

Migración, trabajo y salud

Reflexiones en torno a temas
persistentes y emergentes

Maritza Caicedo
Coordinadora



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Instituto de Investigaciones Sociales

Migración, trabajo y salud

Reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes

Maritza Caicedo
Coordinadora



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Instituto de Investigaciones Sociales
Ciudad de México, 2023

Comité Editorial de Libros del IISUNAM

Miguel Armando López Leyva • IISUNAM

Presidente

Fiorella Mancini • IISUNAM

Secretaria

Virginia Careaga Covarrubias • IISUNAM

Marcos Agustín Cueva Perus • IISUNAM

Matilde Luna Ledesma • IISUNAM

Karolina Monika Gilas • IISUNAM

Adriana Murguía Lores • FCPYS, UNAM

Eduardo Nivón Bolán • UAM-I

Adriana Olvera Hernández • IISUNAM

Catherine Vézina • CIDE



Forma sugerida de citar: Caicedo, M., Flynn, M. A., Mathieu, M., Bojórquez, I., Montes de Oca, V., Rea Ángeles, P., Angel, R., Dávila Cervantes, C. A., Agudelo Botero, M., Berenzon, S., Villatoro, J., Saavedra, N., Bustos, M., Franzoni Lobo, J., Cobo, S., Fernández Ortega, M. Á., Roo Prato, J. B., Dávila Mendoza, R., Salazar Cruz, L. M., Trejo, A. P., Eguiluz, I., Álamo, N. de, Carrasco Gómez, M., Santillanes Allande, N. I., Regules García, R., Méndez Rodríguez, A., Jiménez Amaya, K. & Castañeda Díaz, M del S. (2023). Migración, trabajo y salud : reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. <https://ru.iis.sociales.unam.mx/>

Excepto donde se indique lo contrario, esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No comercial-Compartir igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0 Internacional): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

Con la licencia CC-BY-NC-SA usted es libre de:

- Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- Adaptar: remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- No comercial: usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- Compartir igual: si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

En los casos que sea usada la presente obra, deben respetarse los términos especificados en esta licencia.

Catalogación en la publicación UNAM.

Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Caicedo, Maritza, editor.

Título: Migración, trabajo y salud : reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes / Maritza Caicedo, coordinadora.

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2023.

Identificadores: LIBRUNAM 2219614 (libro electrónico) | ISBN 9786073081320 (libro electrónico) | ISBN 9786075873442 (libro electrónico) (PDF).

Temas: Trabajo migratorio -- Salud e higiene. | Mujeres inmigrantes -- Salud mental. | Estados Unidos -- Emigración e inmigración -- Aspectos sociales. | México -- Emigración e inmigración -- Aspectos sociales. | América Central -- Emigración e inmigración -- Aspectos sociales.

Clasificación: LCC HD5855 (libro electrónico) | DDC 331.544—dc23

El Comité Editorial de Libros del Instituto de Investigaciones Sociales aprobó la propuesta para publicar este libro en formato electrónico e-pub.

Primera edición electrónica en PDF: abril de 2025, de acuerdo con la primera edición en e-pub de 2023.

D.R. © 2023, Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones Sociales

Ciudad Universitaria, C.P. 04510

<https://ru.iis.sociales.unam.mx/>

Correo electrónico: repositorio.iis@sociales.unam.mx

Libro electrónico editado por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, se terminó de producir en octubre de 2023. La edición electrónica en formato e-pub estuvo a cargo de Oscar Quintana Ángeles. Participaron: Virginia Careaga Covarrubias (edición del proyecto), María Antonieta Figueroa Gómez (revisión de contenidos electrónicos), Cynthia Trigos Suzán (diseño de portada) y Adriana Guadarrama Olivera (cuidado de la edición). Lida Yanet Caicedo (pintura de la portada)

ISBN: [978-607-587-344-2](#)

Resumen

El libro *Migración, trabajo y salud. Reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes* aborda la relación entre migración internacional y salud. En específico, se observa a la población que se mueve, principalmente por motivos laborales, en distintos contextos geográficos. Se analizan políticas en materia de salud y las consecuencias para los migrantes, así como también se exploran metodologías cualitativas para abordar, desde las ciencias sociales, el estudio de esta relación. Los intereses académicos que dan origen a este libro se han organizado en cuatro grandes secciones: “Migración, condiciones de empleo y salud”, “Envejecimiento, experiencia migratoria e implicaciones para la salud”, “Formas de movilidad, políticas migratorias y riesgos a la salud” y “Metodologías exploratorias en el estudio de la salud en migrantes”. Cada uno de los capítulos, desde distintas disciplinas y aproximaciones metodológicas, nos permiten comprender la necesidad de ubicar la salud como un tema central en el estudio de las migraciones.

Índice

Introducción

PRIMERA PARTE

MIGRACIÓN, CONDICIONES DE EMPLEO Y SALUD

Capítulo 1

Migración, trabajo y salud. Una reflexión en torno a la inmigración latinoamericana y caribeña en Estados Unidos

Maritza Caicedo y Michael A. Flynn

Capítulo 2

El estatus ocupacional y el acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas, dominicanas y nativas en Estados Unidos

Mickens Mathieu

Capítulo 3

Trabajo y trastorno mental común: una comparación entre mujeres mexicanas en México y en Estados Unidos

Ietza Bojórquez y Maritza Caicedo

SEGUNDA PARTE

ENVEJECIMIENTO, EXPERIENCIA MIGRATORIA E IMPLICACIONES PARA LA SALUD

Capítulo 4

Envejecimiento y salud mental. Factores asociados a la migración y mercados de trabajo en México y en Estados Unidos

Verónica Montes de Oca, Patricia Rea Ángeles y Ronald Angel

Capítulo 5

Perfil de salud de las/os mexicanas/os de 50 años o más, con y sin experiencia migratoria hacia Estados Unidos. Una mirada comparativa entre las personas no migrantes y las que retornan

Claudio Alberto Dávila Cervantes y Marcela Agudelo Botero

Capítulo 6

Malestar psicológico y consumo de drogas: comparación entre hombres y mujeres retornados de Estados Unidos y mexicanos que nunca han migrado

Shoshana Berenzon, Jorge Villatoro, Nayelhi Saavedra y Marycarmen Bustos

Capítulo 7

Percepciones de salud en los migrantes de retorno: aproximaciones empíricas en contextos mexicanos

Josefina Franzoni Lobo y Salvador Cobo

TERCERA PARTE

FORMAS DE MOVILIDAD, POLÍTICAS MIGRATORIAS Y RIESGOS A LA SALUD

Capítulo 8

Los riesgos a la salud durante el proceso migratorio

Miguel Ángel Fernández Ortega, Jacqueline Beatriz Roo Prato y Rocío Dávila Mendoza

Capítulo 9

Salud/enfermedad en el proceso de *tránsito* de los desplazamientos internos forzados

Luz María Salazar Cruz

Capítulo 10

Los efectos adversos de la legislación española en la salud de estudiantes de posgrado provenientes de Terceros Estados

Alma Paola Trejo, Itzel Eguiluz y Nuria del Álamo

Capítulo 11

El Seguro Popular para migrantes: análisis del caso Tapachula

Mónica Carrasco Gómez

CUARTA PARTE

METODOLOGÍAS EXPLORATORIAS EN EL ESTUDIO DE LA SALUD EN MIGRANTES

Capítulo 12

La trayectoria social como instrumento para el estudio de la salud mental

de grupos sociales con experiencia migratoria

Nadia Irina Santillanes Allande

Capítulo 13

Notas y reflexiones sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores en los lugares de origen

Ricardo Regules García

Capítulo 14

Los circuitos de la medicina en la migración: un marco referencial para comprender el acceso a los servicios de salud para los migrantes latinos en Estados Unidos

Alejandro Méndez Rodríguez y Katia Jiménez Amaya

Capítulo 15

Comunicación transnacional entre personas migrantes mexicanas en Italia y sus familias en el país de origen: la pandemia como inicio de intercambios de información

María del Socorro Castañeda Díaz

Consideraciones finales

Introducción

Maritza Caicedo

Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

[\[Regresar al índice \]](#)

El dinamismo y el alcance de la migración internacional observado en tiempos contemporáneos no tiene precedentes. En la actualidad existen 281 millones de personas en el mundo que viven en un país distinto al de su lugar de nacimiento, lo que equivale al 3.6% de la población total (Informe sobre las Migraciones en el Mundo, 2022). Pese a las restricciones impuestas por los países de inmigración, la migración mantiene su tendencia creciente y mientras permanezcan las grandes desigualdades entre los países ricos y los de bajos ingresos, es difícil pensar que esta tendencia cambie. Además, la dinámica económica global contribuye a generar una clara interdependencia entre los países que incentiva la movilidad constante de personas (Castles y Miller, 2004).^[1]

En América Latina y el Caribe los movimientos de población responden a distintos factores y han dado lugar a la configuración de un conjunto de patrones migratorios con impactos económicos, sociales y demográficos de grandes dimensiones. Después de la conquista del territorio americano, la migración de ultramar, la migración intrarregional, la que ocurre hacia fuera de la región —cuyo destino principal ha sido Estados Unidos— y el constante retorno, han estado presentes en la región (Martínez, 2017).^[2] Aunque los sostenidos intercambios de población tanto dentro como fuera de la región recogen una gran diversidad de perfiles —estudiantes, refugiados, empresarios, familiares de migrantes previos—, la búsqueda de trabajo y mejores condiciones de vida han sido las principales motivaciones para emprender una carrera migratoria (Caicedo, 2010).

De acuerdo con Martínez (2017), en el año 2010 había cerca de 30 millones de latinoamericanos viviendo en un país distinto al de su nacimiento, que equivalen al 4% de la población de América Latina y el Caribe. Aunque Estados Unidos ha perdido peso como principal destino de esta migración —en favor de la migración hacia ciertos países de Europa, Canadá y de la migración intrarregional—, este país sigue concentrando las tres cuartas partes de la

migración regional. En general, los inmigrantes de América Latina y el Caribe son hombres y mujeres jóvenes que, con diversos perfiles ocupacionales, buscan mejorar sus condiciones de vida a través de su inserción en los mercados de trabajo de los países de destino.

La reestructuración económica y las transformaciones de los mercados a nivel global dieron lugar a un fuerte proceso de flexibilización laboral y a una alta demanda de personal altamente calificado, pero también de trabajadores con bajos perfiles ocupacionales para realizar trabajos en el sector de servicios orientados a satisfacer las demandas de sociedades de alto consumo. Se ha documentado ampliamente que, en estos países, el progreso tecnológico, la descentralización productiva, las políticas de reestructuración económica y las medidas flexibilizadoras y desregularizadoras, así como la aparición de nuevas formas de organización del trabajo, han cambiado la naturaleza y la dinámica de las relaciones laborales, conduciendo a un deterioro de la calidad del empleo (Agulló, 2000; Tamers *et al.*, 2020). Estos aspectos, aunque parecieran no tener relación directa con la salud, no deben perderse de vista porque en cierta medida determinan las circunstancias en que viven los migrantes y su bienestar.

La migración internacional entraña diversos problemas que impactan de manera distinta tanto a los países de origen como a los de destino y a aquellos que, además de ser expulsores y/o receptores de migrantes, se convierten en corredores migratorios. Entre las problemáticas asociadas a la migración internacional que han gozado de mayor interés en la academia latinoamericana, y concretamente en México, destacan la cuantificación misma de la migración y el efecto generado en las familias y comunidades de origen; la descripción de perfiles de los emigrantes; la inserción laboral; la contabilización de las remesas y su impacto en las comunidades de origen; la participación política y las distintas dimensiones de la vida transnacional. Además, cada vez es más común encontrar investigaciones sociales que incorporan la perspectiva de género y se esfuerzan por hacer visibles las diferencias cualitativas entre hombres y mujeres migrantes en los países de destino. En la actualidad tenemos mayor conocimiento sobre las diversas experiencias de los inmigrantes y el proceso de integración económica a las sociedades de acogida, y existe una producción importante de trabajos que constatan sistemáticamente las desventajas socioeconómicas que muchos enfrentan, explicadas en parte por sus características individuales y por el

efecto de un trato discriminatorio por parte del mercado (Caicedo, 2010). Pero el conocimiento que poseemos sobre los efectos de esas desventajas en la salud es todavía escaso (Flynn *et al.*, 2015).

Carballo y Mboup (2005) definen la relación entre migración y salud como un fenómeno complejo y dinámico, en cierta forma determinado por los antecedentes socioeconómicos, culturales y de salud de los migrantes, así como por la naturaleza y la calidad de la atención médica a la que tenían acceso previo a la migración, las circunstancias que la rodean y las condiciones en que se da el asentamiento en las sociedades de destino y el reasentamiento de personas refugiadas. A lo que habría que sumar el retorno a los lugares de origen una vez finalizada la carrera migratoria. Además, de acuerdo con los autores, una vez que se asientan los inmigrantes en el país de destino, interviene una serie de factores que ayudarán a determinar su salud; estos son: el tipo de inserción laboral y las condiciones de trabajo, las condiciones de la vivienda, el acceso a los servicios sociales y de salud, las posibilidades de contacto con las familias que dejaron en sus países de origen y la familiaridad con la lengua y la cultura del país de acogida. Todos son determinantes importantes de la salud y del bienestar.

En lo que respecta específicamente al uso de servicios de salud, investigaciones realizadas con inmigrantes mexicanos en Estados Unidos han comprobado que aspectos como el idioma, las barreras culturales, el desconocimiento del sistema sanitario del país, así como la condición de irregularidad en que muchos se encuentran, limitan el uso oportuno de dichos servicios (Carrasquillo *et al.*, 2000; Pérez-Escamilla *et al.*, 2010; Rhodes *et al.*, 2015).

Carballo y Nerukar (2001) señalan que, a pesar de la magnitud de los problemas de salud pública involucrados, en los países no se ha prestado suficiente atención al papel de la migración en el cambio del perfil epidemiológico de las comunidades receptoras o al impacto que la migración y el reasentamiento tienen en la salud de los inmigrantes. Incluso se ha prestado menos atención a las condiciones posiblemente relacionadas con la salud previa a la migración.

