández et al., 2023).
- ◆ Health, education, access to social justice and political participation must be the subject of attention by the State. The policies of the Mexican government must evolve according to the needs of immigrants, guaranteeing the full exercise of their rights to improve their economic development, well-being and security. For this, it is essential to review public budgets, as also recognized by Hernández et al. (2023). In this sense, the fact that these budgets serve this population should be revised, as well as existence of the infrastructure and personnel who will provide this service, in accordance with the needs of the community, all in a coordinated manner between the different levels of government and sectors.
- ◆ To guarantee the exercise of the social rights to which all people are entitled, including foreigners residing in Mexico, we must incorporate them into the public health institutions that provide this service.
- ◆ Carry out information campaigns about the rights of migrants, for sometimes even they do not know what they are entitled to, so they know they can access public health care services when they require it.
- ◆ Overcome discriminatory and racist situations in the access to health care services that migrants sometimes suffer, and in some cases causes them to no longer treat their condition or to postpone it, aggravating their situation.
- ◆ Age is an element that provides knowledge and experience; since the study population is mostly young migrants, we assume they may not be sufficiently capable of demanding the service.
- ◆ Since the population born outside Mexico, has a high proportion of children and adolescents born in the US, language can become obstacle when seeking health care.
- ◆ It is necessary to carry out documentation campaigns for identity accreditation, since the lack of official identification documents can hinder registration and affiliation to health care services



Immigrant women in Mexico. An approach to their sexual and reproductive rights

Alejandra Reyes Miranda¹ and Luis Alberto Vázquez Santiago²

Summary

Women's migration across national borders has been present throughout the history of humanity, however, the documentation and enforcement of their sexual and reproductive rights is recent practice. Their inclusion in international instruments, regardless of the immigration status, as well as the collection of information that accounts for the conditions women face during transit, at their destination and while returning, have, until now, resulted in few quantitative exercises. This work shows the connection between migration and sexual reproductive rights in international instruments, as well as a brief overview of how they are exercised in Mexico through the case of women born in other countries and residing in Mexico. To this effect, the National Survey of Demographic Dynamics 2023 was used, considering the reproductive age population from 15 to 49 years of age. Thus, schooling, marital status and work condition are some of the socioeconomic factors that intervene in the exercise of sexual and reproductive rights of immigrant women.

Keywords: *Women, sexual rights, reproductive rights, immigrants, Mexico, contraceptive methods, pregnancy.*

Introducción

In recent decades, migratory flows have experienced significant transformations, influenced directly or indirectly by economic, political, social and environmental factors. Migration and its study have traditionally been associated with men, who, motivated by new opportunities and better living conditions, decide to emigrate. However, in recent years, there has been a considerable increase in female migration to the country, a phenomenon that requires a detailed and in-depth analysis since until recently the belief was that women had a minor participation in migratory flows, alluding to the role of women as wife or as a secondary presence within the family (Woo, 1995). Therefore, it is imperative to expand the evidence-based study of female migration to design more inclusive and effective policies that protect their rights and enhance their contributions. This will allow a more comprehensive understanding of contemporary migratory flows and a more appropriate response to the global challenges they pose.

The study comprises the introduction which considers the relevance of this work in the field of research on the link between migration and human rights, particularly of women. The second section is a methodological

¹ Health Specialist Researcher. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (alejandra.reyes@ciss-bienestar.org).

² Head of the Department of Studies of Mexicans Abroad, General Secretariat of the National Population Council (luis.vazquez@conapo.gob.mx).

note about the quantitative and descriptive study of female migration and the sexual and reproductive rights of migrant women, considering the scope of the source of information used. The section on sexual and reproductive rights of migrant women is a reflection that enables addressing the volume and geographical distribution of immigrant women in the country, to have an interpretive framework for the sections on the results of research on knowledge and use of contraceptive methods and maternal and child health. Finally, a brief reflection on these results aimed at nourishing public policy in relation to migrant women.

Methodology

The most recent National Demographic Dynamics Survey (ENADID) dates from 2023; its importance in learning the sexual and reproductive health of the female population residing in Mexico has been recognized since it began in the nineties of the past century. Habitual residence and place of birth are the first two methodological considerations contemplated in this study to investigate quantitatively and with a descriptive approach the strong link between fertility and migration, it is interesting to relate the variables of interest with the fundamental rights of people, especially immigrant women. The variables explored merge a sociodemographic perspective that emphasizes the vulnerability of immigrant women in Mexico when it comes to guaranteeing the exercise of their sexual and reproductive rights in relation to the knowledge and use of contraceptive methods, and maternal and child health.

Sexual and reproductive rights and international migration

Whether offspring or not, when and how many members, women on their own or with a partner, are the result of diverse social, cultural and

public policy circumstances, among which is the access and use of appropriate services around sexual and reproductive health. One of the international instruments that largely guides public policies is the Sustainable Development Goals, established in 2013 and aimed at achieving full implementation in 2030, seeks to reach gender equality and the empowerment of women and girls, including the migrant population, through the use and knowledge of contraceptive methods. Migrant women in particular may face obstacles to fully enjoy these rights, either due to lack of general knowledge and non-recognition of these rights, or the obstacles they encounter when trying to access information, especially those who do not have official documents to reside in the country or whose native language is different from that of the country of residence or transit (United Nations Organization [UN]-Women, 2014). Gender equality must be understood as a fundamental human right that leads to the construction of a more prosperous and sustainable future, because, as society, women have the power to make decisions about their bodies and their lives, and as they and their families prosper, so does society (UN, 2024).

Another international instrument that largely guides population policies is the Montevideo Consensus, which is the most avant-garde instrument that specifically considers vulnerable populations, including migrants. Human rights, sexual and reproductive rights, and maternal and childcare rights are considered integral, and their exercise is essential for the enjoyment of other fundamental rights to achieve international development and poverty elimination goals. Furthermore, progress towards universal access to sexual and reproductive health has been insufficient and unequal, as has education and the quality of health care. Thus, it aims to guarantee universal access to these services, eliminating any form of discrimination and violence through a mechanism of participation and social and political representation of all

groups (UN and Economic Commission for Latin America and the Caribbean-[ECLAC] , 2013).

In both instruments, access to basic health care services should not be conditioned to immigration status. Both agree to decisively protect human rights, guaranteeing access to basic social services, education and health, for all migrants, paying particular attention to the most vulnerable groups; as well as prioritizing, in each country, the strengthening of intersectoral coordination channels, to guarantee the exercise of the human rights of all migrants, regardless of their migratory status, with a gender-based perspective.

Thus, fertility and migration are closely connected, in terms of fundamental rights, indisputable for women, but also as a structural part of the demographics of the countries of origin and destination. Women who emigrate have always carried with them a history that defines their fertility, in a macro and individual level, and that they coexist with various circumstances, during the journey and in the place of destination. Also, in the country of destination, fertility may be determined by new social and cultural patterns, by the conditions in which migration occurs and the recognition of their rights, such as access to proper medical services and the use of contraceptive methods.

In demographic terms, migration complements the structure of the destination population; countries with a more advanced demographic transition benefit from migratory flows in parallel, they contribute to the decrease in fertility framed in the second demographic transition and provide working age population which cushions the aging process through a contribution to the social system of the destination country. In such a way that, as some scholars such as Canales (2013) indicate, international migration contributes to the configuration of a model of demographic reproduction typical of this globalized era. Indeed, through migration, the transfer of part of

a demographic dividend from Latin American countries is encouraged, which contributes to solving the population deficit in active and reproductive ages in developed countries, but also part of that demographic dividend is returned to the countries of origin through remittances (Ordorica, 2024). It is the configuration of a system of global demographic complementarity, which allows supporting the reproduction of the population in the countries of destination and origin.

If we look at the migratory flow from Latin America heading to Mexico or in transit through it, it is possible to point out the convergence of various economic and social nuances, and several demographic behaviors around their fertility. While there are countries with low fertility, there are others with very low fertility, but in general, the region has had an accelerated decrease in the number of children per woman, within the second phase of the Demographic Transition, showing low fertility and an increase in life expectancy. However, it has shown inequalities between a high adolescent fertility rate and a significant decrease among women with better socioeconomic conditions, among which access to education stands out. Thus, the fertility situation is permeated by social inequality prevailing in Latin America and the Caribbean (LAC), which translates into different scopes in terms of sexual and reproductive rights, to the disadvantage of the most vulnerable groups (Cabella and Nathan, 2018).

In the case of Mexico, there are different behaviors around how many children to have and when according to region. For example, there is an overall decrease in the Total Fertility Rate (TFR) throughout the country and differences remain in the northern region compared to the center, but in southern states it has remained relatively high. This unequal behavior indicates the different levels of progress in the demographic transition, which, in terms of the regulation of offspring, is explained by various determinants.

González et al. (2007), who analyzed eight states divided into three regions between 1990 and 2001, found three patterns in women's fertility through the TFR according to the region of residence, higher in the south, moderate in the center and minor in the northern region. The use of contraceptives had more impact as an inhibitory effect on fertility in the northern part of the country, followed by the central region, while in the south patterns of sexuality have a greater influence. In other words, while in the northern region women mostly use modern contraceptives, in the center their use is intermediate, and in the south, there is a lag, which translates into different levels of a demographic transition within the country.

In a more recent analysis, that included women's schooling as a variable that determines the postponement of fertility, Gayet and Juárez (2022) detail that the higher the level of schooling, the lower the TFR, given the new scenario of fertility in the country that indicates it is below population replacement, estimated at 1.9 in 2020, when the limit for continuity is 2.1 children per woman. In their study they covered three decades and found that the average fertility ages seem to show that women with high school education are in the process of limiting fertility, while those with higher education are reducing the number of births and postponing the age of fertility.

Although it is not the objective of this document, it is worth noting that just recently there are some documented determinants that define fertility in a society, among which are the intermediate ones. These are the use of contraceptives, marriage, induced abortion, and postpartum fertility (Bongaarts, 1978). And more recently, given this decrease, three determining forces have been postulated: the decrease in the number of children (*quantum*), the postponement of the first child (*tempo*), and the increase in the proportion of women who decide not to have children (permanent nulliparity). In coun-

tries with low fertility, societies have preferred to reduce the number of children thus delaying the onset of fertility until advanced ages, with women who have begun their reproductive life after the age of 30, both forces have shortened the time of exposure to pregnancies, which in turn causes a decrease in the fertility rate. Finally, postponing pregnancy until advanced ages increases the probability that the offspring will be conditioned, in some cases, desired; accompanied by a proportion of the female population that decides not to participate in biological reproduction (nulliparity) whose increase in recent years has been studied as a social and demographic phenomenon characteristic of societies with an advanced demographic transition (Cabella and Nathan, 2018).

Migrant women in Mexico

According to the National Survey of Demographic Dynamics (ENADID) 2023, just over 992 thousand people born abroad reside in Mexico, which represents a decrease compared to 2018 with 7.6 percent (1 074 752). and a marginal increase compared to 2014 (980 874 immigrants). In those three years, as has been historically the case, the proportion of immigrants is less than one percent of the total population, which, until now, has made Mexico a country not very receptive to international migration which in the following decades is expected to become attractive for various flows (Gandini, 2020; Torres, 2022), 0.82 percent in 2014, 0.86 in 2018 and 0.77 in 2023 (National Institute of Statistics and Geography [INEGI] 2014, 2018 and 2023).

Among the immigrant population in Mexico, the participation of women in relation to men has tended to be equal. In 2014, 47.3 percent of the population was women, in 2018 this proportion rose to 49.7 and in 2023 it was slightly below at 49.3. In other words, in 2014 for every 111 men there were 100 women, in 2018 the ratio evened out with 101 men for every 100 women,

and in 2023, despite a slight decline since 2018, it was 103 men per 100 women. In contrast, at an international level there is talk of an increase in the gap between migrant men and women in favor of the former, which has intensified in the last two decades (International Organization for Migration [OIM], 2024). The presence of women in migratory flows in Mexico can alter the profile and demographic composition, and at the same time, it involves a series of challenges and opportunities. ENADID 2023 estimates that of the little over 489 thousand women born abroad who reside in Mexico, more than half (53.8%) are of reproductive age, that is, between 15 and 49 years of age.

As for women residing in Mexico between 15 and 49 years of age, 45.4 percent have been mothers and 44.5 have surviving children. The following paragraphs summarize some of the main data on women born abroad residing in Mexico between the ages of 15 to 49, who have children compared to those of the same age group who do not have any, in key aspects such as: sociodemographic characteristics, labor participation, origin, place of residence and nationality, as well as knowledge and use of contraceptive methods, in order to investigate the features of this population subgroup, and provide information for the development of public policies. The source of information for such an exercise is ENADID 2023.

The first section addresses a set of sociodemographic variables such as: schooling, marital status and working status, the combination of these characteristics indicates indirect determinants such as marital status, while schooling and work status as possible inhibitors for postponing pregnancy, or for nulliparity.

According to schooling among the group of immigrant women between 15 and 49 years

of age, 5.0 percent have none; while those with partial or complete elementary schooling represent 36.6 percent of the population; 28.1 percent have secondary education; and the highest percentage is concentrated in the highest level with 30.3 percent (see graph 1). In other words, although the highest percentage of the female population of reproductive age has an elementary schooling, the proportion with higher education is important, indicating that three out of ten women can join the labor market as professionals.

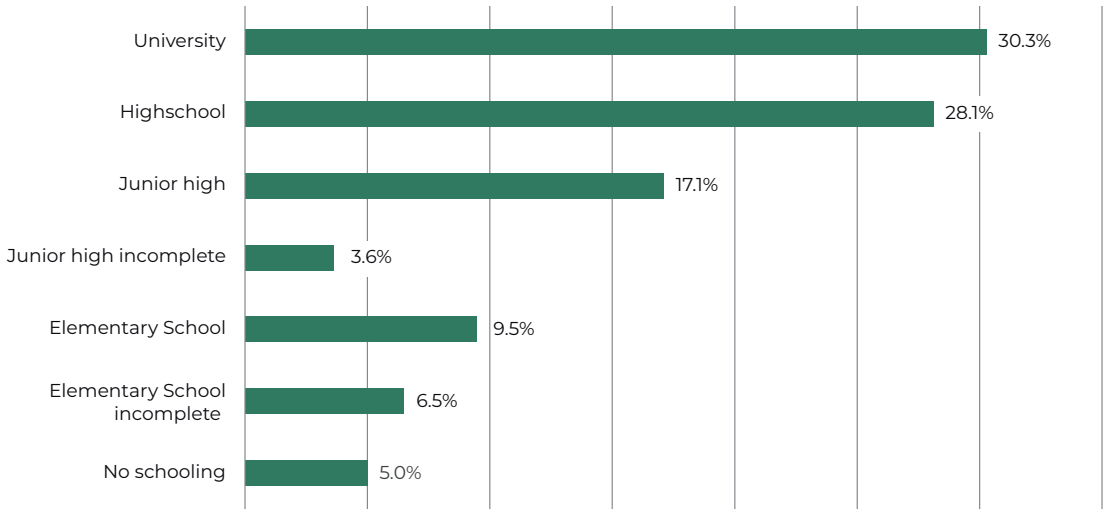
Separating the female population according to whether they have had children or not, the former have a higher-level education at 29.0 percent, while those who have not had children have higher educational qualifications such as university (46.2%). In general, those women who have not had children have more advantages in educational terms, since there is no population that does not have studies or has not completed elementary school, the opposite is true among those who have had children (12%).

As for marital status, the majority has a partner (83.8%), with a small proportion who declare having separated from their partners (10.2%) and 6 percent who have never been had a partner; while, among women with children, these percentages change to 82.7 percent, 11 percent have been had a partner in the past and 6.3 percent have never had a partner (see graph 2).

The third sociodemographic variable refers to the labor status, and it shows a balance between those who work and those who don't. According to the numbers, 48.9 percent of women in this age group work, while those who do not participate in the labor market, represent 51.1 percent (see graph 3). Among those who are mothers, the proportions are not very different, 48.7 percent work and 51.3 do not.

Graph 1.

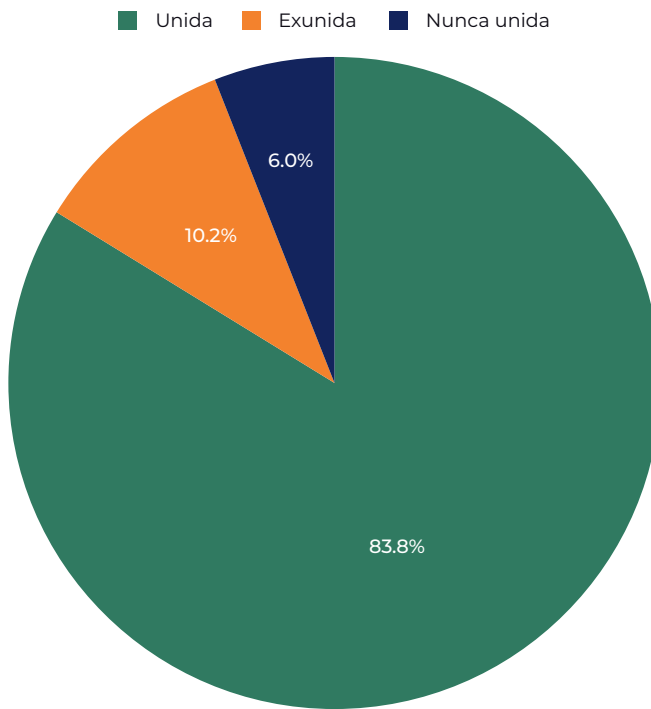
Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age in Mexico according to level of education, 2023



Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Graph 2.

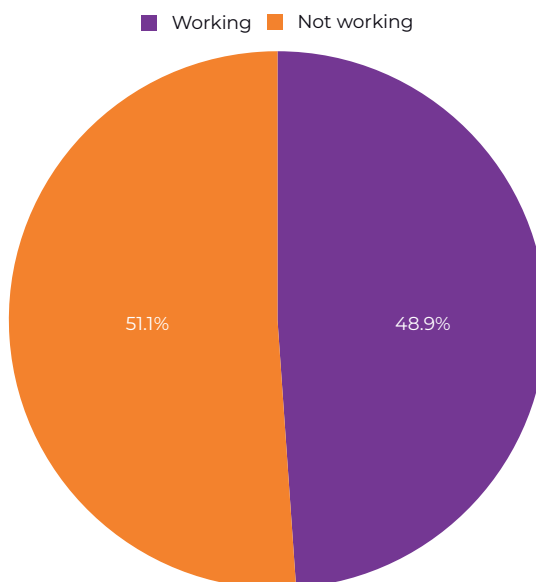
Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age in Mexico according to marital status, 2023



Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Graph 3.

Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age in Mexico according to employment status, 2023



Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Geography

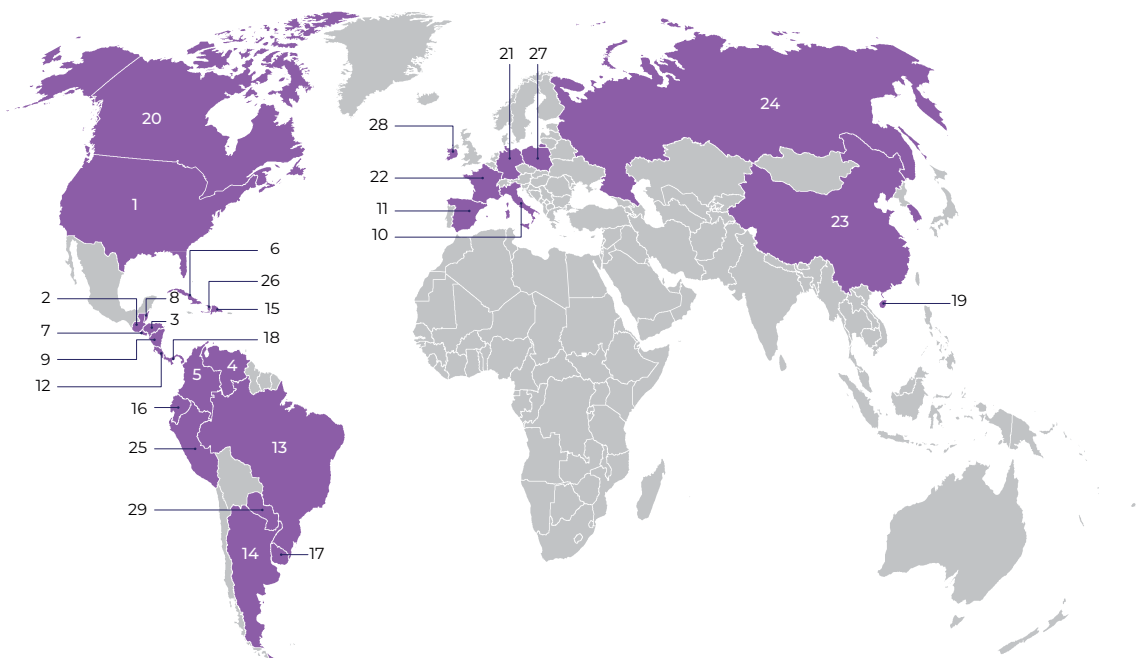
Another relevant aspect to know about women born abroad who reside in Mexico is their place of origin, residence and the mobility they have had in recent years, since although these variables show only part of the migratory path, they allow us to identify the most recent changes in migratory dynamics, considering that the last ENADID was carried out in 2023, it is: 1) one of the first population surveys after the 2020 pandemic, and 2) is framed in the high migratory volumes in recent years.