Para Salgado de Snyder *et al.* (2007: E8), al cruzar fronteras internacionales todos los migrantes de una forma u otra se convierten, de facto, en grupos socialmente vulnerables debido a su condición de “extranjeros” y a que muchas veces no cuentan con las herramientas necesarias (lenguaje, conocimiento de la

cultura, redes sociales, recursos económicos) que les permitirían tener una adaptación exitosa al país de destino. Estos autores hacen hincapié en que la vulnerabilidad social debe ser entendida como la relativa desprotección en que se encuentra un grupo de personas cuando se ven expuestas a daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales. El grado de vulnerabilidad que puede experimentar un individuo o grupo social está determinado por factores sociales, biológicos y aspectos estructurales de las sociedades de pertenencia y pueden ser económicos, políticos o ambientales. Además, en el caso concreto de la migración latinoamericana y caribeña, se debe reconocer que, en muchas ocasiones, el proceso está rodeado de circunstancias adversas que aumentan el grado de vulnerabilidad.

El libro *Migración, trabajo y salud. Reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes*, es producto del Seminario Institucional “Migración, Trabajo y Salud” del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta publicación aborda temáticas poco tratadas dentro del amplio campo de los estudios de migración internacional en América Latina y el Caribe, como es la relación entre migración internacional y salud. En específico, se observa a la población que se mueve principalmente por motivos laborales en distintos contextos —México, Estados Unidos, España e Italia—; se analizan políticas particulares en materia de salud y las consecuencias para los migrantes, así como también se exploran metodologías cualitativas para abordar el estudio de esta relación desde las ciencias sociales.

Los intereses académicos que dan origen a este libro se han organizado en cuatro grandes secciones: “Migración, condiciones de empleo y salud”; “Envejecimiento, experiencia migratoria e implicaciones para la salud”; “Formas de movilidad, políticas migratorias y riesgos a la salud”, y “Metodologías exploratorias en el estudio de la salud en migrantes”. Cada uno de los capítulos que integran el libro desde distintas disciplinas y a partir de diversas aproximaciones metodológicas, nos permite entender que si bien la migración puede ser considerada un determinante social de la salud, deben tomarse en cuenta los matices que hacen más o menos proclives a los migrantes a presentar afecciones a su salud. Sin duda alguna, este trabajo ayuda a llenar parte del vacío existente en la materia y puede ser un insumo

para las decisiones de política relacionadas con la salud de los migrantes, principalmente en México y Estados Unidos.

Es de resaltar que pese al gran conocimiento que se generó a lo largo del siglo XX en torno a las migraciones y a la proliferación de estudios sobre las características y diversos aspectos intrínsecos a la migración en lo que va del siglo XXI, la dinámica de las migraciones va abriendo vetas de investigación que imponen desafíos teóricos y metodológicos para comprender las diversas problemáticas que este fenómeno encarna. Por ejemplo, un evento inédito es la migración transfronteriza (desde Centroamérica hacia Estados Unidos) que tomó la forma de “caravanas” de personas y familias en búsqueda de mejores condiciones de vida o, en términos más crudos, personas que huyen de la violencia y la pobreza en sus lugares de origen. Este fenómeno compele a los científicos sociales y de otros campos del conocimiento, a cuestionar aquella tradición metodológica centrada en la observación de las migraciones y los problemas conexos en los lugares de origen o destino y comprender que estos nuevos movimientos crean un “espacio social transnacional” en donde emergen diversas problemáticas como la violencia y los riesgos a la salud de menores, hombres y mujeres adultos y adultos mayores que ameritan nuestra atención.

Las difíciles circunstancias en que ocurre la migración latinoamericana y caribeña, principalmente, a Estados Unidos, es decir, la precaria inserción laboral, la vulnerabilidad socioeconómica que muchos experimentan, la sistemática violación de sus derechos humanos y, en particular, de sus derechos laborales, tiene que provocarnos preguntas suficientemente heurísticas que conlleven a establecer el efecto de estas condiciones en las diferentes dimensiones de la vida de los migrantes, pero fundamentalmente en su salud.

Otro ejemplo que nos permite ver cómo un acontecimiento de actualidad ubica el tema de la salud en un lugar central dentro de la investigación en migración internacional, es la pandemia del Covid-19. Por un lado, esta coyuntura sanitaria nos ha hecho conscientes de las diversas desventajas sociales que experimentan distintos colectivos sociales dentro de un mismo país, región, estado, ciudad o comunidad y, por otro, nos ha puesto a reflexionar sobre las limitaciones que tenemos como sociedad para brindar protección a la población más vulnerable. Los efectos de la pandemia no sólo sobre la salud física y mental de las personas, sino sobre la economía, ahora nos obligan a estudiar con más ahínco las desigualdades estructurales y sus efectos perversos sobre la vida de determinados colectivos. En el caso concreto de Estados

Unidos, hemos observado cómo los latinoamericanos y los afroestadounidenses se han visto fuertemente afectados por la pandemia. Es claro que uno de los aspectos que ha favorecido la expansión del virus entre estas poblaciones son las carencias socioeconómicas que experimentan, es decir, aquellos determinantes sociales que tienen que ver con las condiciones de empleo, sus bajos ingresos, las precarias condiciones de sus viviendas y, en muchos casos, la imposibilidad de llevar una cuarentena o confinamiento seguro y en condiciones de dignidad humana. Además, las condiciones de salud preexistentes —obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar y enfermedad cardiovascular (Garg *et al.*, 2020)— que, a su vez, están ligadas a una serie de determinantes sociales, tienen mayor presencia entre afroestadounidenses e hispanos (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). La enfermedad por Covid-19 nos subraya, tanto al sector académico como a los gobiernos y a los responsables directos de la política pública, la necesidad de ubicar en un lugar preponderante de las agendas de investigación y de política la relación entre migración, trabajo y salud.

Como hemos mencionado, si bien la producción científica en torno al análisis de la relación migración internacional y salud en los países de América Latina y el Caribe es todavía escasa, cuando se introduce el elemento “trabajo” el conocimiento producido es mucho más menesteroso. Esto resulta sorprendente pues a lo largo de las últimas cinco décadas ha sido ampliamente difundido el efecto devastador de las transformaciones económicas y de los mercados de trabajo a nivel global en las condiciones laborales de los trabajadores. En Estados Unidos, por ejemplo, la reestructuración económica, producto del agotamiento del fordismo, implicó la puesta en marcha de una serie de políticas de flexibilidad laboral que favorecieron el aumento de empleos precarios (Lipietz, 1997). Empleos en los que hoy se inserta de manera importante la población inmigrante.

La transformación económica y de los mercados implicó varios procesos que cambiaron tanto la orientación productiva de los países desarrollados, como la forma de realizar el trabajo y la naturaleza de la relación entre empresarios y trabajadores. En el caso específico de Estados Unidos, Castells (1999) destaca las características que adquiere el comercio internacional, la competitividad y el ascenso y caída de las regiones americanas, la internacionalización de la producción y el cambio tecnológico, e ilustra el caso de la industria del automóvil como el mejor ejemplo de la compleja relación entre

reestructuración económica, tecnológica y la internacionalización de la producción y la inversión. El desarrollo de estas transformaciones coincidió con el crecimiento abrupto de una corriente migratoria proveniente de América Latina y el Caribe, Asia y en menor medida de Europa, que generó una alta oferta de fuerza de trabajo justo en el marco de la reestructuración de las relaciones entre capital y trabajo. En ese contexto, la organización de los trabajadores y su capacidad de negociación frente al capital se vieron debilitadas y, por el contrario, debieron ajustarse a la abierta flexibilización de la fuerza laboral producida por la desregulación del mercado.

De acuerdo con Benach *et al.* (2014), en la actualidad, para muchas personas es difícil comprender que contar con un empleo digno, es decir, un empleo estable y con protección social, así como poder hacer frente a los abusos laborales constituyen un determinante social primordial de la salud pública. Estos autores destacan la necesidad de abordar el tema de la salud más allá de las visiones individualistas y biomédicas que atribuyen el hecho de enfermar a “causas inmediatas” como la predisposición genética, los estilos de vida, el estrés o tener acceso a adecuados servicios sanitarios. Así como también plantean ir más allá de las posturas más tradicionales de la medicina del trabajo y la salud laboral que se ocupan de los factores de riesgo, dejando de lado los orígenes y las causas estructurales que dan lugar a esos riesgos como “el grado de democracia y justicia existentes en la forma de organizar el trabajo, la participación de trabajadoras y trabajadores y el tipo de relaciones de empleo” (Benach *et al.*, 2014: 82).

Flynn *et al.* (2015) señalan que la influencia del trabajo en la salud no se limita a los peligros o riesgos de diversa índole que deben enfrentar los trabajadores; el tipo de empleo define el nivel de recursos económicos, la vivienda, la educación y el tipo de atención con que puede contar el individuo para atender su salud y la de su familia. Por lo tanto, el trabajo constituye un indicador contundente de estratificación social que da cuenta de la forma como se distribuyen la riqueza y el bienestar en una sociedad. Si bien el trabajo es el medio a través del cual obtenemos los recursos necesarios para sobrevivir, es imposible pensar la interacción social sin la presencia del trabajo que es por excelencia el vínculo que une al individuo con la sociedad.

Siguiendo esta lógica, en el capítulo 1 de la primera sección de este libro titulado “Migración, trabajo y salud. Una reflexión en torno a la inmigración latinoamericana y caribeña en Estados Unidos”, Maritza Caicedo y Michael A.

Flynn nos muestran la importancia de analizar la relación migración-trabajo-salud, particularmente al interior de la migración latinoamericana y caribeña en Estados Unidos, pues como hemos señalado, se trata de migrantes que se mueven fundamentalmente por intereses laborales y cuyo proceso de integración socioeconómica se da en un alto grado de precariedad, potenciando las vulnerabilidades preexistentes con las que muchos abandonaron sus lugares de origen. Los autores resaltan cómo los esfuerzos académicos que han abordado la salud de los migrantes han contenido un sesgo centrado en la prevención de enfermedades infecciosas, con lo cual los inmigrantes son tratados principalmente como vectores de infecciones, desconociendo que éstas no son las únicas enfermedades que los afectan. Los autores subrayan que, para avanzar en el entendimiento de la relación entre la migración, el trabajo y la salud, es necesario adoptar un enfoque de la salud y el bienestar de los trabajadores migrantes que se centre en optimizar su salud física, mental y social. También hacen un llamado a observar la salud de los migrantes en otras latitudes como la migración sur-sur —que se da entre países en desarrollo— y, en particular, la migración fronteriza en donde los migrantes afrontan serias amenazas a su salud como consecuencia de las difíciles circunstancias en que migran y desarrollan su trabajo en los países de llegada.

En la misma línea de interés, en el capítulo 2, “El estatus ocupacional y el acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas, dominicanas y nativas en Estados Unidos”, Mickens Mathieu analiza los determinantes del acceso a seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos, en comparación con mujeres nativas. A través de este análisis el autor logra establecer cómo varía el acceso a los seguros médicos privados en función de variables sociodemográficas, familiares y residenciales. Mathieu destaca la fuerte desprotección en materia de salud de las trabajadoras inmigrantes haitianas y dominicanas en comparación con las mujeres nativas, principalmente blancas. El capítulo confirma que la etnia y la raza no sólo juegan un papel central en la inserción laboral y los ingresos, sino que también determinan el acceso a seguridad y protección de las mujeres trabajadoras.

Dentro de la misma sección, en el capítulo 3 titulado “Trabajo y trastorno mental común: una comparación entre mujeres mexicanas en México y en Estados Unidos”, desde una perspectiva de la salud poblacional se analiza la asociación entre trabajo y trastornos mentales comunes (TMC) entre mujeres

mexicanas en México y en Estados Unidos. Se toman como orientación teórica las nociones de potenciación de roles y autonomía, y de tensión entre roles y doble jornada, a partir de las cuales se pueden hacer predicciones contrapuestas sobre la asociación del trabajo y la salud mental en las mujeres. En este capítulo, Ietza Bojórquez y Maritza Caicedo plantean como hipótesis que estas relaciones varían de acuerdo con el entorno social y cultural y, por lo tanto, hay diferencias entre mujeres mexicanas en México y en Estados Unidos. El resultado más importante es que el trabajo se asocia con puntuaciones más altas de trastornos mentales comunes entre las mujeres de México, mientras que para las mujeres de origen mexicano en Estados Unidos la asociación, aunque no fue significativa, tuvo un coeficiente negativo, con lo que se logra establecer que el argumento de la tensión entre roles es válido en México, mientras que el argumento de la potenciación entre roles podría aplicarse en el vecino país del norte.

En la segunda parte del libro se hace un esfuerzo por profundizar en el análisis de la relación migración-salud-grupos vulnerables, en concreto se observan ciertas condiciones de salud de las personas adultas mayores retornadas como no migrantes. Los capítulos en su conjunto dejan ver las discrepancias en los resultados de salud de los migrantes cuando se emplean variables objetivas y variables subjetivas en su medición. Esta sección inicia con el capítulo 4, “Envejecimiento y salud mental. Factores asociados a la migración y mercados de trabajo en México y en Estados Unidos”. En este capítulo, Verónica Montes de Oca, Patricia Rea Ángeles y Ronald Angel hablan sobre la salud mental de los migrantes mexicanos, personas adultas mayores, en los Estados Unidos. Constatan que la población experimenta un deterioro de su salud mental por la inestabilidad laboral, la precariedad, la falta de acceso a los servicios médicos y, en general, por las condiciones de vida que enfrenta en Estados Unidos. Luego de exponer las principales problemáticas que experimentan las personas mayores migrantes, y sobre todo las mujeres mayores migrantes, las autoras y el autor hacen hincapié en la necesidad de que las instancias internacionales y los gobiernos de los estados construyan e implementen políticas sociales basadas en el enfoque de derechos humanos y programas que atiendan a las personas y no sólo a la enfermedad, así como la pertinencia de intervenciones colaborativas y comunitarias que contribuyan a atender de manera integral esta problemática global.

En el capítulo 5 titulado “Perfil de salud de las/os mexicanas/os de 50 años o más, con y sin experiencia migratoria hacia Estados Unidos. Una mirada comparativa entre las personas no migrantes y las que retornan”, Claudio Alberto Dávila Cervantes y Marcela Agudelo Botero analizan las características sociodemográficas de los mexicanos de 50 años o más, de acuerdo con su experiencia migratoria hacia Estados Unidos —no migrantes, migrantes de corta estancia retornados y migrantes de larga estancia retornados— y su efecto en la salud. En el análisis se emplea el *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México* de 2015. Se observa la autopercepción del estado de salud, autorreporte de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales, índice de masa corporal, además de factores de riesgo como consumir alcohol y tabaco. Los análisis realizados en este capítulo permiten establecer que las personas migrantes de corto plazo son más propensas a tener sobrepeso y obesidad, así como diabetes y consumo de tabaco, comparadas con los no migrantes. Se constató que los migrantes de largo plazo presentaron una menor prevalencia de limitaciones funcionales que sus homólogas no migrantes y que las características de salud de las personas de 50 años o más —migrantes y no migrantes— son diferentes, aunque no se puede establecer con precisión el rol que la migración juega en este perfil. Los autores recomiendan seguir explorando el binomio migración de retorno-envejecimiento, así como las implicaciones y consecuencias en la salud de las personas adultas y adultas mayores.

El capítulo 6, “Malestar psicológico y consumo de drogas: comparación entre hombres y mujeres retornados de Estados Unidos y mexicanos que nunca han migrado”, realizado por Shoshana Berenzon, Jorge Villatoro, Nayelhi Saavedra y Marycarmen Bustos, aborda la relación entre la presencia de malestar psicológico y el consumo de drogas entre mexicanos retornados de Estados Unidos y mexicanos que nunca han migrado. Utilizan la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* (Encodat, 2016-2017). Se aplican análisis univariados, regresiones múltiples y encuentran que hombres y mujeres migrantes presentaron porcentajes más elevados de una posible adicción a la nicotina que aquellos que nunca habían migrado. El 22.2% de los hombres que migraron consumió alguna sustancia, en contraste con el 16.3% de los no migrantes. También se confirma que la presencia de malestar psicológico entre mujeres migrantes fue mayor que en las no migrantes y los predictores más significativos para la condición grave fueron tener más de 30

años, no tener pareja y tener hijos. Para la condición moderada, los predictores fueron ser mujer, ser retornada y tener más de 45 años. En este capítulo se sugiere ser cautelosos al relacionar de manera directa la migración con el malestar psicológico y/o el consumo de sustancias y comprender qué aspectos interactúan, en qué forma y en cuál periodo de la trayectoria migratoria.

En el capítulo 7 titulado “Percepciones de salud en los migrantes de retorno: aproximaciones empíricas en contextos mexicanos”, Josefina Franzoni Lobo y Salvador Cobo parten de la idea de que la migración *per se* no ocasiona un detrimento de las percepciones de salud en los migrantes retornados. En el análisis se emplea una muestra de población con y sin experiencia migratoria en Estados Unidos del Proyecto de Migración Mexicana (MMP por sus siglas en inglés). Los autores ajustan modelos de regresión logística multinomial controlando características sociodemográficas, de condición física y enfermedades crónico-degenerativas y de las características migratorias. Entre los hallazgos destacan que la migración a Estados Unidos se relaciona con la percepción de la salud, pero esta relación está mediada por la experiencia migratoria, las condiciones de trabajo de los migrantes y los procesos de adaptación social y cultural de la última experiencia migratoria en Estados Unidos.

La tercera sección del libro la integran cuatro capítulos que buscan profundizar en la discusión en torno a las formas de movilidad, políticas migratorias y los riesgos que implican para la salud. En el capítulo 8, titulado “Los riesgos a la salud durante el proceso migratorio”, Miguel Ángel Fernández Ortega, Jacqueline Beatriz Roo Prato y Rocío Dávila Mendoza analizan los diversos peligros a los que se ven expuestos los migrantes durante su carrera migratoria; dejan claro que las dificultades y las afecciones a la salud de los migrantes están presentes desde que inicia hasta que culmina el proceso. Los autores parten de la explicación de algunos de los factores que intervienen en la decisión de emigrar, así como de una revisión de los determinantes sociales que hacen más vulnerables a estas personas. Resaltan la necesidad de reflexionar en torno al papel de México como proveedor de fuerza de trabajo a Estados Unidos y de pensar en estrategias integrales tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población en general, y de los migrantes en particular, pues una vez que concluye la carrera migratoria, muchos de aquellos que huyeron del desempleo y la pobreza regresan al país en precarias condiciones de salud —enfermos, cansados, con adicciones, frustrados, deprimidos y

muchos de ellos inactivos laboralmente— y sin los recursos necesarios para hacer frente a las diversas dificultades que enfrentan en su proceso de reinserción en sus comunidades.

El capítulo 9 titulado “Salud/enfermedad en el proceso de *tránsito* de los desplazamientos internos forzados”, de Luz María Salazar Cruz, contiene algunos de los resultados del proyecto “Desplazamiento Interno Forzado por Violencia en México”. En él se exponen las posibles experiencias traumáticas durante el proceso de tránsito en el desplazamiento interno forzado por violencias y su relación con la salud psicosomática de la población desplazada, particularmente en las mujeres madres de localidades de las montañas guerrerenses. La autora concluye que la población en tránsito dentro del proceso de desplazamiento interno forzado podría encontrarse ante manifestaciones traumáticas, frente a la incapacidad de producir recursos necesarios para objetivar sus tradiciones, proyectos cotidianos y allegar racional y/o emocionalmente dichos recursos para el logro de los objetivos. Una vez que ha sido desarticulada del hábitat que en condiciones de relativa normalidad local/regional quizá se lo permitiría; pero no los obtendría en el clima de despojo y la violencia que lo obligó a desplazarse.

En el capítulo 10 intitulado “Los efectos adversos de la legislación española en la salud de estudiantes de posgrado provenientes de Terceros Estados”, Alma Paola Trejo, Itzel Eguiluz y Nuria del Álamo nos llevan al otro lado del océano para conocer los pormenores de la legislación española y su influencia en la salud de los estudiantes inmigrantes. El interés en este tema reside en que España se ha convertido en uno de los destinos formativos más atractivos a nivel de posgrado para estudiantes latinoamericanos. El objetivo del capítulo es identificar el resultado que ha tenido la regulación española en la salud de los estudiantes provenientes de Terceros Estados. En el capítulo se desarrolla una metodología cualitativa basada en un análisis de instrumentos normativos y en entrevistas en profundidad a estudiantes extranjeros en España. Entre los principales resultados destacan que en España existe una cobertura en salud de los nacionales a nivel constitucional que excluye a ciertos colectivos inmigrantes y resaltan el desconocimiento por parte de los estudiantes extranjeros del sistema de salud de este país.

Esta sección del libro se cierra con el capítulo 11 titulado “El Seguro Popular para migrantes: análisis del caso Tapachula”. En este capítulo, Mónica Carrasco Gómez nos trae de vuelta a México para analizar el acceso a los servicios de

salud por parte de los migrantes en situación irregular en Tapachula, Chiapas, a partir de la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud para población migrante. A través de una metodología cualitativa basada en los estudios de caso, en la que se realizaron entrevistas y solicitudes de información a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y a los regímenes estatales de protección social en salud, la autora encontró que dicho programa presenta algunas incongruencias en la operación que aumentaron el número de migrantes en situación irregular que utilizaron el Seguro Popular. Sin embargo, al incrementarse la utilización en un contexto de precariedad de los recursos hospitalarios, los saturó provocando en algunos casos el rechazo a los migrantes, lo que reforzó la estigmatización hacia ellos.

La cuarta y última sección del libro la integran cuatro capítulos que exploran nuevas metodologías y marcos referenciales para abordar la relación entre migración y salud. En el capítulo 12 titulado “La trayectoria social como instrumento para el estudio de la salud mental de grupos sociales con experiencia migratoria”, Nadia Irina Santillanes Allande se propone mostrar la utilidad de un instrumento teórico-metodológico, propio de una perspectiva cualitativa, para la recolección, análisis y comprensión de información relacionada con los problemas en salud mental en contextos migratorios. En concreto, utiliza la trayectoria social como una herramienta en la práctica del trabajo de campo con población migrante, que permite organizar su narrativa biográfica y vincularla con temas relacionados con sus problemas y padecimientos en salud mental.

En el capítulo 13 titulado “Notas y reflexiones sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores en los lugares de origen”, Ricardo Regules García nos invita a reflexionar sobre el vínculo entre migración y salud, enfocándonos no precisamente en los que emigran sino en quienes se quedan atrás. El capítulo ofrece una revisión bibliográfica y una discusión metodológica en torno a la investigación alrededor de la migración de los hijos y sus efectos en la salud de sus padres y sobre los presupuestos en los que se fundamentan las hipótesis más utilizadas para explicar esta relación. Se cierra el capítulo señalando que el escaso desarrollo de la investigación sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de los padres mayores puede deberse a la complejidad inherente a su diseño y ejecución. Se trata de un fenómeno que genera retos metodológicos que se refieren al empalme temporal entre estos dos procesos, sobre todo

tomando en consideración las aproximaciones cuantitativas que pueden hacerse al problema. Las principales dificultades obedecen a que el grueso de las encuestas disponibles, que recaban datos longitudinales referentes a la salud de la población adulta mayor, no contienen información completa sobre las trayectorias migratorias de todos los miembros de la familia inmediata.

En el capítulo 14 titulado “Los circuitos de la medicina en la migración: un marco referencial para comprender el acceso a los servicios de salud para los migrantes latinos en Estados Unidos”, de la autoría de Alejandro Méndez Rodríguez y Katia Jiménez Amaya, se plantea un esquema referencial para comprender la complejidad y variedad de factores que configuran el cambiante proceso de salud-enfermedad de la población inmigrante en Estados Unidos. Los autores argumentan que la salud de los inmigrantes, en particular en Estados Unidos, está condicionada por la interrelación de cuatro circuitos sociales: la economía de los seguros médicos, la política de la diáspora, la formación de comunidades transnacionales y la medicina científica y alternativa. Se pone el énfasis en las concepciones clínicas sobre la migración a través de los síndromes de Ulises y de Estatus. Ambas perspectivas ubican de manera particular la relación entre salud y migración. Uno de los principales aportes de este capítulo es mostrar la necesidad de incorporar factores económicos, sociales y culturales en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención de los migrantes internacionales.

El capítulo 15, “Comunicación transnacional entre personas migrantes mexicanas en Italia y sus familias en el país de origen: la pandemia como inicio de intercambios de información”, elaborado por María del Socorro Castañeda Díaz, nos muestra cómo la “infodemia” motivó a un grupo de inmigrantes en Italia a emplear las tecnologías de la información y comunicación, concretamente la plataforma de Facebook creada *ex profeso*, para difundir información acerca de los riesgos de la pandemia Covid-19 entre sus familiares y conocidos que habitan en México. En el capítulo se busca exponer los resultados del intento de advertir sobre la situación de emergencia que se vivía anticipadamente respecto a México. Se desarrolla una metodología cualitativa basada en las entrevistas en profundidad a los administradores de la página: se encontró que a través de la red social fue posible realizar intercambios de información en ambos sentidos (Italia-México y viceversa) que, funcionando como un flujo transnacional, permitieran contrarrestar la “infodemia”. Una vez pasada la primera ola de la pandemia, la página suspendió sus publicaciones y

la información quedó ahí, sin circular, por lo que puede hablarse de un ejercicio de comunicación entre origen y destino que no rindió los frutos esperados. Este capítulo, aunque no llega a resultados concluyentes, constituye un ejemplo de las múltiples aristas que tiene la relación migración-salud y las posibilidades de abordarla empíricamente.

Finalmente, la coordinadora de esta obra agradece al Comité Editorial de Libros y al Departamento de Publicaciones del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, así como a los evaluadores de la obra, que con sus comentarios enriquecieron el trabajo que aquí se presenta, y el apoyo de Alma Rodríguez Mendoza.

BIBLIOGRAFÍA

- Agulló, Esteban (2000). “Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los trabajos y los otros trabajadores”. En *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociales sobre el futuro del trabajo*, coordinado por Esteban Agulló y Anastasio Ovejero. Madrid: Pirámide.
- Benach, Joan; Gemma Tarfa, y Alberto Recio (2014). *Sin trabajo, sin derechos, sin miedo. Las reformas laborales y sus efectos sobre el trabajo y la salud*. Barcelona: Icaria Editorial, S. A.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *National Diabetes Statistics Report, 2020*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services [en línea]. Disponible en: <<https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statisticsreport.pdf>>.
- Caicedo, Maritza (2010). *Migración, trabajo y desigualdad. Los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos*. México: El Colegio de México.
- Carballo, Manuel, y Mourtala Mboup (2005). “International migration and health”. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration. Comisión Global sobre las Migraciones Internacionales (CMMI) [en línea]. Disponible en: <https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/tp/TP13.pdf>.

- Carballo, Manuel, y Aditi Nerukar (2001). "Migration, refugees, and health risks, conference panel summaries". *Emerging Infectious Diseases* 7 (3): 556-560 [en línea]. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf>>.
- Carrasquillo, Olven; Al Carrasquillo, y Steven Shea (2000). "Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin". *American Journal of Public Health* 90 (6): 917-923.
- Castells, Manuel (1999). *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. México: Siglo XXI Editores.
- Castles, Stephen, y Mark J. Miller (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas, Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Migración, Fundación Colosio y Miguel Ángel Porrúa.
- Flynn, Michael; Donald Eggerth, y Jeffrey Jacobson (2015). "Undocumented status as a social determinant of occupational safety and health: The workers' perspective". *American Journal of Industrial Medicine* 58 (11): 1127-1137.
- Garg, Shika; Lindsay Kim, y Michael Whitaker (2020). "Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019-COVID-NET, 14 States, March 1-30, 2020". *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69 (15): 458-464 [en línea]. Disponible en: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6915e3-H.pdf>>.
- Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022 (2022). OIM-UN Migration. Disponible en: <<https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES>>.
- Lipietz, Alain (1997). *El mundo del post-fordismo*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Martínez, Jorge (2017). *Nuevas tendencias de la migración en América Latina y el Caribe y urgentes problemáticas*. Celade-División de Población de la CEPAL, julio de 2017 [en línea]. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/2017_07_04_jorge_martinez.pdf>.

- Martínez, Jorge; Verónica Cano, y Magdalena Soffia (2014). *Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional*. En Serie Población y Desarrollo, 1-70, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL [en línea]. Disponible en: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/37218-tendencias-patrones-la-migracion-latinoamericana-caribena-2010-desafios-agenda>>.
- Organización Panamericana de Salud (OPS) (2019). *Documento de orientación sobre migración y salud* [en línea]. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>>.
- Pérez-Escamilla, Rafael; Jonathan García, y David Song (2010). “Health care access among Hispanic immigrants: ¿alguien está escuchando? [Is anybody listening?]”. *National Association for the Practice of Anthropology Bulletin* 34 (1): 47-67 [en línea]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/49644124_Health_care_access_among_Hispanic_immigrants_Alguien_esta_escuchandoIs_anybody_listening>.
- Rhodes, Scott; Lili Mann; Florence Siman; Eunyoung Song; Jorge Alonzo, y Mario Downs (2015). “The impact of local immigration enforcement policies on the health of immigrant hispanics/latinos in the United States”. *Am J Public Health* 105 (2): 329-337 [en línea]. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318326/>>.
- Salgado de Snyder, Nelly; Tonatiuh González; Ietza Bojórquez, y César Infante (2007). “Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos”. *Salud Pública de México* 49: 8-10 [en línea]. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/106/10649004.pdf>>.
- Tamers, Sara L.; Jessica Streit; Rene Pana-Cryan; Tapas Ray; Laura Syron; Michael A. Flynn, y Dawn Castillo (2020). “Envisioning the future of work to safeguard the safety, health, and well-being of the workforce: A perspective from the CDC’s National Institute for Occupational Safety and Health”. *American Journal of Industrial Medicine* 63 (12): 1065-1084.