Regarding the country of origin, although it is widely documented that the immigrant population, in addition to being largely from the United States, given the geographic border and the close migratory ties between both countries—children of Mexican migrants in the United States— or by people who maintain some kind of family or

social bond between the United States and Mexico, estimates show there are women between 15 and 49 years of age who reside in Mexico from 29 different countries. However, only 10 countries concentrate more than 90 percent of the total (93.8%), the United States (46.9%), Guatemala (16.5%), Honduras (9.6%), Venezuela (5.2%), Colombia (4.7%), Cuba (4.4%), El Salvador (3.4%), Belize (1.4%), Nicaragua (0.9%) and Italy (0.8%) are the main ones (see map 1). As for women with children and who don't, and according on their place of origin, there are some important differences and similarities to highlight:

- ◆ The United States is the leading country of origin for women who are mothers.
- ◆ After the United States, Guatemala (17.5%), Honduras (10.4%), Colombia (4.7%), Venezuela (4.4%) and El Salvador (3.7%) together represent 40.6 percent of the women who are mothers.

Map 1.
Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age in Mexico according to country of origin, 2023



1. United States	58 156	(46.9%)	11. Spain	779	(0.6%)	20. Canada	361	(0.3%)
2. Guatemala	20 428	(16.5%)	12. Costa Rica	744	(0.6%)	21. Germany	298	(0.2%)
3. Honduras	11 914	(9.6%)	13. Brazil	741	(0.6%)	22. France	287	(0.2%)
4. Venezuela	6 394	(5.2%)	14. Argentina	696	(0.6%)	23. China	284	(0.2%)
5. Colombia	5 820	(4.7%)	15. Dominican Republic	632	(0.5%)	24. Russia	213	(0.2%)
6. Cuba	5 511	(4.4%)	16. Ecuador	588	(0.5%)	25. Peru	146	(0.1%)
7. El Salvador	4 213	(3.4%)	17. Uruguay	545	(0.4%)	26. Haiti	119	(0.1%)
8. Belize	1 793	(1.4%)	18. Panama	473	(0.4%)	27. Poland	102	(0.1%)
9. Nicaragua	1 123	(0.9%)	19. Korea	400	(0.3%)	28. Ireland	98	(0.1%)
10. Italy	998	(0.8%)				29. Paraguay	98	(0.1%)

Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Regarding recent residential mobility, that is, international movements during a year prior to the ENADID 2023, immigrant women between 15 and 49 years of age do not show changes, and those with children in 93 out of every 100 cases were already living in the country. However, if this variable is extended to 5 years ago, that is, to a change of residence

between 2018 and 2023, the overall proportion of women decreases considerably, 19.1 percent resided in a country other than Mexico, that is, two out of every ten, and among those who have children the proportion decreased to 16.9. So, it is possible to hypothetically propose that the immigrant population of women in Mexico is recent, which means there is a great

opportunity to provide institutional means to their sexual and reproductive rights, targeting the population between 15 and 49 years old.

In addition to the periodicity of residence, another important indicator to characterize migration is nationality, as this could indicate a greater or lesser probability of remaining in the country, as well as an individual position regarding the use of services in it. While women with children are greatly of Mexican nationality (51.1%), there is a difference with those who do not have children, 45.5 percent.

The geography of demographic, social and economic phenomena is another important element to address, since although there are diverse and varied regionalizations when it comes to the populations, from migratory approaches such as theoretical-methodological exercises carried out by Durand and Massey (2003), the National Population Council ([CONAPO], 1995) and CONAPO and Corona (2000), or economic approaches such as the economic regionalization of INEGI, including based on characteristics of the geographical environment, it is undeniable that bringing this type of information to specific territories can be a success and become a constitutive element of public policies or programs, maximizing their impact, because every economic, political, administrative, production or distribution process operates on defined territorial bases (Gasca 2009). We have also pointed out that fertility rates in Mexico behave differently throughout the country according to regions, and circumstances and variables in them.

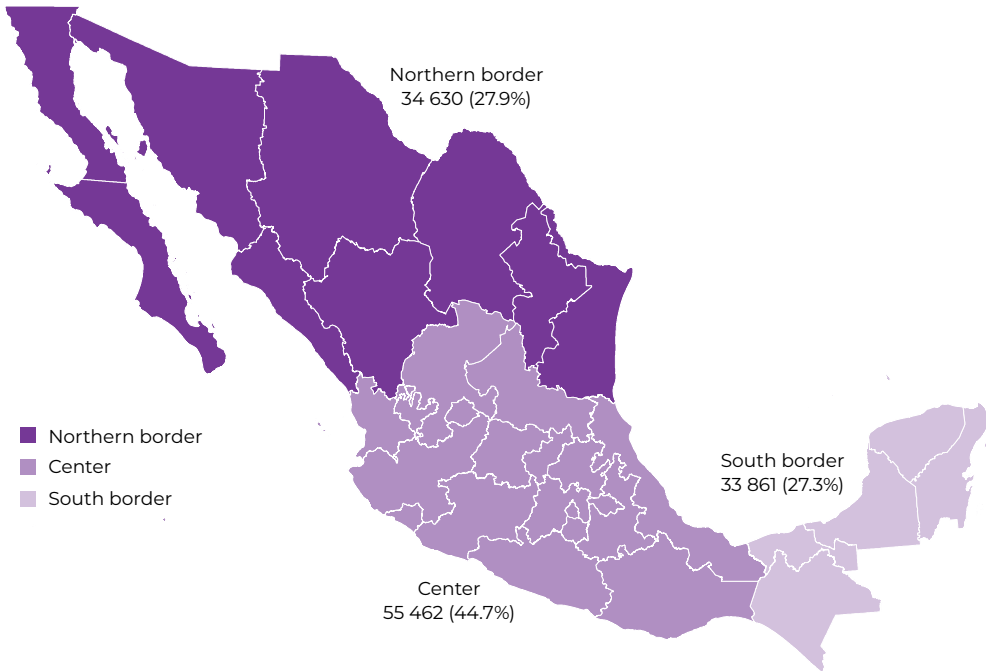
In this sense, for the present analysis, considering that immigration is a phenomenon mostly present in the borders, the states were grouped based on this premise and their geographical contiguity (although some of them do not have borders with the countries to the north or south, they do border each other), resulting

in three large blocks: 1) Northern border: Baja California, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sinaloa, Sonora and Tamaulipas; 2) Southern border: Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco and Yucatán, and 3) Center where those states without borders are grouped such as Aguascalientes, Colima, Mexico City, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, State of Mexico, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala, Veracruz and Zacatecas.

ENADID (2023) estimates show there is a greater presence of international immigrant women between 15 and 49 years of age in the center of the country (44.7%), followed by the northern border (27.9%) and finally the southern border (27.3%) (see map 2). If we consider the residence of those who have children, the same behavior occurs. Regarding the period of immigration of women to one of the three regions, usually these movements involve a longer-term migration. If the residence of one year prior to the survey is considered, more than 90 percent of women with or without children already resided in the country—96.1 percent on the northern border, 90.3 on the southern border, and 91.8 in the center. In comparison, by extending the period of the place of residence to 5 years ago, 2018, we estimate that, although in all cases there is a preponderant presence of women who already resided in the country, including both women with children and without, on average 80 percent of these already resided in Mexico, compared to 20 percent of women who are estimated to reside abroad, on average 15 percent are women with children and 5 percent are women without. As for the regions, there is a greater arrival of women with children to the states of the southern border (18.0%), followed by the northern border (15.2%) and the center (14.5%).

Map 2.

Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age by region of residence, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2023). ENADID 2023.

Knowledge and use of contraceptive methods

The knowledge and use of contraceptive methods in immigrant women is closely related to a series of rights and benefits present in various national and international instruments and regulatory frameworks, including: 1) The right to health, where immigrant women, regardless of their immigration status, have the right to quality health care services, family planning services and contraception, which are essential for their physical and mental well-being and life project; 2) The right to receive information and education on reproductive health, including contraceptive methods, in order to be able to make informed decisions about their bodies and their reproductive life; 3) Right to the autonomy of their body, which guarantees every woman to freely decide her reproductive life, including the

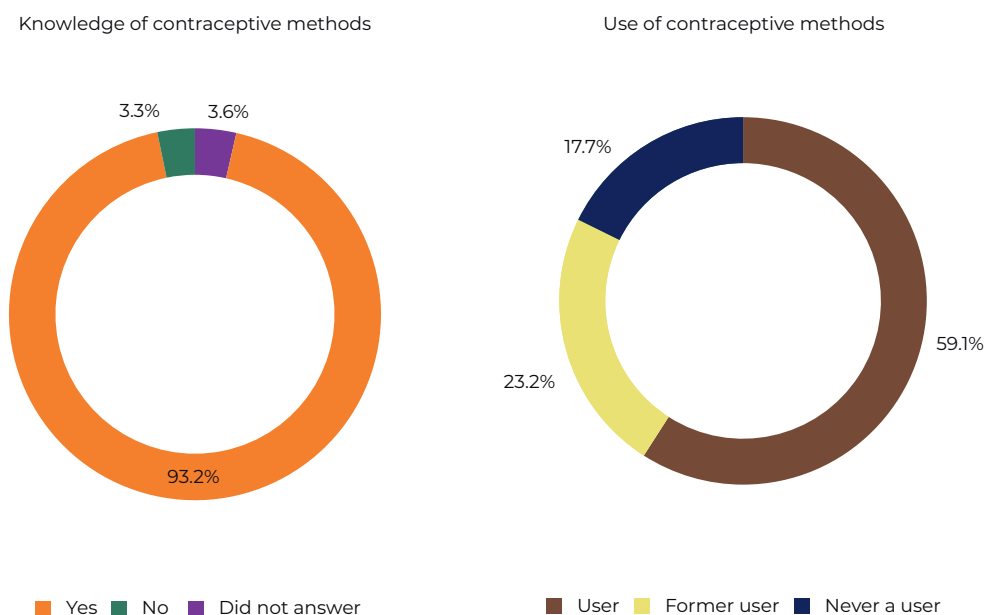
decision to have children, how many and when, without coercion or pressure of any kind (Political Constitution of the United Mexican States, 2024; UN, 2015; Ministry of Health, 1994; General Health Law, 2024;).

According to estimates from the ENADID 2023 module on women, 93.2 percent of foreign-born women between 15 and 49 years of age have knowledge of contraceptive methods (see graph 4), if we separate these women into those who have children and those who do not, the proportion of women with children who have knowledge about contraceptive methods is 93.0 percent and that of women without children reaches 95.5, showing a general knowledge of contraceptive methods in both groups. In this same sense, women who do not know them represent 3.2 and 4.5 percent, respectively. The ENADID, in addition to providing information on knowledge of contraceptive methods,

also offers information regarding their use; of every 100 immigrant women residing in Mexico between the ages of 15 and 49 with children, 61 use some contraceptive method, 22 do not currently use any method – former user – and 17 have never used any. Among women of the

same age group but who do not have children, this relation has slight variations: for every 100 women, 35 use some contraceptive method daily, 36 have used them but currently don't – former user – and 29 has never used any contraceptive method.

Graph 4.
Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age according to knowledge and use of contraceptive methods, 2023



Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Maternal and child health during pregnancy

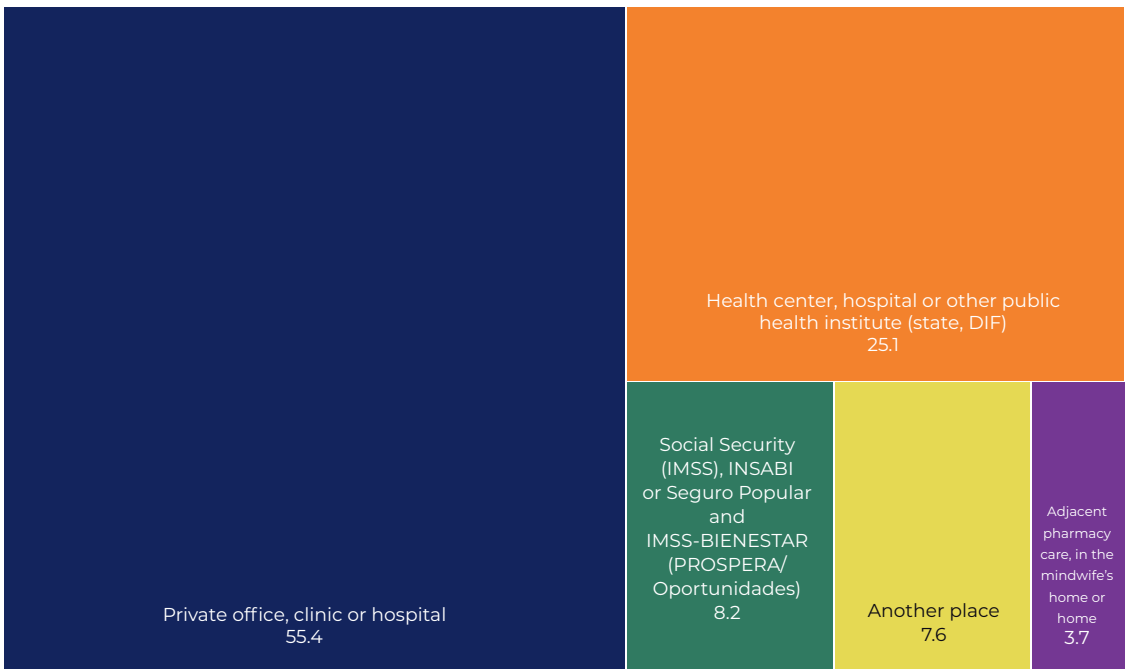
Considering health is a general state of physical, mental and social well-being, one of the most important aspects of sexual and reproductive health is maternal and child health during pregnancy. Although, an essential aspect of respecting sexual and reproductive rights has to do with the knowledge and use of contraceptive methods in order to enjoy a satisfactory, risk-free sexual life and procreate, and to have the freedom to decide to do it or not, obtain-

ing information and family planning of choice, as well as other methods to regulate fertility, access to safe, effective, affordable and acceptable methods, also part of reproductive rights is the right to receive adequate health care services that allow safe pregnancies and births, giving couples the greatest possibilities of having healthy children, regardless of their immigration status (UN Women, 2014; UN and ECLAC, 2013). In the case of Mexico, it is well known that women born outside the country without access to medical services represented 44.4 percent of the population (Reyes, 2023).

Based on the ENADID, there is a population born outside Mexico of reproductive age that has had a pregnancy that ended in loss. Within this population, 55.4 percent were mainly treated in a private hospital, clinic or doctor's office and a quarter in health centers, hospitals or other public health institutes (25.1%) and 3.7 in an adjacent pharmacy office, at home or the by the midwife (see graph 5). Although the profession of midwifery has a historical background of knowledge that has saved lives in places where access to sexual and reproductive

health services is complicated, located in remote regions of the country, it is true that they are an option that, in the case of a risk during pregnancy must be accompanied by the care of health institutions. As for these lost pregnancies, there is a proportion of women who, regardless of the months of gestation, did not have any medical care, and others who, at 7 to 9 months of pregnancy, only had one to three consultations, and in most cases, regardless of the months of conception, there were only up to three consultations (see graph 6).

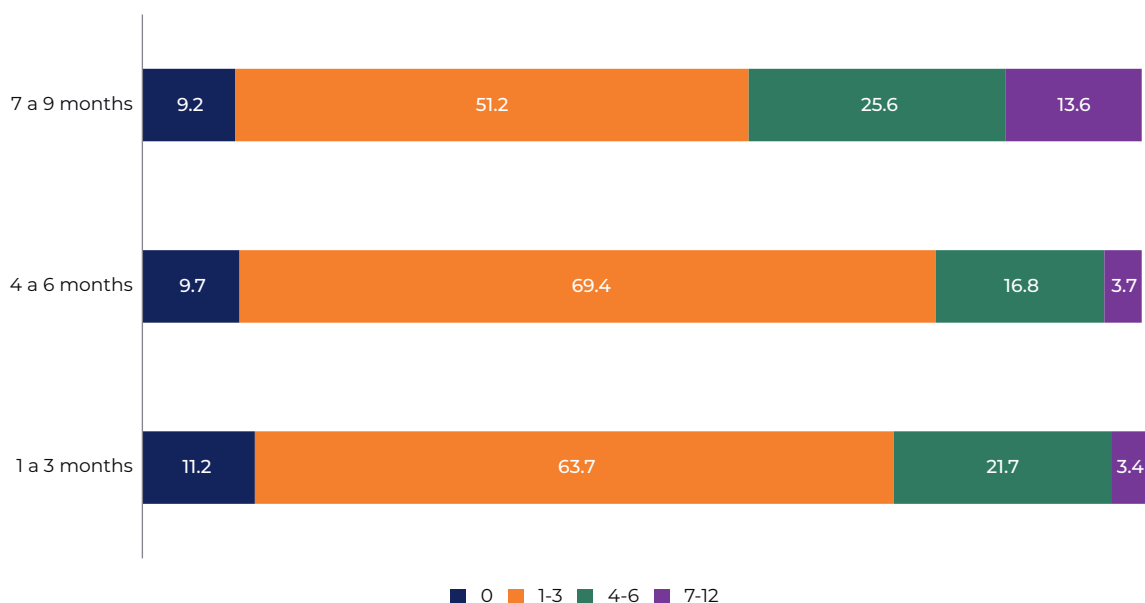
Graph 5.
Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age with pregnancy loss according to main place of care, 2023 (Percentage)



Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Graph 6.

Mexico. Population of immigrant women between 15 and 49 years of age with a lost pregnancy according to number of consultations and month of gestation, 2023 (Percentage)



Note: The "Unspecified" for number of medical consultations is not graphed.
Source: Own elaboration based on INEGI (2023). ENADID 2023.

Final considerations

In Mexico there is a population of women born outside the country distributed in a very similar way to the south and to the north but who concentrate in the center, specifically considering women of reproductive age from 15 to 49. They come from diverse origins, predominantly neighboring countries, Latin America and the Caribbean, and Canada. There is however a population from more distant places such as Asia or Europe, which means a diversity of individual and social stories that largely influence the decisions made in Mexico regarding their sexual and reproductive health. This is combined with the different behaviors around fertility by region at a national level, largely determined by social and cultural issues, but also based on the exercise of respect for sexual and reproductive rights, as well as maternal and child care from Mexico's health care sector.

In this work, the characteristics were described based on their schooling, marital status and work condition, considering these are some of the elements involved in the exercise of their rights. The work showed there is a population of reproductive age with high school education of two out of ten, and three out of ten with a bachelor's degree or more, most of which have a partner and half of which is employed.

As to the knowledge and use of contraceptive methods, we found that almost the entire population of reproductive age recognizes the diversity of methods, however, their use is reduced to around six out of ten women. Furthermore, among women in the same age group who presumably had a pregnancy loss in Mexico, there is a significant proportion who used private services to follow-up their pregnancies, but a percentage of one in ten had care elsewhere such as hospitals or health care centers, at home, in a pharmacy or midwife's

home. Finally, according to the months of gestation of these lost pregnancies, it was found that medical appointments were predominantly one to three, regardless of the fact that the pregnancy was seven to nine months in.

Thus, it is possible to point out that women born outside the country have good knowledge of contraceptive methods, however, there is a population that does not use them. This can be explained in various ways, from marital status to social or cultural elements, or a certain window of opportunity for access to contraceptive methods in the public health

care sector. Also, care for lost pregnancies shows a segment of women that is not served in the formal health care sector, which can represent a risk to the health and life of immigrant women in our country, and which shows a segment of the health sector that should approach this population.

Finally, this was a general exercise that gives way to further ones on this topic, perhaps with cohort or qualitative methodologies that consider the social and cultural elements involved in the exercise of sexual and reproductive and maternal and child rights in Mexico.

Health Care and Access for Households with Emigrants Returning from the United States Compared to Other Households with International Emigrants, 2020

José Alfredo Jáuregui-Díaz¹, María de Jesús Ávila-Sánchez² and Jimena Méndez-Navarro³

Summary

The study analyzes the health care needs and patterns of access to health services of people residing in households with returning migrants from the United States, in comparison to a typology of migrants in households related to international emigration and households without international emigrants. Migration, people and housing modules from the 2020 Population and Housing Census of Mexico are used. The study is based on the premise that the migratory experience can have a significant impact on family and community dynamics, influencing the access of household members to health services. The results show that members of households with returnees from the United States have low levels of health care in public social security institutions. There are, however, other even more precarious households within those households related to emigration to the United States.

Keywords: *Health, migrants, returnees, United States, homes.*

Introduction

The study of health in returned households can be based on the determinants defined by the World Health Organization (WHO, 1998, p. 16) as the “set of personal, social, economic and environmental factors that determine the state of health of individuals or populations.” These factors are numerous and interrelated. The returned individual leads a lifestyle and behavior that determines his current state of health. Other influencing components are income and social position, educational level, working conditions and the type of work performed in the destination country, as well as their accessibility to health services. Under these conditions, a heterogeneity of medical requirements of returning migrants is structured. In addition to these individual health care conditions, we must also consider the characteristics of the household to which they return: its composition, if there are children, elders, members with special needs who require regular expenses for additional health care.

¹ Professor-Researcher at the Autonomous University of Nuevo León, Mexico (alfredo.jaureguidz@uanl.edu.mx).

² Professor-Researcher at the Autonomous University of Nuevo León, Mexico (maria.avilasanz@uanl.edu.mx).

³ Postdoctoral fellow of the National Council of Humanities, Sciences and Technologies at the Autonomous University of Nuevo León (mendezjimena33@gmail.com)

This work aims to estimate the gaps in access to health care and health services attention of people in households with migrants returning from the United States compared to the households with and without migratory experience, from a demographic perspective and a household approach. One of the important aspects of this article is the use of the international module on migration of the extended questionnaire of the Population and Housing Census of the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) for the year 2020, as the main source of information; additionally, the sections for people and housing were also used. We assume that migrants returning from the United States constitute a unique group within the broad spectrum of households with migrants, given that both the returnee migrant himself and the home to which he returns may require health services due to the lifestyle and labor activity carried out in the country of destination. This could reveal particular patterns in access to medical services and specific needs. The migration cycle of these households has generated changes in the relationships, duties and responsibilities within families and communities (Caballero et al., 2008), which can influence the ability of household members to access health services in their communities of origin.

It is essential to continue examining this issue, especially considering the expected increase in health care needs due to the aging of returning migrants and their families, since out-of-pocket health spending can become a factor of vulnerability in the household if it escalates to catastrophic health expenditure.

The work is divided into five sections. The first section reviews the literature on return migration and health; the second one describes the methodological procedure followed; in the third section the main results are presented; in the fourth one we present brief conclusions and recommendations, and in the fifth section the bibliography used is listed.

Background on Migration and Access to Health⁴

This review of the literature on migration and access to health, included an exhaustive search for each of the different types of households with and without links to migration that would be examined: households with return migration from the United States, households with return migration from other countries, households with migratory ties that have relatives in the United States or in other countries and/or that receive remittances, and households without migratory ties.

Households with Returning Emigrants and Health Services

According to Serrano-Gallardo et al. (2024) to analyze migratory return and health, it is essential to consider three levels of analysis: structural, intermediate and transversal.

At a structural level, economic, social and political factors are important. Immigration policies and unfavorable economic conditions in host countries, along with better job opportunities in the country of origin, influence the decision to return. The socioeconomic position, affected by gender, ethnic or social class inequalities, and the structural conditions of the country of origin, such as the lack of aid and reintegration benefits, are also decisive. At an intermediate level, personal reasons and life circumstances influence the decision to return. Emigrants may return after a successful stay, due to health problems, homesickness or serious illness of family members or due to an unplanned return. The life cycle, including events such as marriage, divorce, and raising children, is essential. At a transversal level, social capital promotes return. Family ties and social networks provide security and emotional support, helping migrants in their reintegration process.

⁴ The cites translated are responsibility from the editor.

Most research on return migration and health has focused on the reasons for return and the health conditions of emigrants, without considering the medical needs of the members of the household to which they return.

Access to Health for Households with Returning Migrants from the United States

Among the main reasons for return are accidents and illnesses (De la Sierra et al., 2016). Garbey-Burey (2012), in his study on the return and labor reintegration of international emigrants in Monte Blanco, Veracruz, points out that health care in the destination country can involve higher expenses compared to the place of origin. In this regard, Bustamante et al. (2022, p. 6) indicate that “according to Mexican government estimates, health care costs in Mexico are between 36 and 86 percent lower compared to the costs of equivalent health services in the United States.”

In addition to this are restrictive immigration policies, bureaucratic health care challenges, and fear of deportation, all of which are associated with underutilization of health care among undocumented migrants in the United States. In this sense, Rivera (2013), in his research on return migration and reintegration experiences in Mexico City’s metropolitan area, documented the case of an interviewee who returned after 10 years due to a family situation. Although the entire family lived in the United States, his wife became ill because of her job at a dry cleaner, and since he did not have a job that included health insurance, was forced to return.

Romo and Bojórquez-Chapela (2018) reflect on the results obtained from the Survey on Migration on the Northern Border of Mexico (EMIF) during the period 2014-2016, which shows that only 2.4 percent of migrants returned to Mexico for health reasons. Many of these migrants had health insurance in the United States, although this did not guarantee

that medical care would be free or low-cost. The sociodemographic profile of the returning migrant includes legal residents, middle-aged men fluent in English and whose level of education is below high school.

Furthermore, they raise a question: how does the inability to return to Mexico for health reasons affect undocumented migrants in the United States? This question highlights the need to carry out more in-depth studies on this topic, particularly as pointed out by Bustamante et al. (2022) for older undocumented migrants, who could be encouraged to return to Mexico for medical care, especially those not eligible for the Medicare or Medicaid programs in the United States.

Regarding the health conditions of returning emigrants, various studies (Ullmann et al., 2011; Fernández-Sánchez et al., 2022) have corroborated that returnee migrants develop and have a higher prevalence of heart diseases, emotional disorders, psychiatric disorders, obesity and nicotine addiction than non-migrants. Returned emigrants report physical limitations that worsen with age, and their health often deteriorates upon returning to their country of origin due to adaptation difficulties and the consequences of poor working conditions experienced in the destination country. Ramírez and Tigau (2018) found that construction workers return with more back problems or injuries. Furthermore, Waldman (2022) points out that US immigration control policies based on forms of state violence committed during interpersonal interactions between migrants and immigration agents could potentially affect the health of migrants who experience deportation throughout their life.

Other studies suggest that returned Mexican migrants, despite having had better health in their early childhood than non-migrant Mexicans, have significantly higher rates of physical and/or psychiatric disorders, even years after their return (Waldman, 2022).

It is important to consider the salmon bias hypothesis, which in the context of return migration suggests that those migrants who return to their country of origin tend to be those who are sick or have health problems (Ullmann et al., 2011; Fernández-Sánchez et al., 2022). This hypothesis is based on the idea that healthy migrants are more likely to stay in the destination country, while those who develop health problems or do not have access to health services in the destination country choose to return to their country of origin to receive medical care or for family support.

The phrase “salmon bias” refers to the behavior of salmon which at the end of their lives, return to their places of origin to reproduce and die. In terms of migration, the meaning of this hypothesis is that the population of returned emigrants is not representative of all migrants but is biased towards those with worse health conditions (Ullmann, Goldman, Massey, 2011; Fernández-Sánchez et al., 2022).

This proposition in public health research and the understanding of the effects on health and return migration suggests that a priori, households with returned emigrants may have a significant component of health vulnerability (age, lifestyle and working conditions). However, the home and community to which they return can strengthen the returned migrants, since they have the support of family networks in the medical services to which they have access. It can then be considered that, to mitigate individual vulnerability, returning means access to a family network for care and an available social capital. Durston (2000, p. 36) identifies two main forms:

“individual capital, which resides mainly in interpersonal networks that vary from one individual to the other, and community capital, which lies in more complex social institutions. In the same way that simple reciprocity is a precursor to individual social capital, it is also a precursor from which, given favorable conditions, community social capital can arise. Community social capital emerges from the actions of individual agents to maximize their individual social capital.”

Based on this hypothesis, Martínez-Cardoso and Geronimus (2021) found that, although the health of migrants from Mexico to the United States was comparable to that of their fellow countrymen who did not emigrate, returning migrants presented worse health indicators than those who stayed in the United States. These results may be due to several reasons. One of them is acculturation which suggests that returning emigrants return to Mexico because of sickness, thus supporting the salmon bias hypothesis.

However, scholars speculate that return for health reasons is generally due to serious illnesses, such as cancer or disabilities, rather than other indicators such as obesity or elevated waist circumference. Findings indicate that the poorer health of returning migrants may reflect the impact of the stressful social environment they endure in the United States. Emigrants face emotional and physical distress during the migration and adaptation process; Mexican emigrants in the United States also suffer discrimination which has an impact on

their health. Riosmena et al. (2012) establish that the health of returning international migrants deteriorates, however, their health is not worse than that of non-migrants in communities of origin in Mexico.

As to health coverage and access to services for returning migrants in Mexico, studies have found low health coverage. Banegas-González et al. (2016) report it was 22.8 percent in 2000, 29.1 percent in 2005 and 44.6 percent in 2010. Despite the increase, health coverage for this group is almost 21 percentage points below that of non-migrants.

Likewise, González (2017) estimated the probability of returning migrants having access to health services is almost a third of that of non-migrants. Domínguez-Villegas and Bustamante (2021) note that returning migrants, especially deportees, are more likely to lack health insurance coverage in Mexico for at least two years after their return, compared to non-migrants. “In 2018, approximately 74% of returnees and 67.5% of deportees had health insurance, compared to 88.4% of non-migrants” (p.12). The above also occurs among qualified migrants, according to Ramírez and Tigau (2018), based on census information, reveal that qualified returning migrants have less access to labor benefits than other professionals.

When considering access to health for returning migrants and their families, Jáuregui-Díaz et al. (2022) estimated, based on data from the 2020 Population and Housing Census, that only 21 percent of households where the returned immigrant has a job have medical services for all members of the household, due to the lack of universal health care services guarantees in Mexico. Furthermore, more than 10 percent of single-person households made up of a returned emigrant do not seek medical attention when facing a health problem. Toro and Bautista (2019) point out that health services are closely linked to the sociodemographic characteristics

of the heads of the household and that the family structure and stable jobs contribute to reducing the level of vulnerability.

Regarding the type of service to which returning migrants have access in Mexico, Woo and Flores (2015) conclude that the majority of returning migrants receive care in low-cost private health systems such as pharmacies; they use these health care spaces due to the lack of coverage of public health care in Mexico. Bustamante et al. (2022) note that return migrants see private health services as better than public health care providers, which led to an increased use of these services during the COVID-19 pandemic. Remittances often finance these private medical services.

The low coverage of medical services, according to Bustamante et al. (2022, p. 4) is due to the fact that “Returning migrants may be unfamiliar with the bureaucratic institutions and the procedures required to enroll in public health insurance programs.” Additionally, returning migrants face difficulties in meeting the documentary requirements to access the Mexican health care system, which requires presenting an official form of identification and proof of address. These are documents that returning emigrants often do not possess, especially if they have lived for many years in the United States (p. 8). However, in addition to the personal procedures required to have access, reforms to the public health care system have affected its operation, particularly in medication supply.

Studies focus on returning migrants individually, so we know little about the conditions and access to health care services of the families to whom they return. Castañeda et al. (2018) states that, in some cases, migration occurred to cover the medical care of a family member and the current scenario is a returnee with poor health facing structural barriers in the place of return that limit his or her access to health services, either due to bureaucratic

requirements or due to medical infrastructure conditions in the place of origin.

Access to health in households with returning migrants from other countries

The second largest migratory flow from Mexico to other countries is Canada. Mexican migration to Canada has two important aspects, according to Osorno and Li (2023), a temporary, orderly and regular agricultural labor migration, the Mexico-Canada Temporary Agricultural Workers Program (PTAT), and on the other, a permanent or temporary economic migration with high educational qualifications, a small population younger than 25 years of age or over 55. The migratory flow of agricultural workers that emerged in 1974, when Canada and Mexico signed the (PTAT), stands out. The participation rate of Mexicans in the PTAT has grown constantly due to the Canadian demand for labor. In 1974, 203 workers were registered and by 2007 more than 14 thousand laborers worked in Canada, a number that increased to 21 499 in 2015, to 24 158 by 2021 and to 26 039 by 2023 (Lobato et al., 2010; Osorno and Li, 2023; IOM, 2024), all of which return each year at the end of the hiring period.

It is important to note that, in Canada, the literature on health problems of temporary migrants is incipient; before they are hired, workers must provide a health certificate to guarantee their health when travelling to Canada, even though they work in some of the most dangerous occupations that involve multiple factors such as the postures they must maintain while working; exposure to chemicals, soil, plants and animals; extreme weather conditions; handling heavy machinery, and performing a single mechanical activity for prolonged periods. Upon their return to Mexico, there is no requirement to guarantee the worker's medical condition at the end of their contract. The explanation given is that this condition is controlled with medical services in Canada.

As to their health conditions, some studies have shown the risk situations experienced by Mexican migrant agricultural workers in Canada, which make them structurally vulnerable, mainly due assigned housing, employment conditions in which they carry out their activities and access to health care services.

Another aspect that Díaz and McLaughlin (2016) point out are the conditions of the temporary work contract that prioritizes the productivity and efficiency of workers, evaluated by employers, that causes workers to not stop working when injured or sick out of fear of losing their jobs or not being rehired the next season.

“Although seasonal agricultural workers have access to health insurance in Canada, those who are sick are sent to their countries before their contract is over and/or are not hired the following year. The threat of expulsion from the program is a control mechanism for workers, since it keeps them away from medical care treatments and, therefore, they are not expressed in health reports (Díaz and McLaughlin, 2016, p. 89).

Those migrants with access to health care services in Canada face a myriad of problems, the most common of which is the lack of translators in medical services to understand Mexican migrants.

Once migrants participating in the PTAT return to Mexico, them and their families do not have access to social security in spite of the fact that agricultural migrants present “diverse skin and eye problems, types of cancer, neurotoxic and musculoskeletal impacts, respiratory diseases, reproductive and mental problems, as a result of the occupation they carried out in Canada” (Díaz and McLaughlin, 2016, p. 90).

Lobato et al. (2010) conducted an epidemiological investigation on pulmonary tuberculosis in the families of Mexican migrants participating in the Mexico-Canada Temporary

Agricultural Workers Program, specifically in the community of Guadalupe Zaragoza, Tlahuapan, Puebla. Through laboratory tests, 13 percent of the sample was identified as suffering from latent pulmonary tuberculosis. Although this was an expected result, since migrants usually return with deteriorated health and tuberculosis is one of the main health problems they face, what is significant about the finding is the possibility of activation of the disease among household members. A particularly worrying event among the impoverished population, which is more prone to immunosuppression.

Regarding the health of female partners of migrants, seven out of ten reported having had some illness while their partner was in Canada, mainly symptoms of stress and fatigue. Although their occupations do not vary with the absence of their partner, being alone affects their health, since their workload increases, as does physical and mental exhaustion. This shows how the migration of a household member produces poor health outcomes for family members who do not migrate.

Kurczyn and Pastrana (2016) have documented that the rights of PTAT participants have been gradually deteriorating, in particular, the clauses on medical coverage, since the Employment Contract for Mexican Temporary Agricultural Workers in Canada-2014 stipulates that worker must pay insurance for illness, occupational and non-occupational accidents and death, which is an obligation of the employer. To address this problem, it is necessary for Mexico to carry out a more equitable negotiation, generating some mechanism that allows migrant workers to be incorporated into a mandatory social security regime for their families residing in Mexican territory.

Access to health in households with migratory ties (migrants)

Several studies conclude that the migration of a household member produces poor health outcomes for family members who do not migrate. A small amount of literature addresses health outcomes among households in which some members have migrated to the United States.

These works cover increases in infant mortality (Kanaiaupuni and Donato, 1999), transmission of habits and lifestyles (social remittances) that may be incompatible with healthy outcomes and that can further harm the health of families with migratory members (Levitt, 1997). Vilar-Compte et al. (2021) demonstrated that children who are part of migrant networks have a higher risk of developing overweight and obesity, which suggests a significant connection between childhood obesity and international migration in Mexican households.

In addition, there are communicable diseases, such as tuberculosis or HIV being imported (Pérez-Stable et al., 1986). Salgado et al. (2010), comparing the health of members of households with migrants and non-migrants in the Mixteca region, found that women from migrant households reported more sexually transmitted diseases, chronic diseases such as hypertension and diabetes and, although not significantly, more infectious diseases such as tuberculosis and pneumonia. Rivas-Heredia et al. (2013) find that women with family ties to a migrant show symptoms of fatigue, insomnia, depressed affection and somatization caused mainly by the physical and emotional absence of the partner, and followed by the uncertainty and concern for the migrant person, which affects their mental health.

As to access to medical services, Salgado et al. (2010) point out that a significantly higher percentage of members of migrant households (25.7%) used private health services, compared to members of non-migrant households (19.7%). González-Block et al. (2013) point out that almost eight out of ten migrants reported their relatives in Mexico incurred in out-of-pocket expenses, and seven out of ten had not been able to pay for medical care. And 51.3 percent of family members used private medical services, while only 36.5 used public ones. The average annual health expenditure was 612 dollars, which is considerably higher for those who used private services (825 dollars) compared to those who used public providers (293 dollars).

On the other hand, Caballero et al. (2018), in their research on high-migration communities, found that migrant female partners' decisions to seek sexual and reproductive health services are determined by family structure and available support networks. During medical emergencies, these networks are essential, facilitating and guiding the search for medical care in times of uncertainty. Family members also play a crucial role in offering advice. Although in some cases they may result in a lower capacity to decide to seek medical services.

Studies have shown that migration impacts the health of household members, and also that the decision to migrate may be influenced by the health of a family member, which shows the connection between migrants and their dependents.

Access to health in households with migratory ties (remittances)

Remittances are monetary or in-kind transfers that migrants send to their relatives in Mexico. These resources allow migrants and their families to access goods and services they would otherwise not be able to afford, such as food, housing, consumer goods, and health

care. Access to health care has been given less attention in literature.

Most studies have focused on the extent to which Mexican households rely on remittances to pay for medical care. Amuedo-Dorantes and Pozo (2007) and Valero-Gil (2008), using data from the National Survey of Household Income and Expenditure (ENIGH), estimate that households allocate between 5 and 10 percent of their remittances to health care. Amuedo-Dorantes and Pozo (2011), using data from the 2002 ENIGH, concluded that international remittances increase health care expenditures. According to their findings, households that receive remittances spend more on primary care than those that do not. On average, households that receive remittances obtain 6,109 pesos per quarter, which increases their health care expenses by 367 pesos, that is, 50 percent more (Amuedo-Dorantes and Pozo, 2011). Mora and Cambero (2015), using the same source of information, estimate that “the proportional expenditure on health care at a national level in households with remittances was higher by 2.06 percent in 2000, 1.46 in 2005 and 1.86 in 2010.” These fluctuations can be attributed to the variability of remittance flows in that period, even though the proportion of remittances allocated to health expenses is not significant compared to other items. However, according to Díaz-González and Ramírez-García (2017), without income from remittances, “many families are unable to cover health expenses, whatever the amount, so their health expenditure is more likely to become catastrophic” (p. 72).

As for access to medical services, Frank et al. (2009) mention that people without insurance coverage or covered by the Seguro Popular are significantly more likely to reside in households that spend remittances on health care, compared to those covered by employment-based insurance. Amuedo-Dorantes and Pozo (2011) also highlight that households with some type of health coverage (either through their

employment or through their participation in Progresa) spend less of their additional income from remittances on health care than households without coverage. González-Block et al. (2013) indicate that, on average, expenditures on private services were 825 dollars per year, compared to 293 dollars on public health care providers. Therefore, remittances are an economically significant factor in health care expenditures. Households in places with high or very high migration may rely even more on remittances as a compensatory mechanism given their limited access to medical care, since some high migration intense areas are rural or semi-rural and do not have access to second and third level medical infrastructure.

Research results show a positive relationship between remittances and health. However, studies do not examine each of the health expenses which are diverse, from buying medicines usually needed by a member of the household or for a medical emergency, since the largest amount of most of expenditure is allocated to buying medication (García-Amador et al. 2023). Furthermore, the structure of households, with different health problems and attitudes toward health spending, is not considered.

In relation to remittances sent from Canada by temporary workers, with an estimated stay of six to eight months, remittance shipments are constant and, in most cases, destined to food, education and housing improvements. The literature reviewed shows no evidence of spending specifically allocated to health, however, it does reveal that remittances destined for housing improvements have been used in households with temporary workers in Canada and that these improvements take place when household members have spent more than five consecutive seasons emigrating.

Access to health in homes without immigration ties

As for access to health services, according to the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2023), in 2021 Mexico had a 72.4 percent coverage for a basic set of services, which represents one of the lowest figures among OECD member countries.

According to INEGI data, in 2020, 45 percent of the population was affiliated with some social security institution (IMSS, ISSSTE, ISSSTE at state, Pemex, Ministry of Defense or Navy); 26.1 had access to health services through INSABI; 0.8 percent benefited from the IMSS-Bienestar Program, and the rest were affiliated to other public or private institutions. On the other hand, 26.2 percent of the population did not have any affiliation to any health institution (INEGI, 2020).