[Notas]

- [1] La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración del Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional y el Desarrollo (resolución A/RES/68/4), en la que se reconoce que la movilidad humana es un factor clave para el desarrollo sostenible (OPS, 2019).
- [2] Aunque cada vez son más notorios los desplazamientos a países como España y Japón (Martínez, 2017).

PRIMERA PARTE

MIGRACIÓN, CONDICIONES DE EMPLEO Y SALUD

Capítulo 1

Migración, trabajo y salud

Una reflexión en torno a la inmigración latinoamericana y caribeña en Estados Unidos

Maritza Caicedo

Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

Michael A. Flynn

National Institute for Occupational Safety and Health

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas hemos observado un crecimiento sostenido de la migración internacional que ha hecho que la salud de los migrantes sea un tema de interés dentro de la salud pública a nivel global (Wickramage *et al.*, 2018). Para 2019 cerca de 272 millones de personas en el mundo ya viven en un país distinto al de su nacimiento. Entre 2010 y 2019 el número de inmigrantes internacionales aumentó en 51 millones (ONU, 2019). Para tener una idea del acelerado crecimiento de la migración, basta con saber que la tasa de crecimiento natural de la población mundial en 2020 fue 1.1%, mientras que la tasa neta de migración fue igual a cero. Pero este último dato no quiere decir que los flujos migratorios se distribuyan equitativamente entre los distintos países del mundo, pues en las economías avanzadas esta tasa fue de 2.0%, mientras que los países de economías menos desarrolladas presentaron un saldo neto migratorio negativo (Population Reference Bureau, 2020). Ello significa que existe un intenso movimiento de personas a través de las distintas fronteras que se dirigen fundamentalmente a los países más ricos, por lo general, en busca de empleo y mejores condiciones de vida. Por ejemplo, en ese año Canadá tuvo una tasa neta de migración de 14%; Suiza y Holanda de 6%; Alemania de 4%; Reino Unido de 3%, y Estados Unidos de 2% (Population Reference Bureau, 2020).

Si se considera que los determinantes sociales de la salud son las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”

(OMS, 2020), y en palabras de Krieger (2001: 697) son “las características específicas y las vías por las cuales las condiciones sociales afectan la salud y potencialmente pueden modificarse mediante una acción informada”, podemos asumir a la migración internacional como un determinante social de la salud de las personas, sus familias y las comunidades de pertenencia (OIM, 2017a). De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2017b), las condiciones en que se genera la migración hacen a muchas personas vulnerables y, dado que la dinámica migratoria genera impactos en la salud pública tanto de los países emisores como de los países receptores de inmigrantes, es imperativo que los gobiernos conjunten esfuerzos para desarrollar estrategias que permitan la atención adecuada y oportuna de los migrantes y sus familias.

De igual manera, cuando se habla de la salud de los inmigrantes es preciso hablar del trabajo. El trabajo figura como un motor de la migración, un determinante social de la salud y un punto fundamental de articulación entre los migrantes y la sociedad donde llegan a vivir. Sin embargo, muchos estudios sobre la salud de los inmigrantes no contemplan el impacto que el trabajo tiene en su salud (Flynn y Wickramage, 2017). De hecho, la influencia del trabajo en la salud de los inmigrantes va más allá de los peligros, riesgos y condiciones físicas, emocionales y sociales a los que se enfrentan laboralmente. El trabajo también ejerce una influencia importante sobre otros determinantes sociales de salud como los ingresos familiares, la vivienda, las rutinas cotidianas y el tiempo libre (Ahonen *et al.*, 2018). Una revisión reciente de la bibliografía que observa el fenómeno migratorio mexicano muestra cómo el trabajo puede impactar en la vida de los migrantes que se van a Estados Unidos, la vida de los familiares que se quedan y los que retornan al país (Flynn *et al.*, 2014). En el lugar de trabajo convergen la estructura macroeconómica mundial, la política, la búsqueda de supervivencia y el bienestar de los migrantes, sus familias y sus comunidades (Flynn, 2018).

Como es sabido, la salud física y mental de las personas que migran puede verse afectada por diversos factores. De acuerdo con Cabieses (2014), entre las múltiples explicaciones se encuentran las razones que motivaron la migración, las condiciones de vida previas al desplazamiento y durante la migración, así como las experiencias de integración en el lugar de destino. Sobre este último aspecto se han desarrollado diversas investigaciones que coinciden en que el proceso de integración a la sociedad receptora genera una serie de tensiones

psicológicas que muchas veces desembocan en enfermedades mentales graves como la depresión o la ansiedad (Berry, 1997; Kail *et al.*, 2000; Hovey y Magaña, 2000; Salgado de Snyder, 2002; Finch *et al.*, 2004; Araújo, 2009; Ruiz *et al.*, 2011; Bhugra *et al.*, 2011). En otras palabras, el contexto de recepción (Portes y Rumbaut, 1994) de los inmigrantes no sólo determina el proceso de integración socioeconómica, sino que incide en la salud de los migrantes en la medida en que posibilita o dificulta el acceso a los recursos necesarios: información, empleos remuneradores y formales, acceso a servicios de salud, etcétera, para la atención a la salud.

Aunque es creciente el número de investigaciones que, desde distintas disciplinas, exploran la relación entre migración y salud, la OIM (2017b) señala que la salud de los migrantes sigue siendo un campo poco investigado, incluso un tema incipientemente abordado por los planificadores de los sistemas de salud. Carballo y Mourtala (2005) subrayan que, si bien ha habido un interés por la salud de los refugiados en situaciones de conflicto y posteriores a un conflicto, los países receptores y emisores no han prestado la suficiente atención a una gran cantidad de personas que se mueven de una frontera a otra por diversas razones. Los autores adjudican este descuido a la aceleración de la migración que ha dejado a muchos países sin capacidad de respuesta frente a las demandas que este fenómeno impone. La OIM (2017a: 15), además, agrega que debido al gran número de migrantes alrededor del mundo, los gobiernos tienen como desafío incluir las necesidades de salud de los migrantes en los planes, políticas y estrategias nacionales.

Desde nuestro punto de vista, pese a la relevancia de la migración internacional a nivel global y la conocida relación que guardan los movimientos poblacionales con el trabajo, desde la academia latinoamericana hace falta explorar el impacto de esta diada en la salud física, mental y social de las personas que deciden abandonar su país y la de sus familias u hogares en sus países de origen. Ariza y Caicedo (2012) constataron que, para el caso específico de México, han existido esfuerzos para dar cuenta de la relación entre salud y migración a través del uso de metodologías cuantitativas y cualitativas, pero aún hace falta ahondar en las consecuencias de esta relación en distintas fases del proceso migratorio.

Una vertiente importante de los estudios sobre migración internacional en América Latina y el Caribe, y particularmente en México —realizados desde disciplinas como la Demografía—, se ha centrado en la cuantificación de la

emigración y los efectos económicos y sociales generados en las familias y las comunidades de origen; la descripción de perfiles de los emigrantes; la inserción laboral; la contabilización de las remesas y su impacto en las comunidades de origen; la participación política, y las distintas dimensiones de la vida transnacional. Disciplinas como la Sociología y la Antropología han observado cómo las migraciones afectan las dinámicas de las familias en los lugares de origen y los procesos de incorporación a las sociedades de llegada. Gracias a algunos esfuerzos que se han hecho desde estas disciplinas por mostrar cómo la migración afecta de manera diferencial a hombres, mujeres y a personas de distintos grupos etarios, cada vez es más frecuente encontrar investigaciones que incorporan el género en el análisis de la migración y se esfuerzan por hacer visibles las diferencias cualitativas entre hombres y mujeres inmigrantes y en los procesos migratorios en el origen, el tránsito y el destino.

En la actualidad tenemos mayor conocimiento sobre las diversas experiencias de los inmigrantes y el proceso de integración económica a esta sociedad y existe una producción importante de trabajos que constata sistemáticamente las desventajas socioeconómicas que muchos enfrentan, explicadas en parte por sus características individuales, pero también por el efecto de un trato discriminatorio por parte del mercado (Caicedo, 2010). Sin embargo, el conocimiento que poseemos sobre los efectos de esas desventajas en la salud de los migrantes en las distintas etapas del proceso migratorio, es escaso. En lo que respecta a la migración intrarregional, aunque se ha producido una importante cantidad de investigaciones que dan cuenta de estos flujos, hay muchas preguntas que debemos respondernos, por ejemplo: ¿podemos dar cuenta de los efectos de la vulnerabilidad socioeconómica en la salud de los migrantes limítrofes latinoamericanos que se incorporan al trabajo agrícola? ¿Las condiciones de empleo de los migrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos son un factor determinante para su salud? ¿Cuánto conocemos del proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres que se quedan en los lugares de origen? ¿Sabemos sobre las condiciones de salud de los migrantes que retornan a sus lugares de origen? ¿Cuáles son los efectos en la salud mental de un retorno forzado? ¿Las distintas formas de discriminación que experimentan los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos tienen efectos en su salud? ¿Qué podemos decir acerca de la salud física y mental de

las personas involucradas en los desplazamientos masivos de hondureños o venezolanos en los últimos tiempos?

El actual contexto migratorio en el que existe un volumen de personas que se desplaza al interior de América Latina y el Caribe y fuera de la región — principalmente a Estados Unidos— en busca mayores oportunidades de trabajo y de mejores condiciones de vida, exige de los académicos dos tipos de esfuerzos: por un lado, el desarrollo de estrategias teórico-metodológicas que permitan dar cuenta de las diversas problemáticas que emergen de la dinámica migratoria, en particular de aquellas de las que tenemos escaso conocimiento, y, por otro, se hace necesario pensar en recomendaciones de política pública que contribuyan a mejorar las estrategias para hacer frente a los problemas intrínsecos a la migración internacional, el trabajo y la salud.

Como puede verse, son múltiples y trascendentales las interrogantes que urge responder, sin embargo, en este capítulo nos centraremos en mostrar la importancia de analizar la relación migración-trabajo-salud cuando se observa el proceso migratorio latinoamericano y caribeño en Estados Unidos. También realizaremos algunas sugerencias para abordar la problemática desde la investigación social y dejaremos planteadas algunas recomendaciones de política pública que, esperamos, pudieran convertirse en un insumo para pensar estrategias de integración socioeconómica de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos. El capítulo consta de cuatro apartados: en el primero presentamos una breve discusión en torno a la relación mencionada y la forma como se ha abordado desde la investigación académica estadounidense; en el segundo señalamos algunos aspectos sobresalientes de los inmigrantes latinoamericanos; en el tercero observamos algunos indicadores de las condiciones de empleo de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños y destacamos su importancia para la protección de los trabajadores inmigrantes, y en el cuarto y último presentamos algunas reflexiones finales.

LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE MIGRACIÓN, TRABAJO Y SALUD

Hablar de migración, trabajo y salud impone el desafío de establecer hasta qué punto el desarrollo de enfermedades se asocia a la migración y hasta qué punto son un efecto directo de las condiciones de trabajo o más bien obedecen a los antecedentes de salud de cada individuo. Aunque aislar el efecto de cada uno de

los componentes de dicha relación exige la implementación de metodologías y fuentes de datos que trasciendan los análisis transversales y nos permitan conocer el estado de salud de los migrantes previo a la migración, durante el trayecto, en el lugar de destino y, en su caso, al momento del retorno.

En el caso concreto de la relación entre migración y salud mental, desde las primeras décadas del siglo pasado en Estados Unidos se debatió ampliamente si la condición de migrante estaba relacionada con la salud mental (Caicedo, 2019). Otras investigaciones más recientes han comprobado que cuando la migración ubica al individuo en un alto grado de vulnerabilidad socioeconómica, puede convertirse en un desencadenante de enfermedades mentales (Vega *et al.*, 1987; Vega y Rumbaut, 1991; Carrasquillo *et al.*, 2000; Ku y Waidmann, 2003; Achótegui, 2004; Guarnaccia *et al.*, 2005; DuBard y Gizlice, 2008; Thapa y Hauff, 2005; Alegría *et al.*, 2008). Aunque la migración en sí misma no es la causante de enfermedades en el individuo, impone una serie de cambios —sociales, económicos, culturales etcétera— y desafíos para el individuo que en muchos casos carece de los recursos para hacerles frente, lo cual puede generar tensiones y angustias y producir efectos colaterales en su salud (Salgado de Snyder, 2002).

Distintas investigaciones realizadas en Estados Unidos han encontrado que los inmigrantes latinoamericanos presentan algunas ventajas comparativas en salud en relación con la población nativa blanca no hispana. A esto se le ha llamado “paradoja hispana” (Markides y Coreil, 1986), y en torno a esta tendencia ha habido posiciones a favor y en contra (Palloni y Morenno, 2001; Mendelson *et al.*, 2008). Entre las explicaciones más conocidas en torno a la salud de los inmigrantes se encuentran la “hipótesis del migrante saludable”, en la cual se atribuye su salud a una selección de los migrantes. Es decir, las personas que emigran de un país no se seleccionan aleatoriamente, no constituyen una muestra representativa dentro del conjunto de la población, por lo que generalmente sus características demográficas y socioeconómicas tienden a ser diferentes de las de la población del país de origen (Ichou y Wallace, 2019). Los inmigrantes se seleccionan de acuerdo con ciertas características como la escolaridad, el perfil ocupacional, el sexo y la edad (Feliciano, 2005). Respecto de esta selectividad no hay consenso: por un lado, se habla de una relación negativa entre migración y salud y, por otro, encuentran una relación positiva (Breslau *et al.*, 2011; Kennedy *et al.*, 2015; Constant *et al.*, 2018).

Otra de las explicaciones se plantea a través del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Este marco ha tenido gran acogida en el mundo académico para comprender cómo las circunstancias socioeconómicas de los individuos influyen en la salud. De acuerdo con la OMS:

Los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2020).

Este enfoque nos permite ver cómo mecanismos sociales, económicos y políticos dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas mediante el cual las poblaciones se estratifican de acuerdo con los ingresos, la educación, la ocupación, el género, la raza/etnia y otros factores; estas posiciones socioeconómicas a su vez determinan la salud de los individuos (OMS, 2005: 3).

Como mencionamos, la migración internacional puede ser considerada como un determinante social de la salud en la medida en que constituye una experiencia que afecta directamente la salud y el bienestar de los individuos (Castañeda *et al.*, 2015). Dicha migración en muchos casos es motivada por la escasez de recursos económicos y el desempleo, y en gran medida ubica a numerosos individuos en condiciones de vulnerabilidad, limitando sus posibilidades de acceso a empleos de calidad, educación, vivienda y, sobre todo, dificulta el ejercicio pleno de derechos, en particular entre los inmigrantes que se encuentran en condiciones de irregularidad. Castañeda *et al.* (2015) señalan que el abordar la inmigración como un determinante social de la salud implica reconocer que existe una amplia gama de factores estructurales que afectan la salud.

Abordar la relación entre migración, trabajo y salud nos obliga a reconocer que las condiciones sociales influyen fuertemente tanto en la aparición como en la respuesta al tratamiento de las enfermedades (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009) que afectan a los trabajadores migrantes. En el caso estadounidense, el contexto de recepción para muchas personas procedentes de América Latina y el Caribe es adverso: algunos, además de afrontar la pobreza, se exponen a situaciones de discriminación y

racismo o a experiencias que pueden lacerar su salud en general y la mental en particular (Pavalko *et al.*, 2003; Craig, 2011). En este contexto, el mercado y las políticas migratorias tienen una centralidad mayor, pues se espera que a través del trabajo los individuos puedan integrarse gradualmente a la sociedad receptora y alcanzar el nivel de bienestar deseado. Para ello se requiere que los estados-nación reconozcan y garanticen el ejercicio pleno de derechos de los trabajadores migrantes, porque de lo contrario el trabajo dejará de ser el canal de movilidad social esperado, como lo fue para muchos de aquellos inmigrantes europeos que llegaron a Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX. Su asimilación, dicho sea de paso, un tema de gran preocupación hoy en la sociedad estadounidense, no hubiera sido posible sin la existencia de un mercado de trabajo basado fundamentalmente en la producción industrial que garantizaba estabilidad laboral a los obreros, salarios remuneradores y capacidad de consumo (Caicedo, 2010).

El estudio del mercado de trabajo nos permite comprender cómo operan los sistemas de género, raza y etnia en una sociedad para excluir y hacer vulnerables a determinados colectivos. Santana (2012) argumenta claramente cómo el concepto de trabajo nos deja entender la manera en que se distribuyen la riqueza y el poder en la sociedad y la forma como se integra o se excluye a los individuos. El trabajo es un componente central en la vida de los seres humanos que determina el tipo de educación, la clase de ocupación, el nivel de consumo, el tipo de vivienda y los estilos de vida, entre otros que afectan de manera directa tanto la salud física como mental de los individuos (Flynn *et al.*, 2015). Cuando el empleo y las condiciones laborales son adecuados proveen al individuo solvencia económica, una posición social valorada, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima; además, lo protegen contra los riesgos físicos y psicosociales (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009). Las deficientes condiciones de empleo y de trabajo pueden afectar negativamente la salud física y mental de los individuos. Las malas condiciones de trabajo exponen a los trabajadores a riesgos que en muchas ocasiones pueden ser fatales.[\[1\]](#)

Flynn *et al.* (2015: 132) sostienen que la tasa de lesiones mortales entre los trabajadores latinoamericanos es de 5.9 por 100,000 habitantes, en comparación con 4.0 por 100,000 habitantes en todos los trabajadores de Estados Unidos. Entre los latinos los más afectados son los mexicanos, pues las dos terceras partes de las muertes relacionadas con el trabajo se dieron en

inmigrantes y los mexicanos representaron el 70%. Las políticas migratorias estadounidenses contribuyen a estas altas tasas de mortalidad, pues a través de ellas se promueve el aislamiento social, la vulnerabilidad económica y el miedo de los trabajadores a acercarse a las instituciones que protegen sus derechos. Desde hace varios años se ha visto un cambio en la legislación que incrementa cada vez más la vulnerabilidad social de los inmigrantes indocumentados (Coleman, 2007; Johnson, 2001). Dicho cambio ha traído como resultado la creación de una fuerza laboral más expuesta a los abusos y a la explotación por parte de los empleadores (De Genova, 2002). Según Flynn *et al.* (2015), el estatus de indocumentado crea una red de vulnerabilidad social, la cual ejerce tanto poder sobre los inmigrantes que se puede considerar un determinante social de su salud ocupacional. La desigualdad en la salud ocupacional de los trabajadores indocumentados puede ser entendida como un ejemplo de violencia estructural (Farmer, 2004).

Un reporte del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) y la Sociedad Estadounidense de Ingenieros de Seguridad (ASSE) (2015), en el que se analizan los riesgos que experimentan los trabajadores de la industria de la construcción en Estados Unidos, señala que dinámicas sociales como raza, clase y género; tendencias económicas como el crecimiento de la mano de obra temporal, y los factores organizativos, como el tamaño de la empresa, contribuyen a que algunos trabajadores sean más vulnerables ante las enfermedades o lesiones en el lugar de trabajo. En este estudio se constata que los inmigrantes latinoamericanos, empleados de pequeñas empresas —menos de 20 empleados—, y trabajadores menores de 25 años, son más propensos a sufrir lesiones o accidentes laborales. Además, se destaca que la superposición de factores de riesgo ubica a los individuos en condición de vulnerabilidad.

En torno a las enfermedades mentales y su relación con el trabajo, Lasser y Kahn (2001) (citados por Caicedo, 2019) sostienen que la depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuente en el mundo laboral. Se trata de una enfermedad que ha aumentado progresivamente en los países desarrollados desde 1910 y, paralelamente, ha disminuido la edad de las personas que tienden a deprimirse desde 1940. Estos autores argumentan que la depresión suele ser más frecuente de lo que se podría imaginar y, por lo general, se presenta en niveles severos. Además, implica una carga para los trabajadores, sus familias y para los centros de trabajo. Es probable que dos de cada diez trabajadores sufran depresión en algún momento de su vida y, como

se ha argumentado en repetidas ocasiones, las mujeres son 1.5 veces más propensas que los varones a desarrollarla.

También se ha comprobado que el estrés laboral, la ausencia de control y autonomía en el trabajo, así como el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa generan serias afectaciones en la salud física y mental de los trabajadores (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009). Se ha demostrado que los trabajos autónomos, creativos y complejos, así como aquellos en los que una persona tiene cierto grado de control sobre otras, mejoran la salud mental. Por el contrario, aquellos empleos rutinarios, opresivos y en donde el individuo carece de autonomía, pueden generar frustración y angustia (Lennon y Limonic, 2010).

La Organización Internacional del Trabajo (2000) ha insistido en que los procesos de restructuración económica a nivel global han creado el escenario propicio para que el trabajo se convierta en una de las principales fuentes de preocupación y angustia en la población activa. Este organismo afirma que si bien las enfermedades mentales entre trabajadores obedecen a distintos factores, existe una fuerte vinculación entre la prevalencia de estrés, cansancio y depresión con los cambios vigentes en el mercado de trabajo. En Estados Unidos, por ejemplo, la precarización del empleo ha sido un fenómeno progresivo desde la desaparición masiva del empleo industrial y el crecimiento desproporcionado del sector de servicios de la economía desde mediados de los años setenta. Se ha documentado ampliamente que las transformaciones experimentadas por la economía y el mercado de trabajo han dado lugar a dos hechos trascendentales en el mundo laboral. Por un lado, el deterioro de las condiciones de empleo y el aumento del desempleo, en particular en los trabajadores menos calificados (Wilson, 1991; Soja, 1992; Sassen, 1993; Castells, 1999; Pratap *et al.*, 2021), y por otro, como un efecto de lo anterior, el aumento de vulnerabilidad en muchos trabajadores para quienes el miedo y la angustia ante el riesgo permanente de caer en el desempleo hacen parte de sus preocupaciones cotidianas.

Benach y Muntaner (2010) argumentan que con el aumento de los empleos precarios se hacen más comunes las consecuencias psicosociales en la fuerza laboral como la incertidumbre, la ausencia de perspectivas de futuro y la sensación de impotencia. Santana *et al.* (1997), en un análisis sobre los efectos del empleo informal en la salud mental de las trabajadoras en la ciudad de Salvador, en el noreste de Brasil, encontraron que el trabajo informal, en

comparación con formas de contratación formal, representa un riesgo para su salud mental. Caicedo (2019), en un estudio sobre las condiciones laborales de los inmigrantes mexicanos y su salud mental en Estados Unidos, constató que la falta de un empleo estable y una jornada de trabajo de tiempo completo constituyen riesgos importantes para el desarrollo de enfermedades como la depresión o la ansiedad tanto en población nativa como en inmigrantes mexicanos.

Por su parte, el desempleo se convierte en un determinante de la salud mental de las personas en la medida en que anula o limita su capacidad de previsión, la ocasión de disponer de dinero, su seguridad física, la oportunidad de usar sus habilidades ocupacionales, la posibilidad de establecer y alcanzar metas propuestas, la posibilidad de contacto interpersonal, así como el mantener una posición social valorada, aspectos que si bien son externos al individuo, de acuerdo con Warr (1987) constituyen “vitaminas” esenciales para la salud mental.

Los inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos, en particular los mexicanos, centroamericanos y dominicanos, hacen parte de esta realidad, se ubican entre la población en peores condiciones laborales. Aunque en los últimos tiempos ha aumentado el conocimiento que tenemos sobre este tópico (Bean y Tienda, 1987; Pellegrino, 2001; Villa y Martínez, 2001; Gammage y Schmitt, 2004; England *et al.*, 2004; Caicedo, 2010; Martínez *et al.*, 2014), como hemos indicado, hace falta generar mayor investigación sobre los efectos que dichas condiciones pueden generar en las distintas dimensiones de la vida de estas personas, y en particular en su salud. En el siguiente apartado, con el propósito de ofrecer algunos elementos que nos permitan armar un panorama general de la migración internacional en América Latina y el Caribe y comprender las diferencias en la inserción laboral y las condiciones de empleo entre inmigrantes y nativos, señalamos algunas características muy generales de la migración en algunos países de la región, en particular la que ocurre hacia Estados Unidos.

LA MIGRACIÓN LABORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Mucho se ha escrito acerca del predominante perfil laboral de migración internacional en América Latina y el Caribe. Además de los esfuerzos académicos por describir y analizar las particularidades de este proceso

migratorio (Pellegrino, 2001), organismos internacionales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y, en especial, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, han hecho trabajos destacables por contar y caracterizar los movimientos de población que ocurren dentro y hacia fuera de la región (Villa y Martínez, 2001). Esa caracterización, entre otros aspectos, ha permitido saber que los movimientos de población en la región han dado lugar a patrones que se pueden clasificar de acuerdo con el origen y destino de la migración, con la cronología de los movimientos, con el perfil de los migrantes y con las motivaciones para emigrar (Villa y Martínez, 2001). Además, ha sido posible establecer los factores que han motivado las migraciones intra y extrarregionales, tales como las diferencias salariales; los conflictos políticos y sociales; la violencia; las crisis económicas y los procesos de transformación productiva tanto en países desarrollados como en países de la región; la demanda laboral y, quizás los más importantes, las transformaciones a la ley de migración de Estados Unidos en 1965 y el crecimiento demográfico; la consecuente mayor presión sobre el empleo asalariado, y la incapacidad de los países de hacer posible que las emergentes cohortes de trabajadores encuentren un lugar en el mercado.

La migración al interior de la región se ha generado desde que existen las fronteras entre los países (Pellegrino, 2003). De acuerdo con la autora, los movimientos de población entre las fronteras de los países eran continuos y se intensificaban especialmente cuando existían vínculos culturales entre comunidades fronterizas. Estos movimientos se convirtieron en migración laboral que se dirigía hacia las zonas agrícolas donde había amplia demanda de fuerza de trabajo (Pellegrino 2003). Muestra de ello son los desplazamientos de trabajadores haitianos a República Dominicana y de los guatemaltecos a México.

Martínez y Orrego (2016) constataron la tendencia creciente de los movimientos intrarregionales. Señalan que sin contar la migración limítrofe que ocurre entre México y Estados Unidos, los flujos más destacados en términos numéricos son los que ocurren de Haití hacia República Dominicana; de Nicaragua a Costa Rica, y de Colombia hacia Venezuela.^[2] De acuerdo con estos autores, en los países mencionados el *stock* de inmigrantes limítrofes es superior al 70% de la inmigración total, aunque Venezuela ha ido cambiando su perfil de país de inmigración al de país emisor. También destaca un grupo de países receptores conformado por Ecuador, México y Panamá, cuyos *stocks* de

inmigrantes regionales crecieron de manera importante (entre 78% y 84%) (Martínez y Orrego, 2016: 18).

Al observar con cierto detenimiento los factores que han contribuido al aumento de las emigraciones de latinoamericanos y caribeños y en especial al crecimiento de la migración femenina, en particular hacia Estados Unidos, destacan las transformaciones que ha sufrido el mercado laboral de este país, en donde ha tenido lugar un fuerte proceso de flexibilización de los mercados de trabajo y una gran demanda de personal altamente calificado, pero también de trabajadores con bajos niveles de calificación. Como hemos mencionado, en Estados Unidos, como en otras sociedades de economías avanzadas, el progreso tecnológico, la descentralización productiva, las políticas de reestructuración económica y toda la serie de medidas flexibilizadoras y desregularizadoras del mercado, así como la aparición de nuevas formas de organización laboral, han cambiado la naturaleza y dinámica de las relaciones laborales, conduciendo a un deterioro de la calidad del empleo (Agulló, 2000; Siqueira *et al.*, 2014; Tamers *et al.*, 2020).

La nueva estructura de la demanda laboral en Estados Unidos ha contribuido a la segmentación de la fuerza de trabajo según el origen y el sexo de los trabajadores. Entre los inmigrantes de la región se aprecia claramente dicha segmentación: hay un conjunto de personas que se insertan en ocupaciones altamente calificadas y con buenos salarios, mientras que otros están en la base de la escala ocupacional con precarias condiciones laborales. La división de la fuerza de trabajo inmigrante también se hace evidente cuando se observa la inserción laboral de acuerdo con el sexo. Las mujeres participan en un número reducido de ocupaciones, generalmente relacionadas con actividades del ámbito reproductivo como el servicio doméstico y el cuidado de niños y ancianos, ocupaciones que, por desarrollarse en el terreno de lo privado, son menos reguladas por el Estado. Los hombres inmigrantes, aunque tienen una mayor gama de empleos disponibles, en su gran mayoría se insertan en trabajos de bajos salarios. Esta situación, además de suponer una precaria situación laboral para el conjunto de inmigrantes de la región en Estados Unidos, sugiere una mayor desventaja en el mercado de trabajo para los inmigrantes latinoamericanos respecto de otros grupos de trabajadores. Lo que hace imprescindible indagar sobre el impacto que este tipo de incorporación laboral puede generar en la salud física y mental de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños.