The 2021 National Health and Nutrition Survey (ENSANUT) on COVID-19 estimated that 56 percent of the population that sought health services was served in the private sector (National Institute of Public Health [INSP], 2022). It stands out that 22.2 percent were treated in private medical practices located in private homes and 19.9 percent in adjacent pharmacy care (CAF) (INSP, 2022). In recent years, CAFs experienced a boom in the field of first contact services for the Mexican population, including people with access to social security services. By 2021 these provided service to 11 percent of IMSS beneficiaries, 11 percent from ISSSTE, 11 percent from other public health services, 29 percent from people with private health insurance and 24 percent from people without health coverage in social security institutions (ISS) (INSP, 2022).

According to the National Survey of Household Income and Expenditure (ENIGH) in 2018, the average household expenditure on health was 1,028 pesos; by 2022, this amount

was 1,345 pesos, which represented 3.4 percent of current monetary expenditure. In 2020, 4.6 percent of households with an income below the extreme poverty line incurred in catastrophic health expenditures; in contrast, 3.7 percent of those households considered not vulnerable by income incurred in this type of expense (National Council for the Evaluation of Social Development Policy [CONEVAL], 2023).

It is important to highlight that between 2019 and 2023, Mexico's health care system, has suffered several reconfigurations such as the creation of the Health Institute for Wellbeing (INSABI) in 2019, its subsequent disappearance in 2023, the implementation of the Health Model for Wellbeing (SABI), and more recently, the introduction of the Health Care Model for Wellbeing (MAS-Wellbeing) in 2022. These changes modified the organizational structure and coordination for medical care between the federal government and state governments in a relatively short period of time, generating uncertainty among the population due to the deterioration of available means to receive medical care (CONEVAL 2023). Also, a significant drug supply problem persists.

Methodology

The main source of information for the study of international emigration in Mexico has been the population and housing census. To approach return migration, three methods have been used: 1. The traditional method, based on questions about place of birth and place of residence. 2. The use of the question on recent migration. 3. The module on international migration that investigates the members of the household who emigrated to another country, the length of stay in the place of destination and the causes that motivated emigration.

According to Pederzini (2018), the international module on migration is a valuable tool for the study of migration. However, most studies

on migration have been conducted using the recent migration question, and few studies have used the module on migration (National Population Council [CONAPO], 2018; Pederzini, 2018; Franco and Granados, 2018; Calva, 2022).

The estimates of return migration with the classical method differ from the estimates made with the international module on migration because they use different temporalities. The classical method investigates residents who were in another country exactly sixty months ago. Since the 2020 census was carried out in March 2020, the question refers to the place of residence in March 2015. If at that time the person resided in another country, they are considered a return migrant.

In contrast, the module on migration considers the change of residence to another country during a period of seventy months. Specifically, in the 2020 census, the place of residence is considered between March 2015 and March 2020.

The study was carried out using microdata from the migration, housing and people modules of the extended questionnaire of the 2020 Population and Housing Census carried out by the INEGI. To identify households with returned members linked to international migration, the following questions from the extended questionnaire were used:

During the last five years, that is, from March 2015 to date, did any person who lives or lived with you (in this home) go to live in another country? This question captures household members who emigrated to another country in the past five years.

What country did (NAME) go to? This question complements the previous one by identifying the country of destination of the emigration. Additionally, the following questions were used to determine the return of household members:

- ◆ In what month and year did (NAME) last go to live in another country? This question allows us to know the date of emigration.

- ◆ In what month and year did (NAME) return to Mexico? This question identifies the month and year of return to the country.
- ◆ Is (NAME) currently living? The answer options are in the United States, in another country, and in Mexico. This control variable allows us to know the current place of residence of the household members.

With this information, the analysis focused on reconstructing the households that stated having members who emigrated to another country and subsequently returned home during the period 2015-2020 or are still living in another country, the first group of households formed, in which some member is a returned migrant.

The questions in the international module on migration of the extended 2 020 census questionnaire refer to members of census households, the information captured in the first part is from individuals. According to the data, between March 2015 and March 2 020 802 807 people emigrated to another country. Out of these, 83.6 percent were destined for the United States, while the remaining 16.4 percent went to other countries; Canada, Spain, Germany and France, among others, stand out.

These 802 807 emigrants were grouped into a total of 675 209 census households. Out of these households with members who emigrated, 87 percent reported having a family member who emigrated, 12 percent have two or three members who emigrated, and one percent has four or more members who emigrated. Considering the country of destination of emigration in census households, 82.6 percent went to the United States, 16.9 to another country and the remaining 0.5 emigrated both to the United States and to other countries.

The motives family members in census households mentioned for emigrating vary according to the place of destination. For example, those who headed to the United States did so mainly for work and family reasons. In contrast,

people who emigrated to other countries declared that the most important reason was to study.

In census households with members who emigrated to other countries, 77.8 percent of the members of these households were still in the destination countries, while 21.4 percent stated that the member who emigrated had returned home. Furthermore, there is a small proportion of households (0.7%) where two trajectories converge, members who returned to the country and members who still remain in the country of destination.

Households with returned relatives, 22.2 percent (149 591) were differentiated into groups according to place of origin, from the United States (105 533 households), other countries (43 187 households), and the United States and other countries (871 households).

But why did they return? The reasons for returning vary depending on the place of origin of the household member. For those who emigrated to the United States, the main reason for returning was family. On the other hand, members of households that emigrated to other countries returned mainly to continue their studies. This is probably related to the reasons that drove the initial displacement of this cohort. As for temporality, according to Calva (2022) 61 percent of those who emigrated stayed for less than a year, 27 percent from 1 to 3 years and 8 percent from 3 to 5 years.

The cohort of census households with members returning from the United States is the control group for this study. This group is compared to other groups of census households with different types of links to international migration, such as census households with family members who remained in the United States or some other country in March 2020, as well as households with no link to migration.

To know the different patterns of access to health, it was necessary to carry out a first typology of census households combining the data from the module on migration on the

country of destination and length of stay. This made it possible to identify whether the family member who emigrated to another country returned home or still remains in the place to

which he emigrated. As a result of data processing, five groups of census households with different links to migration were obtained, the distribution of which is shown in Table 1.

Table 1.
Mexico. Percentage distribution of census households with relatives in other countries according to residence in March 2020

Place of emigration in 2015 and place of residence in March 2020	Percentage
Households with members who emigrated and remain in the United States	59.2
Households with members who emigrated and returned from the United States	15
Households with members who emigrated and remain in other countries	9
Households with members who emigrated, but ignore the specific destination country, although they know they remain in another country (except the US)	8.8
Households with members who emigrated and returned from another country (except the US)	6.1
Households with members who have other links to international migration ¹	1.8

Note: ¹ Refers to households that have members who returned, but also have members who remain in another country.

Source: Own elaboration based on INEGI (2020). Microdata from the extended questionnaire of the Population and Housing Census, 2020. International Migration Module.

To the previous typology, the criterion on receipt of remittances was added, because it has been documented to have a significant impact on the access to health of household members (González-Block et al., 2013). The 675 209 census households with members in a country other than Mexico, who have emigrated in the past five years, must be added to those census households that receive remittances from other countries, which amount to 1 768 651, representing 5.1 percent of the total of households. These remittances come from older migrants, not captured in the last census, which indicates that links with international migration persist. As a result, of the total census households in the country, 2 200 715 had some member of the household linked to international migration and received remittances, 13 groups of households were constructed (see table 2).

Six groups were chosen for their statistical validity:

- ◆ Households with members who emigrated and returned from the United States.
- ◆ Households receiving remittances (HMRR).

- ◆ Households with members who returned from other countries (except the us) (HMRO-P).
- ◆ Households with members who emigrated and remain in other countries (except the US) (HMEPO-P).
- ◆ Households with members who emigrated and remain in the United States (HMEPEU).
- ◆ Households with members who emigrated, returned from the United States and receive remittances (HMEREU-RR).
- ◆ Households with members who emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR).
- ◆ Households without members linked to international migration (HSMVMI).

As a whole, the seven categories of census households mentioned, which include households with members who emigrated and returned from the United States, along with the six groups of households linked to international migration, represent 96.2 percent of the total

Table 2.
Percentage distribution of census households related to international migration in March 2020 and receiving remittances

	Relationship with international migration and the receipt of remittances	Percentage of households
1	Households with members who receive remittances	69.3
2	Households with members who emigrated, remain in the United States (us) and receive remittances	9.2
3	Households with members who emigrated and remain in the United States	9
4	Households with members who emigrated and returned from the United States	4
5	Households with members who emigrated, but do not know the specific destination country, although they know they remain in another country (except the US)	2.1
6	Households with members who emigrated and remain in another country (except the us)	2.3
7	Households with members who emigrated and returned from another country	1.8
8	Households with members who emigrated, returned from the United States and receive remittances	0.6
9	Households with members who emigrated, but ignore the specific destination country, but know they remain in another country and receive remittances	0.6
10	Households with members who emigrated, remain in another country and receive remittances	0.4
11	Households with members who have other links to international migration	0.4
12	Households with members who have other links to international migration and receive remittances	0.1
13	Households with members who emigrated and returned from another country and receive remittances	0.1
	Total	100

Source: Own elaboration based on INEGI (2020). Microdata from the extended questionnaire of the Population and Housing Census, 2020. International Migration Module.

Mexican census households related to international migration in March 2020.

The study's reference group was made up of people living in households with members returning from the United States (HMREU). These are compared with the six selected households, in which at least one member has some relationship with international emigration. In addition, an eighth group was included, households without members linked to international migration (HSMVMI).

To learn about the medical attention and access to health care of those in census households with members who emigrated and returned from the United States in relation to the seven groups, questions 5 and 8 of section

II of the persons module of the extended questionnaire were used (INEGI, 2021), along with other contextual variables.

Attention to health care services was grouped into six categories:

- ◆ Public social security institutions that include Social Security (IMSS), ISSSTE, State ISSSTE, PEMEX, Ministry of Defense or Navy.
- ◆ Without health coverage in social security institutions (services open to the entire population) that include Seguro Popular, Nueva Generación (Siglo XXI), Health Institute for Wellbeing, IMSS-PROSPERA, IMSS-BIENESTAR.
- ◆ Private practice, clinic or hospital.

- ◆ Adjacent pharmacy care.
- ◆ Another place.
- ◆ Does not receive any attention.
- ◆ On the other hand, in affiliation to health services five categories were used:
 - ◆ Public social security institutions that include Social Security (IMSS), ISSSTE, State ISSSTE, PEMEX, Ministry of Defense or Navy.
 - ◆ Without health coverage in social security institutions (services open to the entire population) that include Seguro Popular, Nueva Generación (Siglo XXI), Health Institute for Wellbeing, IMSS-PROSPERA, IMSS-BIENESTAR.
 - ◆ Private insurance.
 - ◆ Another institution.
 - ◆ Not affiliated nor entitled to medical services.

Results

The eight groups of census households with returned members, with and without migratory ties, selected for the study, present particular sociodemographic characteristics regarding their life cycle, which has important implications for attention and access to health care services. In particular, households with members returning from the United States (HMREU) have a balanced sex composition, with 50.1 percent men and 49.9 percent women, similar to that of households without members linked to international migration (HSMVMI), which have the following distribution: 48.9 men and 51.1 women.

Comparatively, other groups of households linked to international migration have a more feminine composition. For example, households with members who emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR) have a higher proportion of women (56.9%) than men (43.9%). In households that receive remittances (HMRR) the proportion of women is 54.3 percent, while that of men is 45 percent. In households with members who emigrated and remain in another coun-

try (HMEP-OP), the proportion of women is 52.9 percent, compared to 47.1 percent for men. In households with members who emigrated and remain in the United States (HMEP), the distribution by sex is 52.6 percent women and 47.4 percent men. This suggests that women in these households may be in charge of decision-making in the absence of male members, which may influence the access to health care services and the prioritization of health care needs within the household, pointed out by Rivas-Heredia (2013) and Caballero et al. (2018).

The sex composition among these groups of census households affects the needs and patterns of access to health care services, as both men and women may require different types of health care and face different barriers to the access to these services.

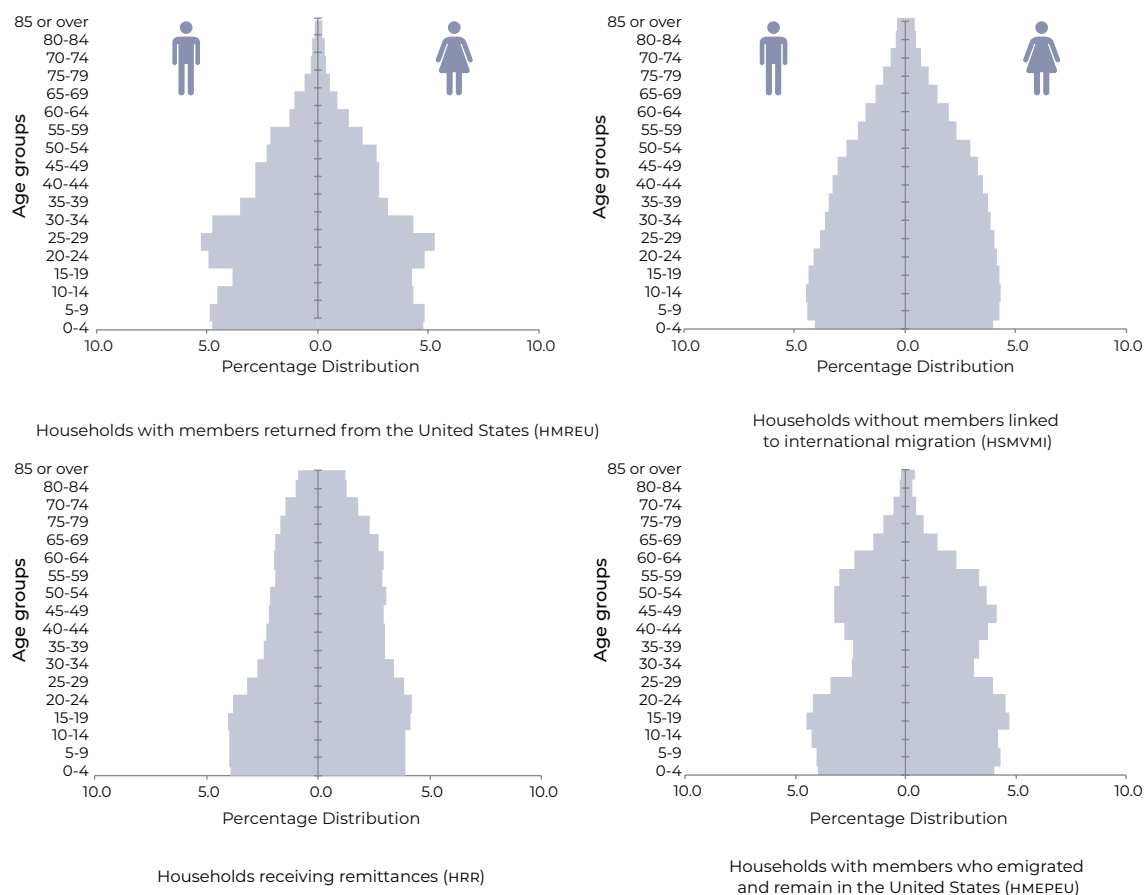
Households with members returning from the United States (HMREU) recorded a median age of 26 years, similar to that of households with members who emigrated, returned from the United States and receive remittances (HMREU-RR) whose median age is 27 years. In comparison, households with members who emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR) have a median age of 23 years. These three groups of census households are considered young households, but they have different age and sex structures.

In households with members returning from the United States (HMREU), an expansive stage is observed with all its members at home. In contrast, households with members who emigrated, returned and receive remittances (HMEPEU-RR) and those whose members emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR) are mostly feminine households with many minors. In the first case (HMREU-RR), the greater presence of women occurs after the age of forty, when the member who emigrated returned during the five-year period 2015-2020, but probably another family member remains in the United States sending

remittances. In the latter case (HMERU-RR), feminine majority begins at age 25 and persists throughout all productive and reproductive ages (see graph 1). Minimal access to social security would be expected in these households, since they depend on transferred income and do not have a formal form of employment, which limits their access to social security. As a result, they are likely to use adjacent pharmacy care to receive medical care. García, Mora, Van Garemén (2023) observe a greater lack of access to health services in households that receive remittances.

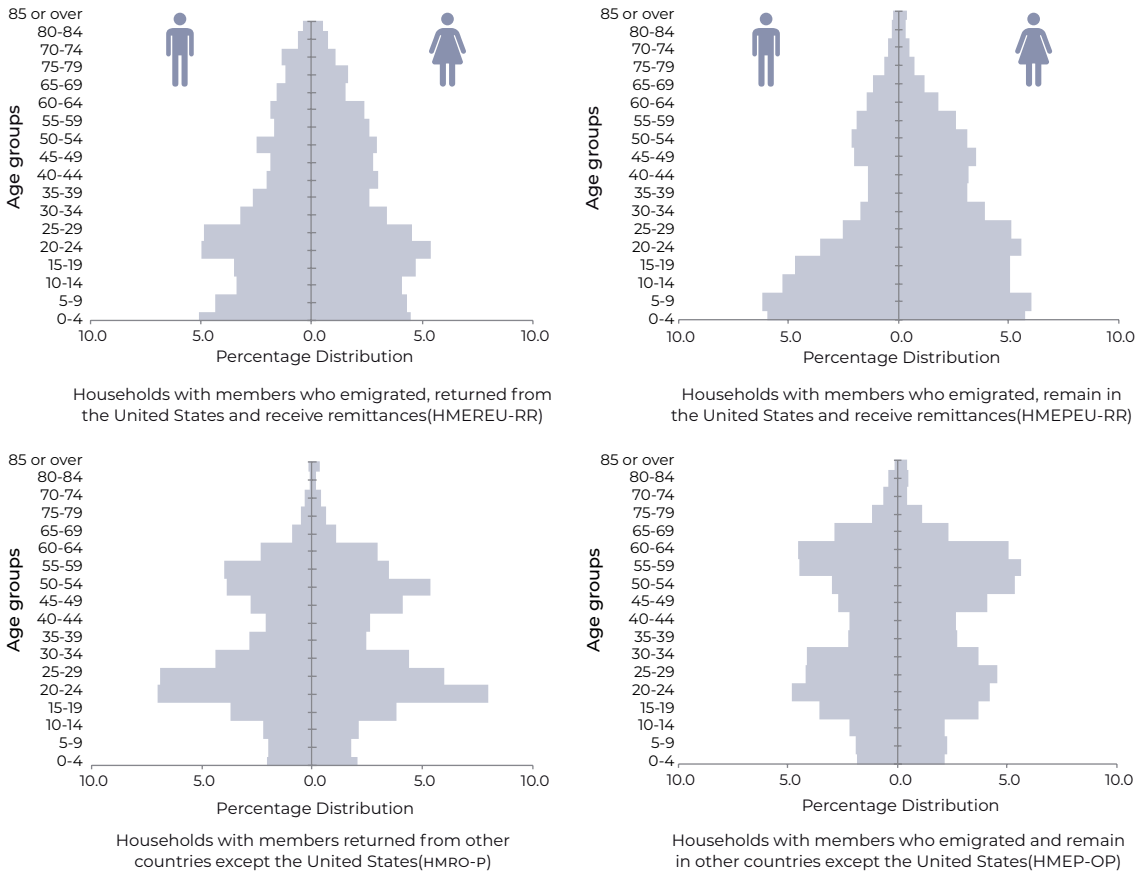
Households with members receiving remittances (HRR) showed a particular demographic distribution: a stationary rectangular-shaped pyramid with a high proportion of children, young people, adolescents and seniors. In general, households with members who emigrated and remain in another country (HMEP-OP) presented low levels of fertility, with a concentration of members between the ages of 20-34, as well as over 55 years of age. Also, a deficit was observed for men and women in the age range of 30 to 54 years.

Graph 1.
Mexico. Structure by sex and age groups of census households related and not related to international migration, 2020



continues...

Graph 1.
Mexico. Structure by sex and age groups of census households related and not related to international migration, 2020



Source: Own elaboration based on INEGI (2020). Microdata from the extended questionnaire of the Population and Housing Census, 2020. International migration module.

The difference in accumulated schooling was also notable: households with members who returned from the United States (HMREU) revealed a median of 9 years of schooling, an intermediate level compared to households with members who returned from another country (HMRO-P) and households with members who emigrated and remain in another country (HMEP-OP), which showed medians of 15 and 13 years respectively. The lowest levels of schooling were observed in households with members who receive remittances (HRR) and members of households who emigrated, remain in the United States and receive remit-

tances (HMEPEU-RR) with a median of 6 years of schooling. The HMRO-P and HMEP-OP appear to be households with parents and children who have some kind of higher education, which suggests that they could be more protected by some social security system and have access to private health care services.

The most common type of household with members returning from the United States (HMREU) was the nuclear family, representing 67.9 percent, a significantly higher proportion compared to other groups analyzed. This trend is probably related to family reunification after the return of the member who emigrated to

the United States, where the family, composed of head of the household, wife, and children, is complete again.