Dado que realizar una presentación exhaustiva de las migraciones internacionales en cada uno de los países de la región rebasa la capacidad y el propósito de este capítulo, que es discutir la relación entre migración, trabajo y salud, mencionaremos brevemente algunos aspectos destacables de la migración extrarregional de algunos países de América Latina y el Caribe y, en particular, de la que se dirige a Estados Unidos, sólo para poner énfasis en el carácter laboral de estas migraciones y subrayar su importancia dentro de nuestra discusión.

El proceso migratorio mexicano hacia Estados Unidos ha sido ampliamente documentado tanto cualitativa como cuantitativamente (Massey *et al.*, 2002; Durand *et al.*, 2001). Data de hace más de un siglo y encarna claramente diversos factores que pueden ir desde la vecindad geográfica, los problemas políticos y sociales, hasta las diferencias salariales y la demanda laboral, entre otros. Se ha dirigido fundamentalmente hacia Estados Unidos y ha existido desde que cambió la frontera entre los dos países. Desde entonces, la emigración hacia ese país ha ido evolucionando paralelamente a los procesos socioeconómicos y políticos que desde finales del siglo XIX se han dado tanto en México como en Estados Unidos. En sus inicios se caracterizó por la mayor presencia de hombres jóvenes, de bajos niveles de escolaridad y procedentes de zonas rurales del occidente mexicano. Con el paso del tiempo se fueron incorporando personas de distintas regiones del país y sectores urbanos, así como también aumentó la participación de mujeres en los flujos migratorios (Caicedo, 2010).

Entre 1970 y 1980, en algunos países de Centroamérica —El Salvador, Guatemala y Nicaragua— se agravaron los problemas políticos, económicos y sociales generando un ciclo de violencia que llevó a muchas familias a abandonar el país para salvaguardar la vida en la misma subregión, ya sea en México, Canadá y Estados Unidos. El flujo migratorio estuvo conformado por personas de distintos perfiles educativos y ocupacionales dentro de los cuales había refugiados, desplazados, indocumentados y profesionales (Celade, 2002). En Honduras, desde finales de 2018 se han dado nuevas modalidades migratorias que involucran a grupos familiares y aglutinan a miles de personas que cruzan las fronteras de Guatemala y México para intentar ingresar a Estados Unidos. Las motivaciones centrales que han dado origen a esta especie de éxodo son la falta de empleo, la violencia y la necesidad de unas condiciones mínimas que permitan la subsistencia del grupo familiar. La gran mayoría de

las personas no logra el objetivo y opta por regresar a su país o realizar los trámites migratorios para residir en México o vivir en la clandestinidad.

Aunque en el Caribe han existido migraciones dentro de la región como las de Haití hacia República Dominicana y la de cubanos a México y Venezuela, esta migración se ha dirigido principalmente hacia Estados Unidos. En el caso cubano, la vecindad geográfica con el sur de Florida históricamente ha permitido los intercambios con Estados Unidos. Después de la Revolución cubana, los emigrantes cubanos han tenido como destino principal Florida, Nueva York, Nueva Jersey y Los Ángeles. Después de 1970, las personas que salieron de Cuba se dirigieron a otros países como Puerto Rico, República Dominicana, Perú, México y España, aunque buena parte de ellos terminaron en Florida. Durante los años ochenta se dio la salida de personas que tenían problemas políticos, sociales y jurídicos, así como de sectores populares urbanos que buscaron posibilidades de empleo y mejores condiciones de vida (Cardoso, 1998; Buajasán y Méndez, 2005).

La migración dominicana, aunque principalmente se ha dirigido a Estados Unidos, también ha registrado desplazamientos hacia países como España, Puerto Rico e Italia (Tejada, 2016). Esta migración ha sido motivada por la interrelación de factores sociales, políticos y económicos, entre ellos la pobreza y las limitadas posibilidades de empleo. En el *stock* de inmigrantes dominicanos predominan las personas con bajos niveles de escolaridad y perfil ocupacional bajo (Caicedo, 2019). Sin embargo, Guarnaccia *et al.* (2005) destacan la existencia de enclaves étnicos dominicanos muy distintos en términos de desarrollo social y económico como los de Miami y Washington Heights.

Jamaica es uno de los países del mundo con mayor tasa de emigración. De acuerdo con Tomblin *et al.* (2016), entre 1970 y 2003 abandonaron el país cerca de 750,000 mil personas. El destino principal de esta emigración ha sido Estados Unidos y buena parte de ellos son personas altamente calificadas, en especial del campo de la salud (médicos y enfermeras). Según los autores, en 2006 se estimó que Jamaica había perdido 50,000 enfermeras durante los diez años anteriores; en 2009 el Banco Mundial estableció que el número de enfermeras jamaquinas formadas en el país y que laboraban en el exterior era tres veces mayor a las que participaban en la región de origen.

La migración haitiana hacia República Dominicana es de vieja data y se ha visto favorecida por la cercanía geográfica. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX el flujo de migrantes hacia este país se intensificó debido,

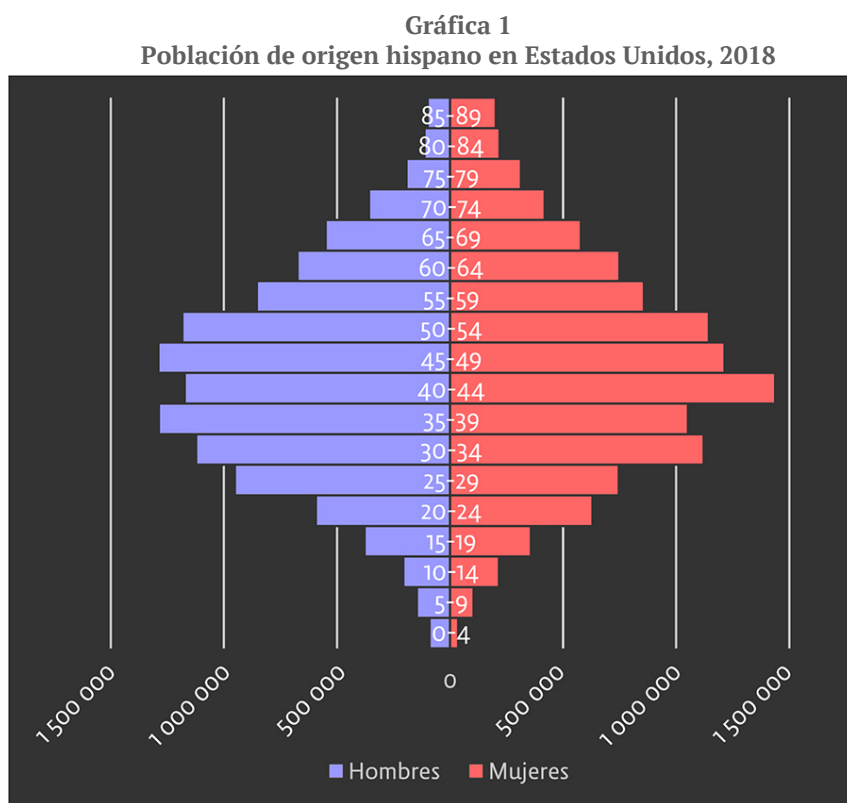
entre otros aspectos, al desarrollo de la industria azucarera que atrajo a los haitianos (Mathieu, 2016; Méroné, 2018). Durante las últimas décadas, las crisis políticas, los desastres naturales y las consiguientes crisis económicas y sanitarias generaron la mayor salida de población hacia República Dominicana (Méroné, 2018), Estados Unidos y otros países de América Latina y el Caribe. Martínez y Orrego (2016) señalan que en la última década uno de los flujos migratorios más acentuados en la región ha sido el de los haitianos. De acuerdo con los datos presentados para 15 países, en el año 2000 se contaron 65,372 haitianos fuera de su país de origen, el equivalente al 15% de los haitianos que vivían en Estados Unidos en el mismo año. En la actualidad este país sigue siendo el principal destino de la migración haitiana extrarregional.

En los países del sur del continente también se han registrado diversos movimientos intrarregionales y extrarregionales. Argentina se ha configurado como un polo de atracción de la migración de esta parte del continente, mientras que Estados Unidos se configura como el principal destino de la migración extrarregional. La inmigración colombiana es la de mayor crecimiento y la más voluminosa. Además, aunque el perfil del *stock* es diverso, en términos de inserción laboral se encuentran en mejor situación que otros grupos de inmigrantes como los mexicanos y los dominicanos (Caicedo, 2019).

En síntesis, se puede señalar que, pese al carácter restrictivo de la política migratoria estadounidense, recrudecido especialmente a partir de 2001, intensificado durante la crisis financiera de 2008 y llevado al extremo durante el gobierno de Donald Trump, la inmigración latinoamericana y caribeña mantiene su tendencia creciente, aunque a tasas anuales menores a las observadas en las décadas de los ochenta y noventa (Caicedo, 2010). El censo de población y vivienda de Estados Unidos permite constatar que en 1970 la cantidad de inmigrantes de la región no alcanzaba los dos millones, mientras que en el año 2000 su monto superó los dieciséis millones. Los datos de la Current Population Survey (CPS) en 2017 registraron 22,667,938 inmigrantes latinoamericanos y caribeños viviendo en Estados Unidos. Parte de este sostenido flujo de migrantes extrarregionales se explica por la globalización de la economía y la transformación productiva que han dado lugar al crecimiento del desempleo y al deterioro de las condiciones laborales, particularmente en los países en desarrollo (Sassen, 2003). En el siguiente apartado presentamos algunas características de la inserción y condiciones de empleo de inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos.

CONDICIONES DE EMPLEO DE LOS INMIGRANTES LATINOAMERICANOS

De acuerdo con datos de la National Health Interview Survey, en 2018 habitaban el territorio estadounidense 322,903,933 personas, de las cuales cerca del 14% nacieron en un lugar distinto a Estados Unidos. El 15.7% de la población total del país es de origen hispano —nativos e inmigrantes— y el 7.0% nació en algún lugar de América Latina o el Caribe. La migración latinoamericana y caribeña históricamente se ha producido principalmente por motivos laborales. La gráfica 1 muestra la estructura por sexo y edad de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños; en ella se puede constatar que la gran mayoría de los inmigrantes se ubican en edades laborales.



Fuente: Cálculos propios, con base en IPUMS, National Health Interview Survey, 2018.

La tasa de participación económica de los inmigrantes hispanos es de 70.3% mientras que la de la población nativa no hispana —blancos y afroestadounidenses— es de 65.4%. Hispanos y nativos tienen tasas de desempleo similares (4.5% y 4.7%, respectivamente), pero hay diferencias al interior del grupo donde los dominicanos tienen la tasa más elevada (10%).

Respecto de la inserción ocupacional, el 52% realiza trabajos relacionados con los servicios personales y el 3.8% en ocupaciones relacionadas con la agricultura, la pesca y la forestación, en donde los inmigrantes mexicanos tienen una importante participación. La población nativa participa menos en estas ocupaciones y, por el contrario, tienden a concentrarse más como profesionales y técnicos. Lógicamente, como se ha mostrado en otras investigaciones (Caicedo, 2010; Caicedo, 2019), existen diferencias profundas entre los nativos en función de la raza y el género, en donde los afroestadounidenses revelan serias desventajas.

La necesidad de hablar del trabajo y la salud, como mencionamos antes, radica en reconocer que el tipo de trabajo y las condiciones en que se realiza se convierten en determinantes fundamentales de la salud. Como lo señalan Flynn *et al.* (2015), la influencia del trabajo en la salud no se limita a los peligros o riesgos de diversa índole que deben enfrentar los trabajadores; el tipo de empleo define el nivel de recursos económicos, el tipo de vivienda, la educación y el tipo de atención con que puede contar para atender su salud y la de su familia. El trabajo constituye un indicador contundente de estratificación social que da cuenta de la forma como se distribuyen la riqueza y el bienestar en una sociedad. A través del trabajo no sólo se obtienen recursos económicos, sino que es un medio a través del cual se establecen relaciones con otras personas y permite al individuo vincularse con la sociedad (Del Carpio *et al.*, 2014).

Ha sido ampliamente documentada la situación de desventaja en que se encuentran los inmigrantes latinoamericanos en el mercado estadounidense (Reimers, 1983; Tienda *et al.*, 1992; Powers y Selzert, 1998; Rosenfeld y Tienda, 1999; England *et al.*, 2004; Gammage y Smith, 2004; Wilson, 2003). La segregación ocupacional, la discriminación salarial y las precarias condiciones de empleo son algunos de los aspectos presentes en la vida laboral de estos inmigrantes. Estas investigaciones han mostrado que los trabajadores de origen hispano se insertan en un número limitado de ocupaciones, generalmente de baja remuneración y que, dadas las condiciones en que se realizan, acarrear grandes riesgos para la salud. De acuerdo con el US Bureau of Labor Statistics (2017), los inmigrantes mexicanos tienen una de las tasas más altas de fatalidades en el trabajo. De 2011-2016 los inmigrantes representaron el 66% de todas las fatalidades en el trabajo. Los trabajadores de ascendencia latinoamericana tienen un 50% más de probabilidad de sufrir un accidente fatal en el trabajo que el resto de los migrantes en Estados Unidos. También se ha

demostrado, a partir de mediciones indirectas (Caicedo, 2010), que los inmigrantes latinoamericanos reciben salarios inferiores a los de los nativos blancos no hispanos debido a las diferencias en los niveles de capital humano, pero también a que el mercado establece diferencias en función de la etnia, la raza, el género y otros que afectan negativamente a los distintos colectivos de trabajadores.

Algunos indicadores de las condiciones de empleo de los inmigrantes dan cuenta de la vulnerabilidad en que muchos realizan su trabajo. Desde la perspectiva del *trabajo decente* impulsada por la OIT, la seguridad social constituye una faceta fundamental que permite la protección social de los trabajadores. Indicadores clave de dicha seguridad social son la cobertura médica a través del empleo y la participación en un plan de pensiones o retiro. En el cuadro 1 se muestra a la población en la fuerza laboral de Estados Unidos según países de origen e indicadores seleccionados de las condiciones de empleo y socioeconómicas en 2020: porcentaje de trabajadores sin cobertura médica pagada a través del empleo; porcentaje de trabajadores que no participa en un plan de pensiones o retiro; media del ingreso por sueldos o salarios durante 2019, y porcentaje de personas que viven por debajo de la línea de pobreza. Se puede constatar que si bien los porcentajes de trabajadores que laboran sin cobertura médica proporcionada por el empleo son altos en todos los casos, entre los cubanos, dominicanos y mexicanos los valores son mucho mayores. Cuando se revisan los porcentajes de trabajadores que pagan un seguro médico privado los valores se incrementan significativamente, lo que significa que laboran con cierto grado de protección; sin embargo, lo que se evidencia, y ameritaría una discusión posterior más amplia, es que el modelo neoliberal, lejos de proporcionar un relativo bienestar a la población, ha trasladado a los individuos la responsabilidad del Estado de ser garante de la protección social en el mercado y ha concedido a las empresas la potestad de decidir a quién y bajo qué condiciones se contrata. Ello explica la escasez de empleos estables, de tiempo completo, remuneradores y con protección social en el país.

La gran mayoría de los trabajadores, incluidos los nativos blancos no hispanos, no está cotizando a un plan de pensiones o retiro, y los porcentajes más altos se encuentran entre los cubanos, los mexicanos y los centroamericanos. Este es un indicador potente que da cuenta de las posibilidades que tendrán los individuos de gozar de una vida digna con

independencia y seguridad económica al finalizar su vida activa. Si a esto se suma que, en el caso de muchos inmigrantes, su capacidad de ahorro es nula debido a que sus ingresos son exigüos y están destinados a cubrir las necesidades básicas de su grupo familiar en el país de residencia o en el de origen, las condiciones de vida y las posibilidades de hacer frente a las necesidades de salud pueden tornarse caóticas. El cuadro 1 muestra que mientras la media del ingreso anual por sueldos o salarios para los nativos blancos no hispanos fue de 65,645 dólares, los grupos de inmigrantes como los centroamericanos —guatemaltecos, salvadoreños, nicaragüenses y hondureños— y los mexicanos, obtuvieron un ingreso medio de 36,308 y 37,197, respectivamente. Además, un porcentaje significativo de los inmigrantes de América Latina y el Caribe viven por debajo de la línea de pobreza en Estados Unidos, en particular los centroamericanos y los mexicanos.

Cuadro 1
Condiciones de empleo de nativos e inmigrantes en Estados Unidos
Indicadores seleccionados, 2020

País de origen	Cobertura médica a través del empleo	Participación en un plan de pensiones	Media del salario anual	Personas debajo del umbral de pobreza
Nativos blancos no hispanos	25.1	63.9	65,645	3.4
Mexicanos	59.3	82.9	37,197	11.8
Centroamericanos	60.2	82.6	36,308	14.7
Cubanos	60.3	87.6	51,798	4.6
Dominicanos	53.8	73.2	43,171	6.3
Haitianos	42.6	66.9	48,007	6.7
Jamaíquinos	29.9	67.1	53,145	5.0
Colombianos	45.5	74.4	51,171	7.5
Ecuatorianos	45.3	82.3	47,454	7.6
Peruanos	39.1	76.2	42,717	3.3

Fuente: Cálculos propios con base en IPUM-CPS-2020.

Ante este panorama es inevitable pensar en cuáles son los recursos con que cuentan los inmigrantes para atender su salud en general y para hacer frente a los padecimientos crónicos específicos como diabetes e hipertensión —con alta incidencia entre los inmigrantes—, u otras enfermedades incapacitantes como la depresión. En el caso de los inmigrantes mexicanos, se ha constatado que los de bajos ingresos, y en especial los indocumentados, son los que tienen mayores dificultades para acceder a servicios de salud privados (Conapo, 2008),

pero también a los servicios públicos, pues debido a su condición migratoria no pueden optar por los programas de beneficencia públicos como el Medicaid o Medicare —especial para personas de 65 y más años, personas menores de 65 años con incapacidades y personas con enfermedad renal— y el Children’s Health Insurance Program. De acuerdo con el Bureau of Labor Statistics del Departamento del Trabajo de Estados Unidos, las mayores tasas de lesiones y enfermedades ocupacionales no mortales se presentaron en la manufactura (15.0% de los trabajadores privados) (Bureau of Labor Statistics, 2020), mientras que según el Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI), los accidentes ocupacionales fatales se presentaron principalmente en la pesca, la agricultura y la forestación (22.8%), el transporte y el movimiento de material (15.0%), la construcción y la extracción (12.2%), la instalación, el mantenimiento y la reparación (8.2%) (cuadro 2). Aunque no contamos con información que nos permita establecer cuántos de los accidentes fatales en cada ocupación corresponden a inmigrantes de América Latina y el Caribe, es importante recalcar que los inmigrantes latinoamericanos, en particular los mexicanos y los centroamericanos, tienen alta participación en estas ocupaciones (Caicedo, 2010).

Cuadro 2
Accidentes ocupacionales fatales en Estados Unidos, 2018

Ocupaciones	Número de lesiones laborales fatales	Tasa de lesiones laborales fatales (por cada 100,000 trabajadores de tiempo completo)
Transporte y movimiento de material	1,443	15.0
Construcción y extracción	1,003	12.2
Servicios	815	3.4
Gerencias, comerciales y operaciones de gestión	425	1.6
Instalación, mantenimiento y reparación	420	8.2
Agricultura, pesca y forestación	262	22.8
Profesionales y relacionadas	261	0.7
Ventas y relacionadas	241	1.7
Producción	225	2.6
Oficina y soporte administrativo	69	0.4

Fuente: Censo de Accidentes Ocupacionales-CFOI, 2018.

En el actual contexto de la pandemia por Covid-19 se ha visto cómo el tipo y las condiciones de empleo determinan las posibilidades de protegerse de la enfermedad y el acceso al tratamiento oportuno una vez adquirida. Un estudio realizado por el Pew Research Center (PRC) (2020), que indagó sobre las preocupaciones de los estadounidenses en torno a la salud por Covid-19, halló que a la mayoría de las personas les intranquiliza contraer la enfermedad y contagiar a otras personas sin saberlo. Pero estas preocupaciones son mucho más acentuadas entre los adultos negros e hispanos que entre los adultos blancos. Además, un tercio de los estadounidenses con ingresos más bajos expresaron estar muy preocupados ante la posibilidad de ser contagiados y demandar hospitalización. Mientras que, entre los adultos de altos ingresos, sólo el 17.0% de ellos están muy preocupados ante la posibilidad de ser contagiados (PRC, 2020: 4). Esta preocupación es razonable pues, como hemos visto, los empleos en los que se insertan no ofrecen una relativa certidumbre a los trabajadores ante la posibilidad de enfermarse y requerir servicios de hospitalización.

Un estudio reciente (Garg *et al.*, 2020), en el que se analizaron las tasas de hospitalización y las características de los pacientes hospitalizados por coronavirus en 99 condados de 14 estados de Estados Unidos, confirma esta tendencia y además muestra que de las 1,482 hospitalizaciones realizadas en el periodo analizado (1-30 marzo) y entre los pacientes de los que se obtuvo información sobre raza y etnia, el 45% eran blancos no hispanos, el 33.0% afroestadounidenses y el 8.1% hispanos, entre otros orígenes. Estas poblaciones representan, respectivamente, el 59.0%, 18.0% y 14.0% de la población residente en los 99 condados. Por lo que los autores concluyen que los afroestadounidenses tienen mayores posibilidades de verse más afectados durante la evolución de la enfermedad.[\[3\]](#)

Datos del Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de Nueva York muestran cómo en esta ciudad la población afroestadounidense es la más golpeada por el virus, pues aportaron el 33.2% de las muertes reportadas (hasta el 16 de abril), mientras que los blancos no hispanos el 31.0% y los latinoamericanos o hispanos el 28.2%. Las cifras son relevantes si se toma en cuenta que la mayor parte de la población de la ciudad está constituida por nativos blancos (43%), y los afroestadounidenses y latinoamericanos sólo representan el 24.3% y el 29%, respectivamente. En el estado de Louisiana, el 59.3% de las muertes registradas por Covid-19 corresponde a

afroestadounidenses. La misma situación ocurre en el estado de California, donde los afroestadounidenses, pese a aportar sólo el 6% de la población del estado, están sobrerrepresentados entre el número de fallecidos.[\[4\]](#)

CONSIDERACIONES FINALES

La búsqueda de empleo es uno de los principales motores de la migración internacional, de tal forma que la migración puede entenderse como una carrera que afecta, directa o indirectamente, el bienestar físico, psicológico y social tanto del trabajador como de su familia. De igual manera la migración pone a los migrantes y a sus familiares en situaciones que impactan su salud física, emocional y social. Aunque tanto la migración como el trabajo están reconocidos como determinantes sociales de la salud, por lo regular la literatura académica y las políticas públicas ignoran la relación entre ambos. Resolver esta situación va a requerir enfrentar el legado histórico tanto de la salud ocupacional como de la salud del migrante.

Por un lado, la salud ocupacional ha evolucionado como una disciplina bastante técnica que utiliza una perspectiva enfocada en los procesos biomédicos (Flynn *et al.*, 2021). De tal manera que, en gran medida, se ha ignorado el entorno social de los trabajadores que contribuye a la distribución de los beneficios y los riesgos del trabajo en la población. El resultado ha sido una disciplina que ha puesto poco empeño en entender la realidad de los trabajadores de grupos sociales marginados, como son muchos inmigrantes, y cómo esta realidad afecta su salud en el trabajo (Flynn, 2018). Entonces, un primer paso para entender la relación entre la migración, el trabajo y la salud es identificar las ventajas y los riesgos laborales a lo largo del curso de vida de los migrantes (Leong *et al.*, 2014). Esto conllevará a realizar más estudios sobre los inmigrantes en el trabajo y visibilizar los aspectos de la migración-estatus migratorio, el proceso de asimilación y las exigencias de la sociedad receptora, entre otros, que impactan en las condiciones de trabajo de los migrantes.

Por otro lado, históricamente el estudio de la salud del migrante se ha enfocado en la prevención de enfermedades infecciosas, por lo cual los inmigrantes son tratados principalmente como vectores de infecciones. Desafortunadamente, rasgos de este paradigma se mantienen vigentes. Por ejemplo, una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (2018) sobre el trabajo y la salud menciona a los migrantes exclusivamente en

las secciones en donde se trata de las enfermedades infecciosas, mientras que las secciones dedicadas a las enfermedades crónicas no mencionan a los migrantes ni una vez, a pesar de que muchos de los trabajos que realizan son pesados y los desarrollan en condiciones críticas. Para avanzar en el estudio de la relación entre la migración, el trabajo y la salud es necesario adoptar un enfoque de la salud y el bienestar de los trabajadores migrantes que se centre en optimizar su salud física, mental y social. Los investigadores y profesionales de la salud ocupacional y del migrante deben abandonar el paradigma anticuado de la “salud de los migrantes” adoptando un enfoque holístico. También se requiere una diversidad de perspectivas que permitan explicar la salud de los migrantes en distintos contextos, ya que la gran mayoría de los estudios sobre la salud de los migrantes, a nivel mundial, está basada en las experiencias de los países del norte (Sweileh *et al.*, 2018).

Más allá de la agenda de la investigación científica, la relación entre la migración, el trabajo y la salud tiene importantes implicaciones para las políticas públicas y laborales. Como mencionamos, el trabajo es uno de los principales mecanismos para mejorar varios otros determinantes sociales de la salud. Ampliar nuestra comprensión de las relaciones entre migración, trabajo y salud facilitaría una mayor integración de las preocupaciones de salud de los migrantes en la agenda política de los gobiernos y organismos internacionales que trabajan el nexo del trabajo, la salud y el desarrollo (Flynn y Wickramage, 2017; Flynn, Eggerth *et al.*, 2021). Algunos de estos ejemplos incluyen la Agenda de Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo, la Agenda del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y el Pacto Global de la Responsabilidad Cooperativa de las Naciones Unidas. De esta manera, el ámbito del trabajo ofrece la oportunidad de capitalizar la infraestructura de salud y desarrollo existente y aprovechar los recursos técnicos, los programas y la investigación para promover la salud de los migrantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Achótegui, Joseba (2004). “Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”. *Norte de la Salud Mental* 5 (21): 39-52.
- Agulló, Esteban (2000). “Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los trabajos y los otros trabajadores”. En *Trabajo, individuo y sociedad*.

- Perspectivas psicosociales sobre el futuro del trabajo*, coordinado por Esteban Agulló y Anastasio Ovejero. Madrid: Pirámide.
- Ahonen, Emily; Kaori Fujishiro; Thomas Cunningham, y Michael Flynn (2018). "Work as an inclusive part of population health inequities research and prevention". *American Journal of Public Health* 108 (3): 306-311.
- Alegría, Margarita; Pinka Chatterji; Kenneth Wells; Zhun Cao; Chi-nan Chen; David Takeuchi; James Jackson; Xiao-Li Meng (2008). "Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States". *Psychiatric Services* 59 (11): 1264-1271.
- Araújo, Beverly (2009). "Discrimination, stress and acculturation among Dominican immigrant women". *Hispanic Journal Behavioral Sciences* 31 (1): 96-111.
- Ariza, Marina, y Maritza Caicedo (2012). *Inventario de encuesta e investigaciones cualitativas sobre la migración mexicana a Estados Unidos*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Bean, Frank, y Marta Tienda (1987). *The Hispanic Population of The United States*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Benach, Joan, y Carles Muntaner (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Berry, John (1997). "Immigration, acculturation, and adaptation". *Applied Psychology: An International Review* 46 (1): 5-68.
- Bhugra, Dinesh; Wojtek Wojcik, y Susham Gupta (2011). "Cultural bereavement, culture shock and culture conflict: Adjustments and reactions". En *Migration and Mental Health*, coordinado por Dinesh Bhugra y Susham Gupta, 139-148. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blewett, Lynn A.; Julia A. Rivera Drew; Miriam L. King, y Kari C. W. Williams (2019). *IPUMS Health Surveys: National Health Interview Survey, Version 6.4* [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS [en línea]. Disponible en: <<https://doi.org/10.18128/D070.V6.4>>.
- Breslau, Joshua; Guilherme Borges; Daniel Tancredi; Naomi Saito; Richard Kravitz; Ladson Hinton; William Vega; Maria Elena Medina-Mora, y Sergio Aguilar-Gaxiola (2011). "Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: A cross-national study". *Arch Gen Psychiatry* 68 (4): 428-433.

- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor (2017). "Static charts, census of fatal occupational injuries, 2016". Washington D. C.: Department of Labor [en línea]. Disponible en: <<https://www.bls.gov/iif/oshcfoi1.htm>>. (Consulta: 20 de febrero de 2020).
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor (2020). *Survey of Occupational Injuries and Illnesses, in Cooperation with Participating State Agencies* [en línea]. Disponible en: <<https://www.bls.gov/news.release/pdf/osh.pdf>>. (Consulta: 1-12-2020).
- Buajasán, José, y José Luis Méndez (2005). *La República de Miami*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Cabieses, Báltica (2014). "La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de salud". *Value in Health Regional Issues* 5: 1-6 [en línea]. Disponible en: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2212109913001519?token=1AF1A56C0216C9DD0CBF32EFCBAF963371338C17E5F7CC8385BEB51D1C76C842C84378236170F99F2F9DB0F5681B2A40>>.
- Caicedo, Maritza (2010). "Integración económica y desigualdad: tres generaciones de mexicanos en Estados Unidos". *Revista Mexicana de Sociología* 2 (72) (abril-junio): 255-282.
- Caicedo, Maritza (2019). *Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Caicedo, Maritza (2020). "Covid-19 y desigualdad social en Estados Unidos". *Este País*, 27 de mayo [en línea]. Disponible en: <https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/covid-19-y-desigualdad-social-en-estados-unidos/>.
- Caicedo, Maritza, y Edwin van Gameren (2016). "Unemployment and mental health among Mexican immigrants and other population groups in the United States". *Migraciones Internacionales* 8 (4): 168-194.
- Carballo, Manuel, y Mourtala Mboup (2005). *International Migration and Health. A Paper Prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*. International Centre for Migration and Health-Global Commission on International Migration [en línea]. Disponible en:

<https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/tp/TP13.pdf>.

Cardoso, Patricio (1998). "Análisis de las principales corrientes migratorias cubanas durante el periodo revolucionario". En *Migración y fronteras*, coordinado por Manuel Ángel Castillo, Alfredo Lattes, y Jorge Santibáñez, 209-239. México: El Colegio de la Frontera Norte.

Carrasquillo, Olve; Al Carrasquillo, y Steven Shea (2000). "Health insurance coverage of immigrants living in the United States: Differences by citizenship status and country of origin". *American Journal of Public Health* 90 (6): 917-923.

Castañeda, Heide; Seth Holmes; Daniela Madrigal; María Elena DeTrinidad-Young; Naomi Beyeler, y James Quesada (2015). "Immigration as a social determinant of health". *Annual Review of Public Health* 36: 375-392.

Castells, Manuel (1999). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. México: Siglo XXI Editores.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) (2002). *Uso de los datos censales para un análisis comparativo de la migración internacional en Centroamérica. Sistema de información estadístico sobre las migraciones en Centroamérica*, Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Celade-OIM-BID.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *National Diabetes Statistics Report, 2020*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services [en línea]. Disponible en:

<<https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>>.

Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI). "Current and revised data" [en línea]. Disponible en: <<https://www.bls.gov/iif/oshcfoi1.htm>>.

Coleman, Mathew (2007). "Immigration geopolitics beyond the Mexico-US border". *Antipode* 39 (1): 54-76.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Informe final*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en:

<https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/>.

Consejo Nacional de Población (Conapo) (2008). “Migración y salud: inmigrantes mexicanos en Estados Unidos” [en línea]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1759/1/images/Migracion_y_Salud_Inmigrantes_Mexicanos_en_Estados_Unidos.pdf>.

Constant, Amelie; Teresa García-Muñoz; Shoshana Neuman, y Tzahi Neuman (2018). “A ‘healthy immigrant effect’ or a ‘sick immigrant effect’? Selection and policies matter”. *The European Journal of Health Economics* 19 (1): 103-121.

Coulange Méroné, Schwarz (2018). “Elementos sociohistóricos para entender la migración haitiana a República Dominicana”. *Papeles de Población* 24 (97): 173-193.

Craig, Tom (2011). “Psychosis, migration and ethnic minority status: A story of inequality, rejection and discrimination”. En *Migration and Mental Health*, coordinado por D. Bhugra y S. Gupta, 107-116. Cambridge: Cambridge University Press.

De Genova, Nicholas (2002). “Migrant ‘illegality’ and deportability in everyday life”. *Ann Rev Anthro* 31: 419-447.

Del Carpio, Perla; José Luis Álvaro, y Alicia Garrido (2014). *Significado del trabajo: aproximaciones teóricas y empíricas en psicología de las organizaciones y del trabajo. Apuestas de investigación*. Cali: Editorial Bonaventuriana [en línea]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Johnny_Orejuela/publication/327152002_Psicologia_de_las_organizaciones_y_del_trabajo_Apuestas_de_investigacion_I/links/5b7cb57c92851c1e122688d6/Psicologia-de-las-organizaciones-y-del-trabajo-Apuestas-de-investigacion-I.pdf#page=133>.

DuBard, Annette, y Ziya Gizlice (2008). “Language spoken and differences in health status, access to care, and receipt of preventive services among US Hispanics”. *American Journal of Public Health* 98 (11): 2021-2028.

Durand, Jorge; Douglas Massey, y René Zenteno (2001). “Mexican immigration to the United States: Continuities and changes”. *Latin American Research Review* 36 (1): 107-127.

- England, Paula; Carmen García-Beaulieu, y Mary Ross (2004). "Women's employment among blacks, whites and three groups of Latinas: Do more privileged women have higher employment?" *Gender and Society* 18 (4): 494-509.
- Farmer, Paul (2004). "An anthropology of structural violence". *Current Anthro* 45 (3): 305-325.
- Feliciano, Cynthia (2005). "Educational selectivity in U.S. immigration: How do immigrants compare to those leftbehind?" *Demography* 42 (1): 131-152.
- Finch, Brian Karl; Reanne Frank, y William Vega (2004). "Acculturation and acculturation stress: A social-epidemiological approach to Mexican migrant farmworkers' health". *The International Migration Review* 38 (1): 236-262.
- Flood, Sarah; Miriam King; Renae Rodgers; Steven Ruggles, y J. Robert Warren (2020). *Integrated Public Use Microdata Series, Current Population Survey, Version 8.0* [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS [en línea]. Disponible en: <<https://doi.org/10.18128/D030.V8.0>>.
- Flynn, M. A.; P. Check; A. L. Steege; J. M. Sívén, y L. N. Syron (2021). "Health equity and a paradigm shift in occupational safety and health. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (1): 349.
- Flynn, Michael (2018). "Im/migration, work, and health: Anthropology and the occupational health of labor im/migrants". *Anthropology of Work Review* 39 (2): 116-123.
- Flynn, Michael; Tania Carreón; Donald Eggerth, y Antoinette Johnson (2014). "Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre migración entre México y los Estados Unidos". *Trabajo Social UNAM* (6): 129-149.
- Flynn, Michael; Donald Eggerth, y Jeffrey Jacobson (2015). "Undocumented status as a social determinant of occupational safety and health: The workers' perspective". *American Journal of Industrial Medicine* 58 (11): 1127-1137.
- Flynn, Michael, y Kolitha Wickramage (2017). "Leveraging the domain of work to improve migrant health". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (10): 1248.
- Flynn, Michael; Pietra Chec; Donald Eggerth, y Josana Tonda (2013). "Improving occupational safety and health among Mexican immigrant workers: A binational collaboration". *Public Health Reports* 128 (6): 33-38

- [en línea]. Disponible en:
 <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00333549131286S306>>.
- Gammage, Sarah, y John Schmitt (2004). “Los inmigrantes mexicanos, salvadoreños y dominicanos en el mercado laboral estadounidense: las brechas de género en los años 1990 y 2000”, Serie Estudios y Perspectivas. México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL.
- Garg, Shika; Lindsay Kim, y Michael Whitaker (2020). “Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019-COVID-NET, 14 States, March 1-30, 2020”. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69 (15): 458-464 [en línea].
 Disponible en:
 <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6915e3-H.pdf>>.
- Guarnaccia, Peter; Igda Martínez, y Henry Acosta (2005). “Mental health in the Hispanic immigrant community: An overview”. *Journal Immigrants & Refugee Studies* 3 (1/2): 21-46.
- Hovey, Joseph, y Cristina Magaña (2000). “Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the midwest United States”. *Journal of Immigrant Health* 2 (3): 119-131.
- Ichou, Mathieu, y Matthew Wallace (2019). “The healthy immigrant effect: The role of educational selectivity in the good health of migrants”. *Demographic Research* 40: 61-94.
- Johnson, Daewn (2001). “The AEDPA and IIRIRA: Treating misdemeanors as felonies for immigration purposes”. *Journal of Legislation* 27: 477-491.
- Kennedy, Steven; James Ted McDonald, y Nicholas Biddle (2015). “The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries”. *Journal of International Migration and Integration* 16 (2): 317-332.
- Kail, Barbara; Luis Zayas, y Robert Malgady (2000). “Depression, acculturation and motivations for alcohol use among young Colombian, Dominican and Puerto Rican men”. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 22 (1): 64-77.
- Krieger, Nancy (2001). “A glossary for social epidemiology. Glossary”. *J Epidemiol Community Health* 55: 693-700 [en línea]. Disponible en:
 <<https://jech.bmj.com/content/jech/55/10/693.full.pdf>>. (Consulta: 12-11-2020).
- Ku, Leighton, y Timothy Waidmann (2003). *How Race/Ethnicity, Immigration Status and Language Affect Health Insurance Coverage, Access to Care and*

- Quality of Care Among the Low-Income Population*. Washington, D. C.: Kaiser Family Foundation.
- Lasser, Jay, y Jeffrey Kahn (2001). “Depresión”. En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, coordinado por Joseph J. Hurrell, Lawrence Murphy, Steven Sauter y Lennart Levi [en línea]. Disponible en: <<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf>>.
- Leite, Paula, y Luis Acevedo (2006). “Migración internacional en México: balance y retos políticos”. En *La situación demográfica de México 2006*, 149-162. México: Conapo [en línea]. Disponible en: <http://portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2006/sdm06_10.pdf> . (Consulta: 06-2015).
- Lennon, Mary, y Clara Limonic (2010). “Work and unemployment as stressors”. En *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories and Systems*, coordinado por Teresa L. Scheid y Tony N. Brown, 213-225. Segunda edición. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leong, Frederick; Donald Eggerth, y Michael Flynn (2014). “A life course perspective on immigrant occupational health and well-being”. En *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice*, 97-113. Nueva York: Wiley-Blackwell.
- Markides, Kyriakos, y Jeannine Coreil (1986). “The health of Hispanics in the Southwestern: an epidemiologic paradox”. *Public Health Reports* 101 (3): 253-265.
- Martínez, Jorge, y Cristián Orrego (2016). “Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe”. Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL y OIM [en línea]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39994/1/S1600176_es.pdf>.
- Martínez, Jorge; Verónica Cano, y Magdalena Sofía (2014). “Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional”. Serie Población y Desarrollo, 1-70. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL [en línea]. Disponible en: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/37218-tendencias-patrones-la-migracion-latinoamericana-caribena-2010-desafios-agenda>>.

- Martínez, J. (2019). “Nuevas tendencias de la migración en América Latina y el Caribe y urgentes problemáticas”. Celade-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile.
- Massey, Douglas; Jorge Durand, y Nolan Malone (2002). *Beyond Smoke and Mirror: Mexican Immigration in an Era of Economic Integration*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Mendelson, Tamar; Laura Kubzansky; Geetanjali Datta, y Stephen Buka (2008). “Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: A case of double jeopardy?”. *Social Science & Medicine* 66 (6): 1284- 1296.
- Mathieu, Mickens (2016). “Las desigualdades en la inserción laboral y las condiciones de trabajo de las inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos”. Tesis doctoral. México: El Colegio de México.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* [en línea]. Disponible en: <<https://www1.nyc.gov/site/doh/about/about-doh.page>>.
- National Institute for Occupational Safety (NIOSH), American Society for Safety Engineers (ASSE) (2015). *Overlapping Vulnerabilities: the Occupational Safety and Health of Young Workers in Small Construction Firms*. NIOSH and ASSE Report. Realizado por Michael Flynn, Thomas Cunningham, Rebeca Guerin, Brenna Keller, Larry Chapman, Denis Hudson y Cathy Salgado. Cincinnati, OH: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* [en línea]. Disponible en: <https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Cerrando la brecha. La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo*. Río de Janeiro, Brasil, Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud [en línea]. Disponible en: <https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Preventing Disease Through a Healthier and Safer Workplace*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en: <https://www.who.int/social_determinants/es/>.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2017a). *Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of the 2nd. Global Consultation* [en línea]. Disponible en: <https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/GC2_SriLanka_Report_2017_FINAL_22.09.2017_Internet.pdf>. (Consulta: 12-11-2020).
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2017b). “¿De qué manera la migración transforma la vida de las personas en Chile?”. *Organización Internacional para las Migraciones-Misión Chile* [en línea]. Disponible en: <<https://chile.iom.int/es/%C2%BFde-qu%C3%A9-manera-la-migraci%C3%B3n-transforma-la-vida-de-las-personas-en-chile>>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2019). “La cifra de migrantes internacionales crece más rápido que la población mundial”. *Noticias ONU*, Organización de las Naciones Unidas [en línea]. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2019/09/1462242>>. (Consulta: 09-11-2020).
- Organización Internacional del Trabajo (2000). *Mental Health in the Workplace* [en línea]. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_007910/index.htm>. (Consultado el 10 de enero de 2010).
- Organización Internacional del Trabajo (s/f). *Decent Work for Migrants and Refugees*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo [en línea]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/labourmigration/publications/WCMS_524995/lang--en/index.htm>.
- Palloni, Alberto, y Jeffrey Morenoff (2001). “Interpreting the paradoxical in the Hispanic paradox demographic and epidemiologic approaches”. *Annals of the New York Academy of Sciences* 954 (1): 140-174.
- Pavalko, Eliza; Krycia Mossakowski, y Vanessa Hamilton (2003). “Does perceived discrimination affect health? Longitudinal relationships

- between work discrimination and women's physical and educational health". *Journal of Health and Social Behavior* 43 (1): 18-33.
- Pellegrino, Adela (2001). *Migrantes latinoamericanos y caribeños*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pellegrino, Adela (2003). "La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes", en Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Celade-División de Población, BID.
- Pellegrino, Adela, y Jorge