In households with members who emigrated, returned from the United States and receive remittances (HMERERU-RR), households with members who emigrated and remain in the United States and receive remittances (HMERERU-RR) and households with members who receive remittances (HRR), extended family households exceed a third of the total, that is, those households in which, in addition to the head of the household, the wife and children, another relative of the head of the household lives. This type of family arrangement usually occurs when one member is outside the country (see table 3).

In some cases, people live alone, a situation notably present in households with members who receive remittances (HRR), that reaches 16.1 percent and in households with emigrant members who remain in another country

(HMEP-OP), where it exceeds 14 percent. This trend can probably be explained by the high levels of aging experienced by these two types of households (see Table 3); these households may face greater barriers to access medical care, due to the lack of direct family support.

Regarding the sex of the head of the household, in households with members who returned from the United States (HMREU) the highest proportion of men is observed compared to all the groups analyzed, exceeding 80 percent, while in households with members who emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR) the proportion is the lowest, at 47.1 percent. This could be because when the head of the household emigrates, the wife or partner is likely to assume responsibility for the household during his absence and make decisions about how to care for health problems, both for herself and for other household members. Heads of household in households with

Table 3.
Mexico. Percentage distribution by household type of census households related and not related to international migration, 2020

Type of households according to link with migration	Family Home			Non-family home	
	Nuclear	Extended	Compound	Sole proprietorship	Co-resident
Households with members returning from the United States (HMREU)	67.9	24.2	0.8	6.2	0.9
Households receiving remittances (HRR)	47.9	34.4	0.8	16.1	0.9
Hogares con miembros retornados de otros países excepto Estados Unidos (HMRO-P)	66.2	17.8	3	10	3
Households with members returning from other countries except the United States (HMRO-P)	60.6	18.7	2.8	14.2	3.7
Households with members who emigrated and remain in other countries except the United States (HMEP-OP)	60.4	27.0	1.0	10.9	0.6
Households with members who emigrated and remain in the United States (HMEPEU)	51.2	38.1	*	9.8	*
Households with members who emigrated, returned from the United States and receive remittances (HMERERU-RR)	57.1	35.2	0.4	7.2	0.2
Households without members linked to international migration (HSMVMI)	62.5	24	0.7	12.1	0.7

Source: Own elaboration based on INEGI (2020). Microdata from the extended questionnaire of the Population and Housing Census, 2020. International Migration Module.

members who returned from the United States (HMREU) have a younger median age of 42 years, in contrast to heads of household in households with members who receive remittances (HRR), whose median age is 61 years of age. As for health, in households with younger heads of household, there may be a different demand for health services compared to households led by older people.

One of the most important monthly current income allocated to health expenses is work remuneration, which is usually accompanied by social benefits. Regarding the average monthly income from work, households with members who returned from the United States (HMREU) had a monthly average of 17,714.1 pesos. This is equivalent to 52.4 percent and 59.3 percent of the income received by households with members who returned from another country (HMRO-P) and households with members who emigrated and remain in another country (HMEP-OP), respectively. The latter were the households that generated the highest average income from work. Among households with members linked to emigration to the United States, households with members who returned from the United States (HMREU) were those who received a higher average income from work. It is important to mention that the total household income is greater than that presented solely from work, since remittances and other transfers would have to be added, which cannot be calculated with the census sample.

Households that receive remittances (HRR), (HMEPEU-RR) (HMEPEU-RR) are those that receive lower income from this concept and consequently would have lower social security coverage. Households with HMRO-P returnees and HMEP-OP are those that receive more income from work, which suggests that they could have more protection from some social security system and/or have access to private health care services.

Households linked to emigration to the United States show a predominantly rural residence pattern, exceeding 25 percent. In the case of households with members who returned from the United States (HMREU), this figure reached 29.3 percent, while in households with members who emigrated, remain in the United States and received remittances (HMEPEU-RR) it reached 47.8 percent. In contrast, in households with members who emigrated to another country, urban residence is predominant. In HMRO-P and HMEP-OP, the proportion of households living in places with 100 000 inhabitants or more exceeded 70 percent.

As for the health care of the members of the HMRU, when facing a health problem, they first resort to public social security institutions, although 33.4 percent are not entitled to it, a figure higher than that presented by the HSMVI (see table 4). This corroborates previous findings (Benegas-González et al., 2016; González, 2017; Ramírez and Tigua, 2018; Toro and Bautista, 2019; Bustamante, 2021; Jáuregui et al., 2022) that indicate that returnees have a lower health care coverage compared to non-migrants. According to Riosmena et al. (2012) "the fact that returning migrants have less rights could also be due to their greater propensity to reside in smaller towns" (p. 64).

Although the proportion of HMREU members entitled to health care is similar in the HRR, HMEPEU and HMEREU-RR groups, reaching 50 percent in the HMEREU-RR this trend is related, among other structural factors, to the feminized demographic composition of the household, the lower education of its members, the fact that they reside in rural areas, as well as the informal employment. For example, in this last group of households, only 34.1 percent of working members claim to have health care benefits, so without remittances many of these households would not be able to receive medical care. According to Díaz-González and Ramírez-García (2017), these households will

be more likely to face catastrophic health expenses (see table 4).

HMRO-P members' first option is private health care attention and, as a second option, to public social security institutions. On the other hand, HMEP-OP members prefer public social security institutions first and secondly the private sector. In both groups, less than 10 percent of non-entitled members go to social security institutions. More than 70 of the members in these two groups have a formal form of employment with health care benefits. Furthermore, as already observed, these households have the highest levels of schooling and income.

Health care in the private sector, whether in a private practice, clinic or hospital, as well as in an adjacent pharmacy care, plays a determining role in people's lives. For those members of households related to emigration to the United States, these options were their third and fourth. However, if we add both, care in the private sector becomes the first option for the HMREU and HMEREU-RR.

Access to health care in public social security institutions is correlated with the formal form of employment. Among HMREU residents

who work, 47.2 percent had this benefit, a level only surpassed by HMREU members, with 50.1 percent. The lowest level was among people in households with members who emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR).

The highest levels of health benefit received from employment were recorded in people residing in households with members returning from another country (HMRO-P) and households with members who emigrated and remain in another country (HMEP-OP), with 72.0 and 71.8 percent, respectively.

When reviewing health affiliation or right to health care services, the data generally confirms the trends observed in the previous paragraph for the provision of health care services from employment (see table 5). In all groups, the proportions consider both the worker who receives the benefit and the family members who benefit from it.⁵

Thus, social security institutions for the entire population are the main means of obtaining health services. For the HMREU, it represented 37.3 percent, a percentage slightly lower than that of the hmepeu HMEPEU, which was 35.7.

Table 4.
Mexico. Place of care for people in census households related and not related to international migration with health problems, 2020

Location of care:	HMREU	HRR	HMRO-P	HMEP-OP	HMEPEU	HMEREU-RR	HMEPEU-RR	HSMVMI
Public social security institutions	25.9	27.2	32.7	39.1	29	20.8	15.1	38.7
Without the right to social security institutions	33.4	37.5	9.1	9.4	34.7	35.1	50.1	29.5
Private practice, clinic or hospital	24.9	20	44.7	37.6	21	28	21.1	15.7
Adjacent pharmacy care	12.4	12.1	10.7	9.8	12	12.3	11.1	12.9
Another place	1.4	1.2	1.8	2.3	1.2	1.5	1	1.3
Does not seek care	2	2.1	1.1	1.8	2.1	2.3	1.6	1.9

Source: Elaborated by the author based on INEGI (2020). Microdata from the extended questionnaire of the Population and Housing Census, 2020. Section on international migration.

⁵ The proportions presented in Table 5 were calculated based on the 5 total number of residents in each group of households.

Table 5.
Mexico. Affiliation or right to health services of people in census households related and not related to international migration with health problems, 2020

Affiliation or right to health services	HMREU	HRR	HMRO-P	HMEP-OP	HMEPEU	HMEREU-RR	HMEPEU-RR	HSMVMI
Public social security institutions	34.3	32.1	58.7	57.9	36.6	24.9	18.1	45.5
Without the right to social security institutions (services to the open population)	37.3	39.4	9.3	9.2	35.7	40.5	55.3	28.5
Private insurance	2.6	1.9	9.8	8.2	2.8	2	1.1	2.4
Other institution	0.7	0.8	1.3	1.5	0.8	1.3	0.5	1
Not affiliated and without a right to health services	25.1	25.9	21	23.2	24.1	31.3	25	22.6

Source: Elaborated by the author, based on INEG (2020) I. Microdata from the extended questionnaire of the Population and Housing Census, 2020. Section on international migration.

However, the proportions of health care in these institutions were higher for members of the HRR, HMEREU-RR and HMEPEU-RR, possibly because the additional resources they receive via remittances allow them to pay the membership fee. The variation in the proportion of health care in social security institutions to the open population among different groups of households indicates inequalities in access to health services.

Members not affiliated or entitled to medical services are cared for in the private sector in seven out of ten cases in all groups of households with and without links to international migration, with small variations, which indicates a significant financial burden for these households, which can negatively affect their access to health care and lead to situations of catastrophic out-of-pocket expenses, as has been documented by several authors (González-Block et al., 2013). Approximately 15 percent use open services in social security institutions and the rest receive health care as they can in other places.


Final considerations

Regarding health care, it was observed that residents in households with members returned from the United States (HMREU) have low

levels of health care in public social security institutions, due, among other factors, to their informal work economics. This labor informality reduces the possibilities of access to health benefits provided by formal employment, which affects the coverage and quality of health services that returnees and their families can have access to.

However, these are not the most precarious, since people in households with members who emigrated, returned from the United States and receive remittances (HMEREU-RR) and households with members who emigrated, remain in the United States and receive remittances (HMEPEU-RR), showed even lower percentages of attention in this sector. Households that depend on remittances face more complex conditions when it comes to affiliation to health care services. Feminization in such households may mean that women, who may have less formal jobs, have less access to workplace health benefits due to the absence of members with formal employment.

HMREU have less access to health care in public social security institutions than people in households with members who emigrated to other countries, excluding the United States, whether they still reside in the destination



or have returned home, as is the case of HMRO-P and HMEP-OP.

It is notable that the group of households with the highest level of care in public social security institutions linked to employment are the HSMVMI. This is because, with all members present, they benefit from occupational health care benefits, as long as one or more members are formally employed. Compared to households linked to international migration, these households have better conditions of attention and access to health care, which underlines the impact of migration on access to health care services.

In the HMREU and in the rest of the households analyzed, health care in the private sector is important, since it covers a deficit in social security systems, both linked to employment and for the population in general. This indicates a

significant financial burden for these households, which can negatively impact their access to health care and lead to catastrophic out-of-pocket spending situations.

Affiliation to medical services and dependence on the private sector or open social security institutions have direct implications on access to health care. The results show the inequalities in access to health of HMREU, compared to households with and without links to international migration, influenced by factors such as household composition, migration patterns, labor informality, availability of economic resources and institutional support. These aspects should be considered in future studies to design health policies that ensure equitable access to medical services, particularly for households with returned members and those that depend on remittances.



An approach to the figures of general registered deaths of the population born in Mexico residing in the United States

Rafael Lopez Vega¹

Summary

The document makes an approach to the knowledge of general mortality and by causes of the population born in Mexico residing in the United States. It is based on various findings from studies aimed at investigating the health-disease and death process, recognizing the importance of considering short, medium and long-term socio-historical principles to create an epidemiological profile of the mortality of this migrant population. Using demographic and statistical techniques, sources of information in Mexico and the United States are analyzed, highlighting that there are pending tasks that for public policy purposes need to be addressed to build a medium-term research program to improve the living conditions in the migratory regions of origin and at the migratory destination.

Keywords: *Population born in Mexico, United States, regions of origin, registered deaths, causes of death.*

Introduction²

Demographic dynamics are the result of the interrelation of mortality, birth rate and migration

regarding the social, economic, cultural, political and institutional development conditions to address demographic phenomena in the short, medium and long term through public policy, as well as State, collective and personal responses to current situations. In the course of the 21st century, in addition to what demography calls migration, other extreme forms of human mobility, such as asylum, refuge and forced displacement, modify the patterns of demographic dynamics.

All demographic phenomena, to a greater or lesser extent, model the growth, composition and structure of the population in general terms. The reduction in mortality and the increase in fertility lead to an increase in the volume of the population, and make life possible and lasting (Brock, 1996). On the other hand, international migration, in a demographic sense, involves the exchange of people through emigration and immigration, producing a negative (loss) or positive (gain) net migration with clear implications on the demographic balance. However, when these phenomena are analyzed based on sociodemographic and/or territorial characteristics, and even when the time variable is considered through the study of different generations, there is the possibility that particularities or specificities will emerge.

¹ Director of Socioeconomic Studies and International Migration, General Secretariat of the National Population Council (rlopezv@conapo.gob.mx).

² The cites translated are responsibility from the editor.

Except for temporary situations, the decline in mortality is a global constant. During the 20th century, a decrease in mortality and fertility occurred in all regions and practically in all countries, with substantial differences in developed and developing countries. Behind these changes is the development of science and its medical and technical applications throughout the last century, the increase in the standard of living, better housing and nutrition conditions, greater education, as well as changes in everyday life hygiene that give way to the durability of life itself (McKewon, 1976; Elias, 1989; Caldwell, 2006; Dyar, et al., 2022).

For many countries, such as Mexico, the downward change in the dynamics of these two demographic phenomena occurred at a different speed –faster– in relation to what happened in some developed countries. The vectors that drove this dynamic, quoting Giddens (1984), are anchored both in far-reaching structural changes in the economy and in State actions in terms of health systems, for example to reduce infant mortality, in the level of education and in the guaranteeing the sexual and reproductive rights of women within the framework of an international context in which these rights are today a reference for public policy (United Nations Organization [UN], 1994).

As for international migration, the literature is extensive on the demographic impact on the migratory destination, and more limited on the demographic capacity at the country of origin to sustain its occurrence (Hanson and McIntosh, 2009). Likewise, there are substantial, long-standing advances linked to patterns of assimilation (segmented assimilation and social integration – due to exposure to other cultural patterns– and interculturality (respect, exchange and dialogue), migration policy (employment, circularity, return, family reunification) and economic-labor conditions, which intervene in shaping the demographic dynamics and well-being of migrants (US Commission on Immigra-

tion Reform [US-CIR], 1997; Carter, 2000; Minnis, 2010; Choi, 2011; Algan, 2012; López, 2023).

In the eighties, Borjas, Freeman and Lang, as indicated by Van Hook and Bean (1997), stated that regardless of the immigration status of people, records of vital events in the United States, such as mortality, were recorded almost completely and that mortality rates by age were similar to those of the native population. By the nineties, it is a known fact that the good quality of vital statistics information depends in principle on the range or degree to which deaths by place of birth are recorded, as a result of good registration in the birth certificate as variable of the vital event, which does not depend on self-identification or issues of ethnic identity, as is the case of Hispanic origin. In this regard, Van Hook and Bean point out that studies from this period place misreporting of ethnic origin at 20 percent for infant mortality and 7 percent for adult mortality. In both cases the figure is higher than the one estimated for place of birth by about 5 percent. It should be noted that these investigations were oriented towards improving the quantification of the population of Mexican origin and not towards the investigation of their health conditions or knowledge of their epidemiological profile.

Currently, the National Academy Press (NAP, 2021) evaluation of the mortality record within the National Vital Statistics System (NVSS) estimates it is 100 percent complete, but states certificate information is limited, due to the small number of sociodemographic and economic characteristics it collects (age, sex, race, ethnicity, educational level, place of residence and occurrence, causes –ICD-10–, among others). In this regard, we must consider the changes that arise from the revisions of death certificates (revisions 1989 and 2003, with up to 2 years to be implemented in the states and territories of the Union) (Hanzlick, 1997; National Center for Health Statistics [NCHS], 2023).

The place of birth (state and Union territory and country) was published until 2004, making it

possible to know and carry out calculations in relation to certain groups of immigrants by country of birth. Although in recent studies (first and second decade of the 21st century) the NAP indicates that the quality of information on Hispanic origin – what has remained public – is considered as good as that of the white or black population, which always have been of the highest quality, there does not seem to be a technical reason why databases for public use should not share information by place of birth.

Recent studies on the Latino (Hispanic) population in the United States show the disparities that different subgroups of Latinos face in the health-disease process compared to the native white population, including non-communicable diseases and certain socio-economic aspects such as lack of health care services coverage and the low level of education, to which we can add, greater poverty and different demographic structures, aspects that prompt us to think about the need to have information by place of birth (Errisuriz et al., 2024; National Population Council [CONAPO] and BBVA, 2023). Additionally, for 2020 and 2021, within the framework of the COVID-19 pandemic, some new variables regarding occupation are identified, which have been published as part of the microdata derived from the death certificate.

The Office of Minority Health (OMH) points out that the health of the Hispanic population is conditioned by factors such as language and culture, lack of access to medical services as a means of disease prevention, and the level of coverage of medical services. In 2019, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reported that some of the leading causes of death among Hispanics include cancer, heart disease, unintentional injuries (accidents), strokes, and other cerebrovascular diseases, diabetes and Alzheimer's disease. Thus, we reached the year of the COVID-19 pandemic, in which, in Mexico as in other countries, viral diseases, as shown below, were the main cause of death among Hispanic people (OMH, 2023).

In this direction, the first section addresses conceptual aspects in relation to general mortality, its most common classifications, emphasizing avoidable mortality. In the second, an approach to general mortality is proposed, its demographic structure and the causes of death in the migratory regions of origin, features that are linked to the third section, which highlights mortality statistics of the population born in Mexico residing in the United States, in terms of volume, composition and demographic structure. The study ends with some comments regarding the need for knowledge and government attention required by a youth-adult mortality guideline focused on preventable causes.

Methodology

The study is based on the acknowledgement of the importance that the dynamics of demographic phenomena have in relation to changes in demographic composition and structure. Based on information from Mexico's population projections, standardized general mortality rates by international migratory region of origin are calculated using demographic techniques, comparing their level, composition and demographic structure through specialized indicators sensitive to sex, such as the ratio of male mortality. For the analysis of the causes of death, the "Mexican List of Main Causes (grouped)"-LME is used, based on the International Classification of Diseases in two-time sections 1985-1997 (ICD-9) and 1998-2022 (ICD-10). In this regard, Cruz (2010) indicates that the ICD-10 recommends the use of lists of causes and conditions that group categories to facilitate national and international reviewing, analysis and comparisons, but this does not prevent each country from developing its own lists adapted to their statistical and epidemiological information, a prerogative in which the LME falls. As for us information, an econometric forecasting technique is applied to complete the series of deceased population

of Hispanic origin by place of birth 2005-2022, for those born in the United States or Mexico, and the grouping of 34 causes of nvss is used, similar to the grouped Mexican List of Diseases, but not entirely comparable.

Sources of Information

The mortality information arises from four sources, first the results of the demographic conciliation of Mexico 1950-2019 on the volume of deaths (general mortality) and its composition and demographic structure (mortality by age and sex). The annual microdata of general deaths registered in Mexico by state and cause of death according to the “Mexican List of Main Causes (grouped)”-LME (National Institute of Statistics and Geography [INEGI], 2019), and to the us National Center for Health Statistics (NCHS) mortality microdata by place of birth (1990-2004) and by Hispanic origin (1990-2022).

Conceptual aspects around mortality

For all living beings, death is inevitable, dying depends on and is related to several biosocial factors, death at an early age (before one year of birth) or depending on sex, appears to be biologically determined. Historically and culturally, it has been shown that dying also depends on conditions related to the standard of living, the availability of food, advances in science applied to medicine, to architecture for the construction of homes equipped to benefit individual health, family and community, to the type and sector of occupation, and even to the ecological context in which life itself takes place.

Conceptualizing the health-disease-death process involves a definition of what health is, instruments to classify diseases and measure their incidence and prevalence, and a definition of life and death. Usually based on etymology, and on the fields of health and demography, definitions and indicators are available that al-

low an international comparison, for example, understanding health as the absence of disease in people and more generally in the patient. The criteria of the World Health Organization, according to its founding document (WHO, 1946), to determine health is the following: “Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of conditions or disease”.

In the case of the disease, the creation of a standardized and accepted list took centuries. With the International Classification of Diseases and its various anatomical, etiological, and demographic criteria to account for the health-disease-death process, there is an universal criteria, since it is a standardized framework for the registration of morbid processes and causes of death.

Empiricist proposals anchored to the epidemiological transition undoubtedly offer descriptive elements to explore and characterize health conditions in the “population.” Health depends on multiple conditions, the trinomial health-disease-death shows and proves processes derived from income, employment and differential occupations, from cultural and heritage practices, marginalization, poverty, vulnerability and social underdevelopment due to the type and quality of housing materials, location, simplicity, information and orientation for access to first, second or third level health care services, as well as environmental, physiological conditions and the institutional models of health care (medical practice).

Lifetime mortality has effects on the composition, demographic structure and growth of the population. McGehee (2004) points out that the WHO and the United Nations (UN) defined “Death is the permanent disappearance of all evidence of life at any time after birth (postnatal cessation of vital functions without possibility of resuscitation)”. In Mexico, as in the United States, and surely in many other countries, the death record contains information on the characteristics of the death (cause, place,

date, etc.), of the deceased (age, sex, ethnic origin, place of residence and birth), the certifying doctor (identity card, name, etc.), the informant (relative or not) and the place where the event is recorded, among others.

Depending on the focus of the research, mortality can have different classifications, especially those that arise in relation to the different recorded elements of death and the deceased, such as cause, age and sex. Regarding the demographic components, it can be classified as general, infant (post-infant and fetal), and infancy and maternal mortality; as for the cause, it can be endogenous or exogenous (external), referring to the possibility that death can be prevented or not. In both cases, these are classifications of interest for public policy that reveal substantial aspects linked to economic and institutional development. (Elizaga, 1975; McGee, 2004; INEGI, 2011). Or, as in the case of migrant populations, their mortality pattern reveals their level of coverage and access to health care services.

Molina (1995) proposes that, although the usual measures are necessary for the study of mortality to identify its level and behavior, it is also a vital act of nature and also a social one. And it goes further by questioning the so-called epidemiological transition, emphasizing that mortality is structurally determined. In this regard he noted the following:

“When the causes of death are considered a result of morbid processes that could have been avoided or at least that did not evolve towards fatal outcomes, with different types of economic and social measures, health care services and advances in scientific and technological knowledge, in the case of health, the existence of a structural determination that prevents large sectors of the population from moving towards ‘modern epidemiological profiles’ is clear. (p. 133).

Regarding the causes of mortality, at an international scale, the International Classification of Diseases (ICD) is observed. The WHO points out that ICD-11 “[...] is now officially in force for the national and international registration and notification of the causes of illness, death and other causes.” (WHO, 2022a). As has happened with previous revisions of the ICD, its use is on a global scale, considered as an updated and clinically relevant classification system (2022b). Its different revisions have recorded more than a century (WHO, sf), and involve considering the time variable in the approval or adaptation of one revision to the next. For example, Cruz (2010) in the definition of the ICD incorporates the temporal criterion for its implementation.

However, it is advisable to maintain a critical perspective on the ICD. Although Vallin's (1986) strong criticism must be qualified by the advances introduced in revisions 10 and 11, the axis of his points could still be sustained:

“[...] the ICD does not provide a systematic typology of the causes of death based on one or more criteria. It is organized mainly around etiological and anatomical criteria, but others also intervene: age (senility, perinatal mortality, etc.), individual status (pregnant or parturient woman), place of contamination or accident (occupational diseases or work accidents), symptoms, etc. But none of these criteria covers it completely [...]” (p. 5).

With the aim of achieving an approximation to the profile of the causes of mortality that shape the etiology of death of people in Mexico, under the assumption that this classification can also be useful for understanding the mortality patterns of the population born in Mexico residing in the United States, in the case of general deaths in Mexico the grouping of the main causes (grouped EML) provided by INEGI is followed and in the case of the United States the grouping of 34 causes from the NCHS is

followed; in both cases the technical anchoring of the ICD allows us to understand the health-disease-death process, beyond the criteria indicated by Vallin, and move towards understanding the distribution and historical-social determinants of mortality in the migratory regions in Mexico and the United States as practically the only destination for Mexican migration, at least until the first five years of the 21st century.

General mortality in migratory regions of origin

Public health research accounts for the illnesses or health conditions that afflict us today as a society, as well as the demand for care in which the needs of a population mostly of young reproductive and working ages are present, and of an aging population too. The main source of information in this section is vital mortality statistics. These provide continuous information with geographic distribution of interest for public health policies.

In Mexico, a delay between the death and its registration is common. The evaluation of this situation shows that it will always be preferable to use information by year of occurrence, thereby correcting any omissions in registration. Although with specialized surveys it is possible to estimate entries and exits from the home by cause of death and birth, their dependence on control populations for their expansion places them in conditions similar to the indicators that can also be calculated with administrative records, that is, the need for denominators that either come from a census event, from population projections or from estimates that are not always standardized between the different sources.

In relation to international migration, CONAPO proposed between 1998 and 2000 that international migration to the United States could be analyzed according to migratory regions, grouping federal entities. There are four migratory regions: central, northern,

south-southeast and traditional, in which the 32 federal entities are grouped.³

In order to clarify the changes in the destination of international migration from Mexico, before addressing some mortality indicators by migratory region of origin, it can be empirically confirmed that it had almost a single destination. With the results of the extended questionnaires from the census events of 2000 (96.1%), 2010 (89.4%) and 2020 (77.2%), and from the National Survey of Demographic Dynamics (87.9%) (ENADID, 2023) as for the destination the United States is persistently the main but not the only destination. However, the international information available on other destinations is limited when it comes to the possibility of knowing various aspects in relation to substantive processes that shape the demographic dynamics of international migrants from Mexico in destinations other than the American Union.

Another aspect to consider is the composition and demographic structure of the international migrant population, which also presents changes. Estimates with microdata from the 2000, 2010 and 2020 census questionnaires show that 75.3, 76.7 and 69.9 percent of migrants from Mexico to the United States were men, as corresponds to each census event. With ENADID 2023, it is estimated that 80.7 percent were men. On the other hand, despite the gradual increase in the number of children under 15 years of age involved in the immigration process, primarily people of young and adult ages, with the American Community Survey (ACS, 2022), it is estimated that 71.7 percent of recent immigrants in the United States⁴ are between 15 to 29 years

³ Center (Mexico City, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro and Tlaxcala); North (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora and Tamaulipas); South-southeast (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz and Yucatán); and, Traditional (Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí and Zacatecas).

⁴ People residing in the United States born in Mexico who lived in Mexico a year ago.

of age and 30 to 49 years old, with implications for the labor market and for reproductive patterns, the latter in relation to the size and evolution of the second generation.

It is also estimated that the return to Mexico and the migratory circularity from the United States tend to present a conjunctural behavior and that in general they have decreased throughout the 21st century, in fact both components are currently (2020) mostly male (75% and 71%, respectively), which contrasts, according to us information sources, with the formation of a barely masculinized demographic composition for the population born in Mexico residing in the United States (110 men for every 100 women), with important implications for the knowledge the way and in what quantity women migrate, and how the first generation population is configured over time.

Regarding the health-disease-death process, the assumption is tacit, as the adaptation-assimilation-acculturation processes occurs in the destination, migrants cannot detach themselves from their biosocial, cultural and economic conditions of origin.

In the migratory regions of origin, the examination of mortality by large age groups in 1990 shows that in the traditional and south-southeast regions there are no important differences –6 age groups were used to eliminate the effect of structure considering as reference the predominance of labor migration between 15 and 44 years of age– but in 2019 mortality has been lower in the traditional region.⁵

The analysis of the relative incidence of general mortality, through the adjusted crude mortality rates, indicates by contrast in two of the migratory regions that contribute the most and the least to international migration, which in 1990 was lower in the traditional region,

5.6 deaths per one thousand inhabitants, compared to the south-southeast, 6.1 per one thousand inhabitants, and that by 2019, the rate increased in both regions, to 6.1 in the traditional region and 7.0 in the south-southeast region, the difference then increases in demerit of the south-southeast region. On the other hand, the infant mortality rate in 1990 and 2019 presented higher values in the south-southeast region (41.9 and 15.8 deaths per one thousand live births) compared to the traditional region (35.4 and 14.2, respectively).

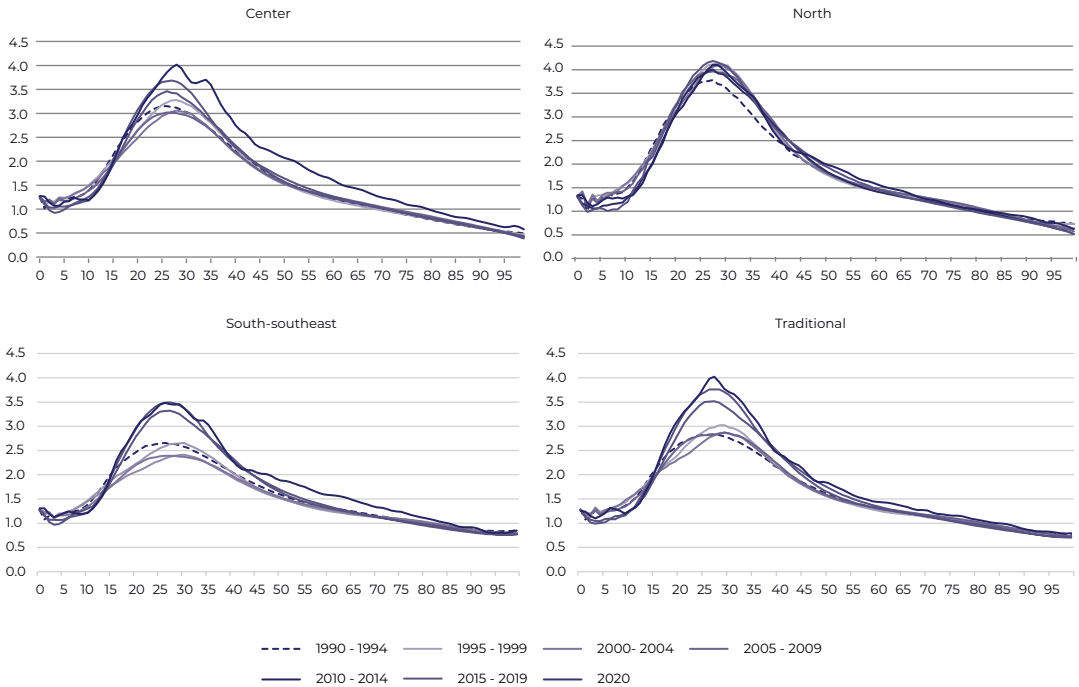
The demographic composition and structure are central in relation to the examination of the mortality of the Mexican migrant population in the United States. The account of male mortality by age displayed in Mexico shows, for the set of migratory regions of origin, differentiated patterns between 1990 and 2020 (see graph 1):

- ◆ In all regions this relationship tends to have permanently higher values in the ages between 20 and 40 years of age (4.0).
- ◆ In general, it stands out that in the south-southeast region the curve is flatter in that age group, that the highest values start from the age of 15, although they are lower than those of other regions (3.0 on average from 2015 to date).
- ◆ The northern region presents a smaller temporal change in the relationship between 1990 and 2020, unlike the rest of the regions with clear and broad changes; and the level of the relationship in 1990 and 2020 appears to be similar.
- ◆ Between the central region and the traditional region there is a coincidence in the shape of the curve in the group of 25 to 30 years in 2020.

Both the demographic composition and structure, as well as the graphic examination of the male mortality ratio, could help understand the mortality patterns of the Mexican population in

⁵ See CONAPO (2023). Conciliación Demográfica de 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020 a 2070. Tablas de población media y defunciones por edad desplegada. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-a-2070>

Graph 1.
Mexico. Male mortality ratio by age displayed by international migratory region, 1990-2020 (men for every woman)



Source: Own elaboration based on CONAPO (2023b). Conciliación demográfica 1950-2019 y Proyecciones de población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

the United States, at least until 2004– the last year in which information by place of birth of the deceased was publicly available.⁶

On the other hand, the analysis of the causes of death, thanks to its international comparability, makes it feasible to identify the main causes in the migratory regions in Mexico, using the “Grouped List of Main Causes”-LME and then to observe and compare the causes of mortality in the main states of settlement of the Mexican population in the United States.

LME has around 420 causes of death classified into 60 groups plus the factors that influence the health status. According to Cruz (2010, p. 5.), the LME and the *Global Burden Decease* “... are very useful for there is rarely a general over-

view of the phenomenon, it represents between 60% to 70% of the records”. As established further down, when observing the information by migratory region in Mexico, most deaths are concentrated in ten groups of causes.

Except for the result, the main vector of deaths in 2020, of viral diseases (infection caused by a virus), that is, COVID-19, which first appeared at a national level, and in the regions central and northern migratory regions, and ranked third in the south-southeast region and second in the traditional region, 15 main groups of causes of death are recorded in the set of 4 regions (10 main in each region) during the period 1990-2019. It is worth mentioning that, strictly speaking, COVID-19 did not alter mortality patterns since the causes identified in the medium term (1990-2020) remained among the top ten. However, the mortality due to certain

⁶ According to the death certificate model, this information is captured.

conditions of the perinatal period in the central region in the most crucial year of the pandemic is noteworthy (see Table 1 and Image 1).

As for the results of the groups of causes of death for the migratory regions,

these accumulated, before 2020, between 60 and 70 percent of the total amount of registered deaths, with COVID-19 these values increased in 2020 to about 80 percent on average (see table 2).

Table 1.
Mexico. Main groups of mortality causes by period and the three most important international migration regions, 1990-2020

Causes: Mexican List of Diseases	Periods and regions			
	1990-1999	2000-2009	2010-2019	2020 ¹
(06) Viral diseases				4R
(09) Malignant tumors of digestive organs				
(12) Malignant tumors of genitourinary organs				
(20) Endocrine and metabolism diseases	4R	4R	4R	4R
(27) Hipertension diseases				
(28) Ischemic heart diseases	N-T	4R	C-S-T	S-T
(29) Pulmonary and heart circulatory diseases				
(30) Cerebrovascular diseases				
(33) Other diseases of the respiratory system	4R	N-T	N-T	4R
(35) Diseases of other parts of the digestive apparatus	C-S	C-S	C-N-S	N
(38) Diseases of the urinary apparatus				
(46) Certain perinatal conditions				C
(48) Abnormal symptoms, signs and findings				
(E49) Transportation accidents				
(E51) Other accidents				
(E55) Aggressions				

Note: ¹ In 2020 aside from the causes of viral diseases, the following three most important ones were considered.

4R: All regions C: Center N: North S: South-southeast T: Traditional

Source: Own elaboration based on INEGI (various years). General Recorded Deceases; and INEGI (2019). Mexican List of the main causes (grouped).

Table 2.
Mexico. Percentage represented by the 10 main groups of causes of death by international migratory region and period, 1990-2020

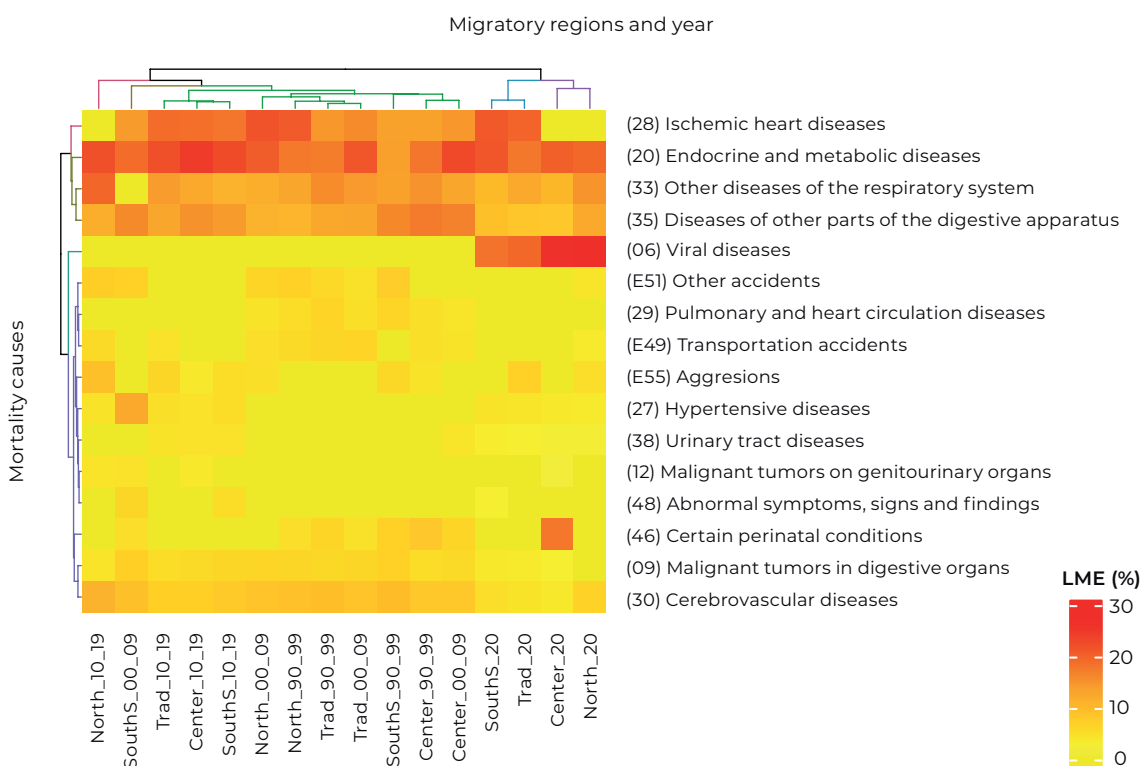
Región	Period			
	1990-1999	2000-2009	2010-2019	2020
Center	65.2	67.9	72.5	83.4
North	64.8	66.0	68.6	78.7
South-southeast	60.7	63.4	68.8	78.6
Traditional	64.3	65.9	69.7	77.5

Source: Own elaboration based on INEGI (various years). General Recorded Deceases; and INEGI (2019). Mexican List of the main causes (grouped).

Regarding the relevance by period and region of the main groups of causes (see image 1), the permanence in the central region of endocrine and metabolic diseases stands out; in the northern region the spectrum broadens, placing between 1990 and 2009 ischemic heart diseases, and from 2010 to 2019 endocrine and metabolic

diseases. In the south-southeast region, between 1990 and 1999, the causes of diseases from other parts of the digestive system predominated, and between 2000 and 2019, endocrine and metabolic diseases took the first position. Finally, in the traditional region the causes of endocrine and metabolic diseases also prevail.

Image 1.
México. Groups of causes of death in migratory regions of origin, 1990-2022



Regions: North, Center, South-S: South-southeast, Trad: Traditional. Periods: 90_99 1990-1999, 00_09 2000-2009, 10_19 2010-2019, 20 2020.
 Source: Own elaboration based on INEGI (various years). General mortality; and INEGI (2019). Mexican List of the main causes (grouped).

Mortality recorded in the United States of the resident population born in Mexico

The previous section discussed the analytical need to observe the profile of the causes of death of the population in Mexico, a requirement to have a premise to draw from in relation to the population born in Mexico residing in the

United States. In Mexico, the decrease in mortality is one of the substantial advances of the 20th century; various economic, social, scientific and technical factors in the field of medicine contributed positively to this change in demographic dynamics. However, it is assumed that health coverage in Mexico –as country of origin– and then in the United States –as destination– affect the health-illness-death process of the

migrant population. The epidemiology of death is dragged from the origin, and depending on living conditions at the destination, it may undergo certain alterations.

Since the beginning of the 21st century, CONAPO has highlighted the limitations experienced by Mexican people residing in the United States regarding health care coverage; private and public coverage were more than 30 and 20 percent, respectively, only several years after the *Affordable Care Act*, to settle under 70 percent in recent years. The most frequent conditions such as diabetes, obesity and overweight have also been reported in the group of endocrine and metabolic diseases (CONAPO, 2022 and 2023).

The most important source of information to know and calculate mortality in demographics (volume, rates and pattern) are registered deaths. In the case of the United States, the initial data is recorded by the National Vital Statistics System (NVSS) of the NCHS. At a national level, the census population would be the ideal denominator to calculate rates and to learn about the mortality pattern. However, when it comes to immigrant populations, the issue is complicated due to the lack of one instrument of information or another, or both, by country of birth.

In the United States, given the electronic nature of vital events records, the immigration status of people does not affect their completeness, it is known, and equal quality is assured for the registration of birth and general mortality. The NAP (2021), in relation to the evaluation of the quality of the mortality record, estimates that it is 100 percent complete, strictly speaking, the application of any procedure would not be necessary to correct the coverage of the mortality record. It could even be said that between 1990 and 2004, a period of high growth in the population born in Mexico residing in the United States, some methods of correcting the coverage of the deaths of Mexican people in the United States –if needed– would not be entirely

applicable due to unusual and highly variable year-to-year growth rates.

However, the NAP establishes that the information on the certificate is limited, due to the small number of sociodemographic and economic characteristics it collects (age, sex, race, ethnicity, educational level, place of residence and occurrence, causes –ICD-10–, among others). In this regard, we must consider the changes that arise from the revisions of death certificates (revisions 1989 and 2003, with up to 2 years to be implemented in the states and territories of the United States) (Hanzlick, 1997; NCHS, 2023).

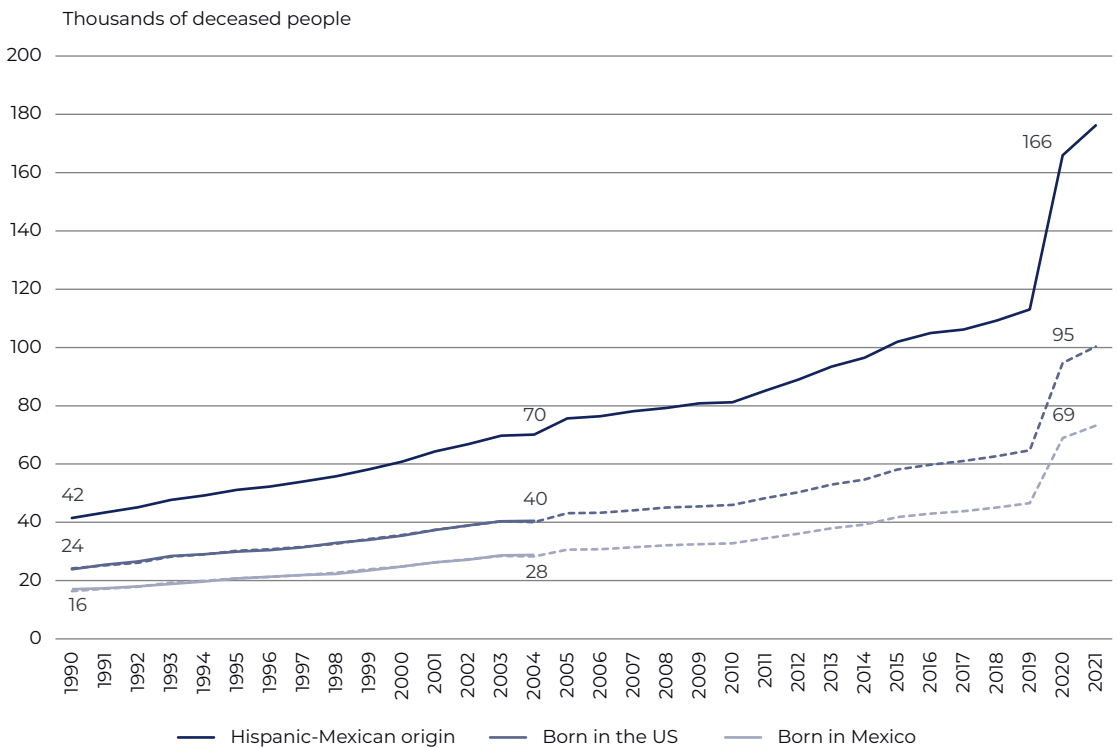
In this case, regarding the population born in Mexico residing in the United States, until 2004 the place of birth (state and territory and country) was published in the microdata –available on the NCHS WEB site– allowing to learn and carry out calculations on certain groups of immigrants by country of birth. Although, in recent studies (first and second decade of the 21st century) the NAP indicates that the quality of information on Hispanic origin – which is what has been kept public– is considered as good as that of the white or black population, which have always been the highest quality, there does not seem to be a technical reason why the information by place of birth is not shared in databases for public use.

The volume of general deaths recorded by the National Vital Statistics System (NVSS), differentiating by place of birth and Hispanic origin, followed an upward trajectory between 1990 and 2004 (see graph 2):

- ◆ Only by Hispanic origin (residents) 40.5 thousand deaths were recorded in 1990 and by 2004 these already amounted to 70.1 thousand;
- ◆ For Hispanic people born in the United States, the volume of deaths increased from 23.9 thousand in 1990 to 40.5 thousand in 2004, representing on average 58.4 percent of the total deaths of Hispanic-Mexican origin;

- ◆ For Hispanic people born in Mexico, the volume of deceases increased from 17.0 thousand in 1990 to 28.8 thousand in 2004, which represents on average 40.5 percent of these deaths during this period;
- ◆ The relationship by Hispanic origin, between the deaths of people born in Mexico in relation to those born in the United States, was 69 per 100. When observing the composition by generation of the resident population of Hispanic-Mexican origin between 1994 and 2004, those born in Mexico are on average just over a third (35.2%), that is, the number of deaths could be interpreted as a number greater than what would correspond to its volume;
- ◆ To complete the series of deaths, 2005-2021, by Hispanic origin and place of birth (United States and Mexico), a regression was carried out in two phases, based on the year, the total deaths and those of Hispanic-Mexican origin, and the totals by place of birth according to Hispanic-Mexican origin. The high collinearity between the variables of the models favored a limited forecast, since the variability of one or another dependent series practically presented a statistical singularity (0.997 and 0.994 in R² for the case of Hispanic-Mexican people born in the United States and in Mexico, respectively); However, what is interesting to highlight here is an approximation to the values of each of the series given their absence in mortality records.

Graph 2.
United States. Deceased population by Hispanic-Mexican origin and place of birth, 1990-2021



Note: The dotted lines refer to data predicted using two regression models, with statistical significance of 0.000 and 0.009 in the case of the Hispanic-Mexican population born in the US and in Mexico, respectively.
 Source: Own elaboration based on NVSS-NCHS (various years).

The observation of the crude mortality rate in the United States, before the COVID-19 pandemic (2019), had a value of 8.7 deaths per thousand inhabitants, in the peak year of the pandemic its value reached 10.3 (World Bank [WB], 2024); in the case of the Hispanic population, the adjusted rate estimated from the general death registry is estimated at 12.3 deaths per thousand inhabitants in 2019, and for 2020 at 7.1 deaths per thousand inhabitants. Eliminating the effect of age structure on general mortality means that, if the Hispanic population of Mexican origin had the same age structure as the total resident population, its rate would be higher before the pandemic and lower in the peak of the same year (2020).

Perhaps what can be observed is the effect of the US government's protective measures for the population in general and for vulnerable populations in particular in 2020. From the budget information from the *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS, 2021) we see that in 2020 national health spending represented 19.7 percent of the Gross Domestic Product (GDP) and per capita spending was almost 12 thousand dollars: the percentage change in spending was 9.7 percent in 2020, practically doubled that of 2019, compared to the previous year (4.3%). And, more than a third of the change in 2020 was the result of the US federal government's response to the pandemic through financial assistance to health care providers.

On the other hand, the behavior of the male mortality ratio by age displayed in the time horizon of analysis (1990-2004), which allows us to distinguish by Hispanic origin and place of birth, shows values that must be considered very high, at young and young adult ages, when emphasis is placed on the resident population born in Mexico. If compared with the similar curves by region of origin presented in the previous section, the values record an excess male mortality in the United States that can be partly explained by the greater participation of men in migration (see graph 3).

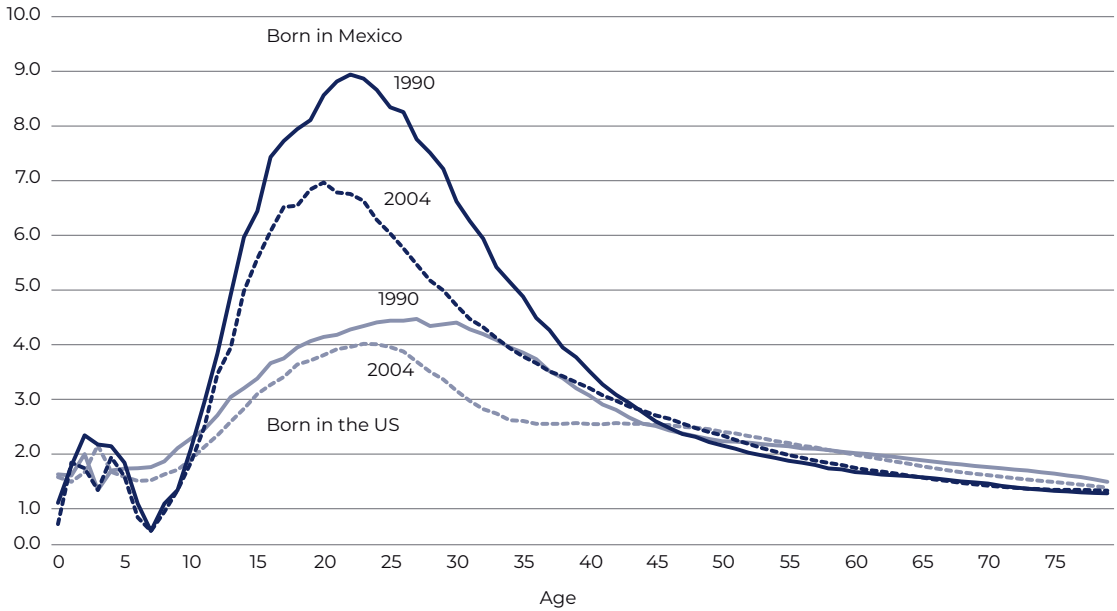
It can be assumed that the levels shown in Graph 3 also respond to the fact that women have recently joined the migratory dynamics in a significant way. For example, based on the Annual Social and Economic Supplement of the Continuous Population Survey (CPS-ASEC), a male-female ratio of around 120 men per 100 women is estimated for the years under observation, and in some subsequent years it is above this value, the same situation occurs with the American Community Survey (ACS). The central issue is then: how the Hispanic population of Mexican origin in the United States is configured over time, consequently, exposed to the risk of mortality in that country.

Furthermore, given a predominant immigration in working and reproductive ages, unlike the irregular values for the population born in Mexico, a regular line is observed at the beginning of the curve of the deceased population of Hispanic origin born in the United States, that is, the mortality of the second and third generations that make up this generation presents a pattern that is in line with what is empirically established, in relation to the expected behavior of mortality for a population, usually, under "normal" conditions.

In relation to the causes of mortality, three cross-sections (1990, 2000 and 2004) show that ischemic heart diseases predominate for the population born in Mexico, the causes classified as other residual diseases would occupy second position, but for the moment if left aside, transportation accidents would be the second most important group, and in that order cerebrovascular diseases would follow, other malignant tumors and diabetes mellitus would be part of the list of the first ten causes of death in a time horizon of 15 years, which describes similarities with the causes of death of the population residing in the regions of origin, and highlights that a topic to be investigated is the measurements of prevalence and incidence in the origin and destination (see image 2).

Gráfica 3.

United States. Masculinity ratio of the deceased population of Hispanic-Mexican origin by place of birth and single age, 1990 and 2004 (men for every woman)



Note: The age of death has been smoothed to correct the reported age at death. Source: Own elaboration based on NVSS-NCHS (various years).

Also, the causes of mortality for the Hispanic population of Mexican origin in the examination before the COVID-19 pandemic (2019) shows the relevance of ischemic heart diseases taking the first place; malignant tumors, diabetes mellitus and cerebrovascular diseases are also among the top ten, as well as diseases of the genitourinary system, but accidents with adverse effects and transportation accidents also stand out in this group. We can then see that despite the limitations of information, there are similarities with the causes among the population born in Mexico residing in the United States.

The ideal is, as in the case of the regions of origin, to know the medium-term trajectory of the causes of death under a single methodology, which results in a double challenge in relation to assimilating the “Mexican List of Diseases” to the ICD-10 –recoded to 34 causes or viceversa–.

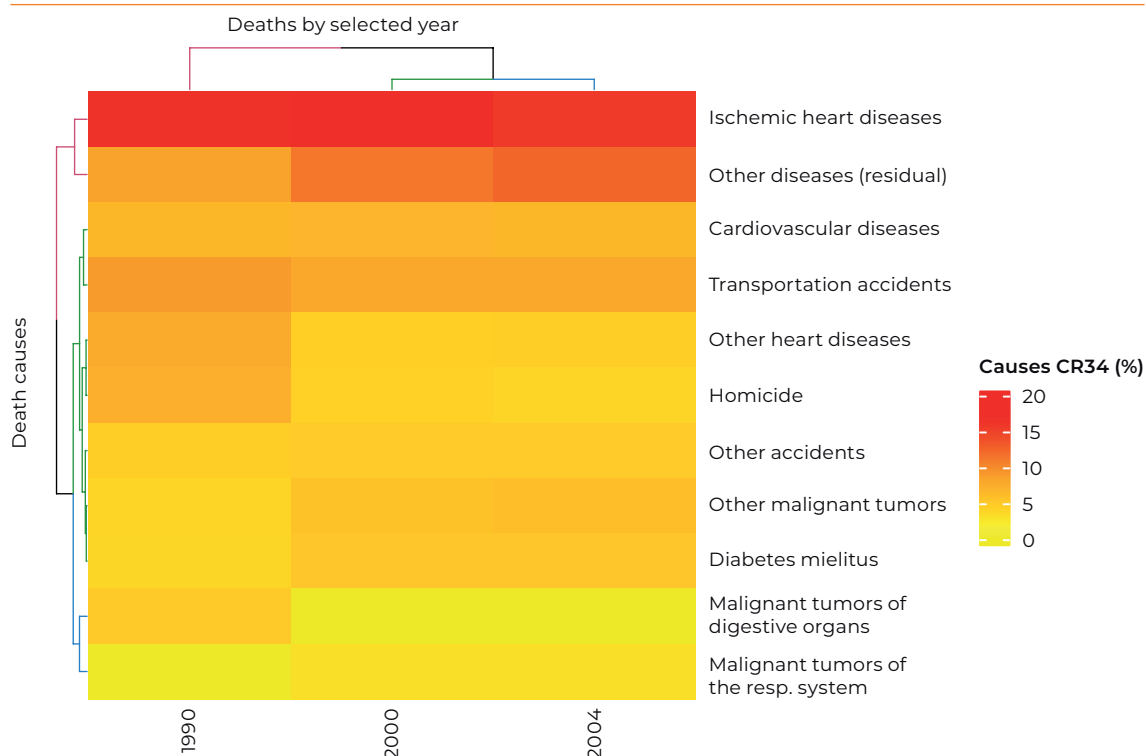
Final comments

Health is not only an individual issue, but a social fact in which the processes that condition health, illness and death have a spectrum at a macro level, but also in the spaces of daily life. Migration broadens the horizon of experiences, expanding the individual world but also the risks.

The promotion and protection of health are means to prevent risks and intervene in the social and individual body, the actions and inactions of public policy in the year of the beginning of the COVID-19 pandemic and the subsequent ones have shown that public intervention is paramount but is complemented with individual decisions and access to overall protection mechanisms, since the burden of disease is socially enduring and complex to change. Health, illness and eventually death, as a unit that shapes the passage of life, give rise to the configuration of socio-historical health regimes.

Image 2

United States. Groups of causes of death of the resident population born in Mexico, 1990, 2000 and 2004



Notes: CR34 Recodified list of causes of death to 34 ICD Rev. 9 groups. CR34 was coded by the NCHS in public microdata. Source: Own elaboration based on NCHS (various years). General deaths.

Table 3.
United States. Number of deceased people of Hispanic-Mexican origin by main causes groups, 2019 (Volume and percentage)

Rank		Volumen	%
	Total	112 247	100.0
	Subtotal 10 main	60 176	53.6
1	1. Ischemic heart diseases	12 360	11.0
2	2. Other malignant tumors	7 515	6.7
3	3. All other accidents and non-specified adverse effects	6 450	5.7
4	4. Diabetes mellitus	6 213	5.5
5	5. Other heart diseases	6 202	5.5
6	6. Cerebrovascular diseases	6 171	5.5
7	7. Chronical hepatic disease and cirrhosis	4 432	3.9
8	8. Alzheimer's	4 279	3.8
9	9. Transportation accidents	3 778	3.4
10	10. Diseases of the genitourinary system (nephritis, nephrotic syndrome and nephrosis)	2 776	
	Other	52 071	46.4

Note: We used the recodified variable from the International Disease Classification (ICD-10) to 39 causes published by the NVSS. Source Own elaboration based on NVSS-NCHS (2019).

The approach to the health-disease-death process, through the causes of death in the migratory regions of origin of the Mexican migrant population and in its destination, seeks to contribute to the formulation of public policy actions and strategies by offering new knowledge based on verified information sources and methodologies to contribute to population policies. Strictly speaking, the study of this process is a challenge that has been present for many years in the study of the Mexico-United States migration, nested in

the availability of sufficient information that allows clarification between diverse epidemiological experiences, for which, the areas of opportunity are multiple, from its composition by sex, which would result in proposing measures with a gender focus, to better knowledge of its demographic structure and ethnic composition with the standards of the statistical categories of American information, which would result in the inscription of an intersectional perspective regarding childhood, adolescence, adulthood, old age and Mexican origin.



Recommendations for public policy

Migrant health and migration-related health issues are crucial public health challenges faced by governments and societies. There are various initiatives that foster the health of migrants and work to improve health care services and the access to them, however, there continue to be societies that exclude the most vulnerable migrant populations and neglect their health needs. In the current global context significant migratory flows continue with consequent health risks (WHO, 2010). In the resolution of the 61st World Health Assembly, one of the calls to governments is to obtain, document and exchange information and best practices to address the health needs of migrants in countries of origin or return, transit and destination; and, to promote bilateral and multilateral cooperation on migrant health between the countries involved in the migration process. The *Migration and Health* Project is part of this type of initiatives.

Given the importance of the Mexico-United States migratory phenomenon and guided by different institutional efforts and the health needs of the Mexican migrant population, the publication *Migración y Salud / Migration and Health* publishes research and studies that document the main health problems of the migrant population in all phases of migration, and present suggestions for public policy actions based on evidence that can help improve the well-being of migrants and their families. Since 2005 and until 2020, it has aimed to highlight bina-

tional research on health and migration and to suggest actions and guidelines for public policies. The COVID-19 pandemic raised difficulties on the binational collaboration developed for 15 years with the University of California, however, SGCNAPO has continued this publication with new and suggestive themes around the dynamics in health and migrant populations.

Throughout all its editions it has focused its efforts on addressing the issue of health, examining different migrant populations, particularly that of Mexican migrants residing in the United States and recently integrating specialized studies on Central American migration in transit through Mexican territory, as well as immigrant populations and those returning to Mexico. The analysis has been carried out through social determinants of health, coverage and type of medical insurance, access to health care services, as well as specific health conditions. Throughout its different editions, a great array of information sources has been used, from traditional ones with national coverage in both countries, to specialized and specific surveys on targeted populations. It has also been adapted to the needs and availability of information, which is why it includes research that uses perspectives, methodologies and new units of analysis with the aim of offering useful information to different users, public policy makers, researchers, civilian associations, and public.

The 2024 edition of *Migración y Salud / Migration and Health* integrates studies that

account for the health-disease process of migrant populations in its different aspects (immigration, return, transit, emigration). With a medium-term perspective, we have sought to focus on migrants not only as an object of research but above all as subjects of rights, suggesting strategies and actions that can be integrated into ongoing public policies –such as return and transit migration– or model a new generation of public policies framed in development planning, in sectoral and special programs, in accordance with global and regional programs and agreements.

The research presented was developed during the current change of the administrations in Mexico and the United States, it focuses on conceptual aspects of analytical perspectives that privilege the field of social rights, methodologies that propose the integration and consolidation of new units of analysis with traditional and unconventional sources of information to grasp the complexity of migratory dynamics on the field of health and disease. Aspects that in suggestions for public policy are shown in a series of considerations that can be thematized as follows:

- ◆ **The challenges of social integration among immigrants:** health, education, access to social justice and political participation must be a matter of state attention. Mexican government policies must integrate the needs of immigrants, guaranteeing the full exercise of their rights to improve their economic development, well-being and security.
- ◆ **Expansion of the risks associated with health-disease:** the promotion and protection of health are means to prevent risks and to favorably influence the well-being of migrant populations; public policy actions and strategies show that government intervention is essential but is complemented by individual capabilities and decisions.
- ◆ **Strengthen access to health care services:** the immigrant female population in Mexico comes from a great diversity of origins, which means different individual and social stories as well as groups without access to medical services, which can trigger health and life risks in immigrant women. These aspects must be considered in the formulation of socially necessary and culturally relevant actions, strategies and programs to promote the exercise of the sexual and reproductive rights of the immigrant female population.
- ◆ **Incorporate new analytical elements that impact public policy:** in the quantitative study of the health-disease-death process of migrant populations, there are multiple areas of opportunity, from their composition by sex that would result in proposing gender-focused policy actions and strategies to improve the knowledge of its demographic structure and ethnic composition, which would result in the inscription of an intersectional perspective of childhood, adolescence, adulthood, old age and origin.
- ◆ **Incorporate new units of analysis and new approaches:** migration never or almost never happens in isolation. Various family processes that concern communities and social networks of origin and destination must be considered when investigating the health-disease process, especially because well-being mediated by coverage and access to health care services implies that, economic and institutional resources are certainly necessary, but also being part of a home, a community and, more profoundly, the sense that all migration appears to be temporary, which for public policy means designing, formulating and implementing reintegration actions and strategies, reintegration and return in a framework that privileges the exercise of human rights at any stage of the migration process.



Referencias / Cited Sources

Capítulo I / Chapter I

- Centro de Análisis de Datos de Migración Global. (2018). *Indicadores Globales de Migración*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/global_migration_indicators_2018.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2017). *Derechos de las personas migrantes: una guía para las y los servidores públicos*.
- Consejo Nacional de Población. (2024, 26 de febrero). Barreras en el acceso a salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en México [infografía]. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/barreras-en-el-acceso-a-salud-sexual-y-reproductiva-de-mujeres-migrantes-en-mexico#:~:text=Sin%20importar%20su%20situaci%C3%B3n%20migratoria,p%C3%BAblicos%20y%20privados%20en%20M%C3%A9xico>
- Consejo Nacional de Población. (2016). *Migración y Salud Perspectivas sobre la población inmigrante*, (1ª ed.). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166446/Migracion_y_Salud_2016.pdf
- Giorguli, S. (2018). La migración en México: seis retos en el nuevo escenario mundial, en *México próspero, equitativo e incluyente. Construyendo futuros*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, El Colegio de México, Centro Tepoztlán, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC.
- Hernández, J., Contreras, J., Durand, J., Jacobo, M., Schiavon, J.; y Terán, D. (2023). *México: La Gran Nación Transnacional*. Editorial Tack.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados>
- Jáuregui, J.A., Ávila, M.J., y Méndez, J. (2023). Atención y acceso a la salud en los hogares censales con migrantes recientes mexicanos retornados de Estados Unidos, 2020. En *Migración y Salud*, Consejo Nacional de Población. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/873925/MyS_2023_PAGINAS.pdf
- Manchinelly, E. (2021). *El Acceso a la salud de la migración irregular en México*. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social. Seguridad Social para el Bienestar. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. https://home.ciess.org/wp-content/uploads/2023/06/0422_CASBSS_ELACCESOIRREGULAR.pdf
- Ribeiro, R., y Morales, F. (2022). *Derecho A La Salud De Mujeres Migrantes: El Enfoque De Dos Organismos De Naciones Unidas*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880006611> <https://www.scielo.br/j/remhu/a/hwLVnrKF38PDhYMXgfwg47c/?format=pdf&lang=es>

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2023). *República Dominicana: Expertos de la ONU condenan la detención y deportación de mujeres haitianas embarazadas y puérperas*. <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2023/09/dominican-republic-un-experts-condemn-detention-and-deportation-pregnant-and>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chile*. 07/07/2015 ONU. ECO-SOC. CDESC. DOCUMENTO E/C.12/CHL/CO/4.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2019a). *Migrantes saludables en comunidades saludables*. <https://www.iom.int/es/migracion-y-salud>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2019b). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes. Resumen ejecutivo*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360465/9789240054820-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Internacional para las Migraciones. (2016) *Salud Universal*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Health of refugees and migrants. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. <https://www.who.int/migrants/publications/PAHO-report.pdf>
- Pelcastre, B., Meneses, S.; Sánchez, M., Rueda, C., y Leyva, R. (2021). *Síntesis sobre políticas de salud: Equidad en el acceso a los servicios de salud*, Instituto Nacional de Salud Pública. https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf
- Pierola, M., y Rodríguez, M. (2020). *Migrantes en América Latina: Disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica*. Unidad de Migraciones del Sector Social, Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Migrantes-en-America-Latina-Disparidades-en-el-estado-de-salud-y-en-el-acceso-a-la-atencion-medica.pdf>
- Reyes, A. (2023). Acceso a la salud de las mujeres no nacidas en México, 2020. En Consejo Nacional de Población (Ed.) *Migración y Salud*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/873925/MyS_2023_PAGINAS.pdf
- Secretaría de Salud (2018). *Plantea y reorienta políticas públicas para reducir la inequidad*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/observatorio-nacional-de-inequidades-en-salud-onis-162090>

Capítulo II / Chapter II

- Bongaarts, John. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, 4(1), 105-132. <https://www.jstor.org/stable/1972149>
- Canales, A. (2013). La migración en la reproducción de la sociedad global. *Migración y desarrollo*, 11(21), 9-41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992013000200002&lng=es&tlng=es
- Cabella, W., y Matthias, N. (2018). *Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de Naciones Unidas. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Baja%20fecundidad%20en%20ALC%20-%20version%20web%20espa%20C3%B1ol.pdf>



- Consejo Nacional de Población. (1995). *Programa Nacional de Población 1995-2000*. Poder Ejecutivo Federal.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024, 22 de marzo). *Diario Oficial de la Federación*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Durand, J., y Massey, D. (2003). *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. Miguel Ángel Porrúa, y Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Gasca, J. (2009). *Geografía Regional: la región, la regionalización y el desarrollo regional en México*. Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gandini, L. (2020). Deseado u obligado, México es destino. *Encuentros 2050*, (38), 18-20. <https://bit.ly/3xwPIN3>
- Gayet, Cecilia y Fátima Juárez (2022). Nuevo escenario de baja fecundidad en México a partir de información censal. *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 13(3). <https://rde.inegi.org.mx/index.php/2022/01/03/nuevo-escenario-de-baja-fecundidad-en-mexico-a-partir-de-informacion-censal/>
- González, H., Palma, Y., y Montes, M. L. (2007). Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en México. *Papeles de Población*, 13(51), 213-245. Universidad Autónoma de México. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8643>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023*.
- Ley General de Salud. (2024, 1 de abril). *Diario Oficial de la Federación*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Secretaría de Salud. (1994), *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar*. <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- McAuliffe, M., y Oucho, L. A. (Eds.). (2024). *World Migration Report 2024*. Organización Internacional para las Migraciones.
- Ordorica, M. M. (2024). Medio siglo de vida del CONAPO. En CONAPO (ed.). *50 años del CONAPO. Transformación de la Política de Población* (pp. 40-54).
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2024). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/#>
- Organización de las Naciones Unidas, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (2014). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>

- Organización Internacional para las Migraciones. (2024). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2024*. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- Torres, M. (2022). Caracterización sociodemográfica y laboral de los inmigrantes latinoamericanos, calificados y no calificados, residentes en México y España. *Entorno Geográfico*, (23), 1-29. e20011706. <https://doi.org/10.25100/eg.v0i23.11706>
- Woo, O. (1995). La invisibilidad en el proceso migratorio: las mujeres migrantes. *Frontera Norte*, 7(13), 139-148. <https://fronteranorte.colef.mx/index.php/fronteranorte/article/download/1527/974>
- Capítulo III / Chapter III**
- Amuedo-Dorantes, C., y Pozo, S. (2011). New evidence on the role of remittances on healthcare expenditures by Mexican households. *Review of Economics of the Household*, 9(1), 69-98.
- Amuedo-Dorantes, C., Pozo, S., y Sainz, T. (2007). Remittances and healthcare expenditure patterns of populations in origin communities: Evidence from Mexico. *Integration & Trade Journal*, 27, 159-184.
- Banegas-González, I., Tereuel-Belismelis, G., y Escobar-Latapí, A. (2016). Migration, return migration and access to social programs. En E. A., L.L., y M.S. (Eds.). *Binational Dialogue on Mexican Migrants in the us and in Mexico* (pp. 42-46).
- Bustamante A. V. (2023). Post-covid19 strategies to support the health care interactions of u.s. Mexican immigrants and return migrants with the Mexican health system. *J Migr Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100170>.
- Calva S. L. E. (2022). Perfiles y tendencias en la migración de retorno a México durante la administración de Trump. *Estudios fronterizos*, 23, e101. <https://doi.org/10.21670/ref.2217101>
- Castañeda, X. Castañeda-Camey, N., Díaz, V., Ruiz C., y Alonzo, O. (2018). Salud y Derechos de los Migrantes Mexicanos Retornados. Seguridad o Desconsuelo. *Notas para la Integración de los Retornados*, (4), 1-7.
- Consejo Nacional de Población. (2018). La migración internacional. En *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050* [Documento Metodológico].
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*.
- Díaz M., A., y McLaughlin, J. (2016). Vulnerabilidad estructural y salud en los trabajadores agrícolas temporales en Canadá. *Alteridades*, 26(51), 85-95.
- Díaz-González, E., y Ramírez-García, J. B. (2017). Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de Población*, 23(91), 65-91. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.91.004>
- Domínguez-Villegas R, Bustamante A. V. (2021). Health insurance coverage in Mexico among return migrants: differences between voluntary return migrants and deportees. *Health Aff*, 40(7), 1047-1055.
- Durston, J. (2000). *¿Qué es el capital social comunitario?* Serie Políticas Sociales. Comisión Económica para América latina y el Caribe.
- Franco, L. M., y Granados, J. A. (2018): Migración de retorno y el empleo en México. En: *Desigualdad Regional, Pobreza y Migración*. Universidad Nacional Autónoma de México, y Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional A.C.
- Frank, R., Palma-Coca, O., Rauda-Esquivel, J., Olaiz-Fernández, G., Díaz-Olavarrieta, C., y Acevedo-García, D. (2009). The Relationship Between Remittances and Health Care Provision in Mexico. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1227-1231. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.144980>



- Garbey-Burey, R. M. (2012). Retorno y reinserción laboral de emigrantes internacionales en Monte Blanco, Veracruz [Tesis de Maestría]. Colegio de la Frontera Norte.
- García-Amador, C., Mora-Rivera, J., y Van Gameren, E. (2023). El impacto de las remesas internacionales en los gastos en salud de los hogares mexicanos. *Desarrollo y Sociedad*, (93), 47-99. <https://doi.org/10.13043/dys.93.2>
- González, J. (2017). Los migrantes de retorno y el acceso a los servicios de salud en México [Tesis de Maestría]. El Colegio de la Frontera Norte A. C.
- González-Block, M. Á., Vega, L. A. y Vargas-Bustamante, A. (2013). Utilización de remesas de migrantes en California para atención a la salud de sus dependientes en México. *Salud Pública de México*, 55, s459-s467. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s4.5150>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Síntesis metodológica y conceptual: Censo de Población y Vivienda 2020*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825197537>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19*. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- Jáuregui-Díaz, J. A., Ávila-Sánchez, M. J., y Méndez-Navarro J. (2023). Atención y acceso a la salud en hogares censales con migrantes recientes mexicanos retornados de Estados Unidos, 2020. *Migración y Salud*, 4(5), 85-103. México: CONAPO.
- Kanaiaupuni, S. M., y Donato, K. M. (1999). Migrant children and mortality. The effects of migration on infant survival in Mexico. *Demography*, 36(3), 339-353.
- Kurczyn, V., P. y Pastrana G., M. A. (2016). Los trabajadores migrantes mexicanos en Canadá. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (22) http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-467020160001000004&lng=es&tlng=es.
- Levitt, P. (1997). Transnationalizing community development: The case of migration between Boston and the Dominican Republic. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 26(4), 509-526.
- Lobato, S., Pezzat, E. B. P., Duarte, Á., Fernández, R. G. M., y Sánchez, A. (2010). Determinantes sociales del perfil de tuberculosis pulmonar en familias de migrantes pertenecientes al Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá en Guadalupe Zaragoza. *Medicina Social*, 5(1), 17-32.
- Martínez-Cardoso A. M. y Geronimus A. T. (2021). The Weight of Migration: Reconsidering Health Selection and Return Migration among Mexicans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12136. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212136>
- Mora, J. E. D. J. M., y Camberos, M. (2015). Impacto de las remesas en el gasto regional de salud en México 2000, 2005 y 2010. *Economía Informa*, 394(1), 3-15. <https://doi.org/10.1016/j.ecin.2015.09.002>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Asamblea Mundial de la Salud. 51 informe sobre la salud en el mundo 1998: la vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos: resumen*. <https://iris.who.int/handle/10665/85406>
- Osorno V. R. del C. y Li Ng, J. J. (2023). La diáspora mexicana en Canadá: hacia la otra frontera. *Revista Oficial de Foreign Affairs Latinoamérica* <https://revistafal.com/la-diaspora-mexicana-en-canada-hacia-la-otra-frontera/>

- Perez-Stable, E. J., Slutkin, G., Paz, E. A., y Hopewell, P. C. (1986). Tuberculin reactivity in United States and foreign-born Latinos: Results of a community-based screening program. *American Journal of Public Health*, 76(6), 643-646.
- Pederzini V. C. (2018). *Posibilidades y limitaciones de Censos y Encuestas de Hogares para la Medición de la Migración en México*. Documentos de Política Económica. Centro de Investigación y Docencia Económicas, El Colegio de México, y Fundación Vidanta.
- Ramírez G. T., y Tigau, C. (2018). ¿Dónde están los que vuelven? Un análisis de la integración laboral de los migrantes calificados que retornan de Estados Unidos a México. *Ser Migrante* (5), 1-7.
- Riosmena, F., González, C. G., y Wong, R. (2012). El retorno reciente de Estados Unidos: salud, bienestar y vulnerabilidad de los adultos mayores. *Coyuntura Demográfica*, 2012(2), 63-68.
- Rivera, S. L. (2013). Migración de retorno y experiencias de reinserción en la zona metropolitana de la Ciudad de México. *REMHU: Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 21, 55-76.
- Romo, M. L., y Bojórquez-Chapela, L. (2018). Características de la migración de retorno a México por motivos de salud, 2014-2016. *Salud Pública de México*, 60(5), 489-491. <https://doi.org/10.21149/9135>
- Salgado, N., González-Vázquez, T., Infante-Xibille, C., Márquez-Serrano, M., Pelcastre-Villafuerte, B., y Serván-Mori, E. E. (2010). Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no-migrantes a EU. *Salud Pública de México*, 52(5), 424-431.
- Serrano-Gallardo P, Mas-Giralt R, Castellani S, y Juárez, P.S. (2024). Advancing migration and health research by examining return migration. *Epidemiol Community Health*, (0), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2023-220670>
- Ullmann, S.H., Goldman, N., y Massey, D.S. (2011). Healthier before They Migrate, Less Healthy When They Return? The Health of Returned Migrants in Mexico. *Social Science & Medicine*, 73, 421-428.
- Valero-Gil, J. N. (2008). *Remittances and the household's expenditures on health*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Vilar-Compte, M., Bustamante, A. V., López-Olmedo, N., Gaitán-Rossi, P., Torres, J., Peterson, K. E., Teruel, G., y Pérez-Escamilla, R. (2021). La migración como determinante de la obesidad infantil en Estados Unidos y Latinoamérica. *Obesity Reviews*, 22(S55), 1-9. <https://doi.org/10.1111/obr.13351>
- Waldman, K. E. (2022). Micro-level interactions and health stratification: Abuses committed against deported mexican immigrants. *Socius*, 8. <https://doi.org/10.1177/23780231221113635>.
- Woo, O., y Flores, A. L. (2015). La migración de retorno de migrantes mexicanos en el Siglo XXI. *Población y Desarrollo-Argonautas y Caminantes*, 11, 23-36. <https://doi.org/10.5377/pdac.v11i0.2264>.

Capítulo IV / Chapter IV

- Aleksinska, M., y Algan, Y. (2012). Conclusion: *Cultural Integration of Immigrants in Europe*. En Y. Algan (Ed.), *Cultural Integration of Immigrants in Europe* (pp. 301-332). Oxford Academic. Doi <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199660094.003.0010>
- Brock, D. (1996). Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En M. Nussbaum y A. Sen (Coords.). *La calidad de vida* (pp. 135-190). Fondo de Cultura Económica.
- Caldwell, J. C. (2006). *Demographic Transition*. Springer.



- Carter, M. (2000). Fertility of Mexican Immigrant women in the U.S.: A closer look. *Social Science Quarterly*, 81(4), 1073-1086. <https://www.jstor.org/stable/42864041>
- 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*. <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 Población. (2002). Cobertura de salud de la población mexicana en Estados Unidos internacional. *Boletín de migración internacional*, 6(17). www.conapo.gob.mx
- Consejo Nacional de Población. (2022). Anexo Estadístico-Gráfico. En *Migración y Salud / Migration and Health* (135-145). www.conapo.gob.mx
- Consejo Nacional de Población. (2023a). A Minimum Statistic on Coverage and Health Issues of Migrant Populations. En Consejo Nacional de Población (Ed.). *Migración y Salud / Migration and Health* (pp. 139-147).
- Consejo Nacional de Población. (2023b). *Conciliación demográfica 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y las entidades federativas 2020-2070*. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-a-2070>.
- Consejo Nacional de Población, y BBVA. (2023). *Anuario de Migración y Remesas México / Yearbook of Migration and Remittances Mexico*.
- Cruz, C. L. (2010). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). *Epidemiología*, 27(41), 1-5. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13053/sem41.pdf>
- Choi, K. H. (2011). Fertility Patterns in the Context of Mexican Migration to the United States: Childbearing Before and After Migration. *On-Line Working Paper Series*. California Center for Population Research. <http://papers.ccpr.ucla.edu/index.php/pwp>
- Dyar, J. O., Haglund, Bo J. A., Melder, C., Skillington, T., Kristenson, M., y Sarkadi, A. (2022). Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future. *Scandinavian Journal of Public Health* (50), 1047-1058. journals.sagepub.com/home/sjp
- Elias, N. (1989). *El proceso de la Civilización*. Fondo de Cultura Económica.
- Elizaga, J. C. (1975). Mortalidad. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Errisuriz, V. L.; Zambrana, E. R., y Parra-Medina, D. (2024). Critical analyses of Latina mortality: disentangling the heterogeneity of ethnic origin, place, nativity, race, and socioeconomic status. *BMC Public Health*, 24. <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-17721-9>
- Giddens, A. (1984). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. AMORRORTU.
- Hanzlick, R. (1997). Death Registration: History, Methods, and Legal Issues, *Journal of Forensic Sciences*, 42(2), 265-269. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/death-registration-history-methods-and-legal-issues>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Estadística de defunciones generales*. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825063597>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Lista Mexicana de las principales causas (agrupada)*. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/923/download/29656>

- López, R. (2023). Las mujeres mexicanas en Estados Unidos: aspectos demográficos y de fecundidad en el siglo XXI. En Consejo Nacional de Población (Ed.). *Migración y Salud / Migration and Health* (pp. 45-60).
- McGehee, M. A. (2004). Mortality, en J. S. Siegel, y D. A. Swanson (Eds.). *Methods and Materials of Demography* (pp. 265-300). Elsevier.
- McKewon, T. (1976). *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis*. Nuffield Hospital Fund Trust.
- Minnis, M. A. (2010). U.S. Migration and Reproductive Health among Mexican Women: Assessing the Evidence for Health Selectivity. *The journal of field actions*. Special Issue 2. <http://journals.openedition.org/factsreports/523>
- Molina, G. C. A., y López, L. M. V. (1995). Causas de muerte evitables y su contribución al incremento en la esperanza de vida. Una interpretación sociodemográfica. El caso de la frontera norte, 1980-1990. *Estudios Demográficos y Urbanos* 10(1), 133-165. <https://doi.org/10.24201/edu.v10i1.937>
- National Academy Press. (2021). U.S. Mortality Data: Data Quality, Methodology, and Recommendations. En *High and Rising Mortality Rates Among Working-Age Adults* (pp. 169-186). <https://nap.national-academies.org/download/25976>
- National Center for Health Statistics. (2023). *Revisions of the U.S. Standard Certificates and Reports*. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/revisions-of-the-us-standard-certificates-and-reports.htm>
- Office of Minority Health. (2023). *Hispanic/Latino Health*. <https://minorityhealth.hhs.gov/hispaniclatino-health>
- Organización de las Naciones Unidas. (1994, septiembre). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. https://www.ufpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Publicación de la CIE-11 2022*. <https://www.who.int/es/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Nota descriptiva sobre la CIE-11*. https://icd.who.int/es/docs/icd11factsheet_es.pdf
- U.S. Commission on Immigration Reform. (1997). *Becoming and American: Immigration and Immigration Policy* [Report to Congress].
- Van Hook, J. y Bean, D. F. (1997). Estimating Under-enumeration among Unauthorized Mexican Migrants to the United States: Applications of Mortality Analyses. En US-SRE (ed.). *Binational Study*.
- Vallin, J., y Nizard, A. (1986) *Las causas de defunción en Francia. I. Hacia una tipología simple y homogénea, una aplicación al periodo 1968-1974*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- World Health Organization. (s.f.) *History of the development of the ICD*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/historyoficd.pdf>



ACERCA DE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS

CAPÍTULO I

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 en el Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR) de la Universidad Autónoma del Estado de México.

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 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede México. Actualmente es Profesora Investigadora categoría "E" de Tiempo Completo en el Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR) de la Universidad Autónoma del Estado de México.

CAPÍTULO II

Alejandra Reyes Miranda es economista por la Universidad Autónoma Metropolitana, Maestra en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte. Investigadora de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Luis Alberto Vázquez Santiago, es Licenciado en Estudios Socioterritoriales por la Universidad Autónoma Metropolitana. Se desempeña como Jefe del Departamento de Estudios de los Mexicanos en el Extranjero en la Secretaría General del Consejo Nacional de Población.

CAPÍTULO III

José Alfredo Jáuregui-Díaz es sociólogo por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Maestro en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte y Doctor en Demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Se desempeña como Profesor-Investigador en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

María de Jesús Ávila-Sánchez es socióloga por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Maestra en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Leiden, Países Bajos. Se desempeña como Profesora-Investigadora en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Jimena Méndez-Navarro es economista por la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte y Doctora en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se desempeña como Posdoctorante del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

CAPÍTULO IV

Rafael López Vega es economista por la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestro en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte. Actualmente es Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional en la Secretaría General del Consejo Nacional de Población.

MIGRACIÓN Y SALUD

MIGRATION AND HEALTH

Temas de salud en México y de mortalidad en Estados Unidos
Health issues in Mexico and mortality in the United States



Gobernación
Secretaría de Gobernación



CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN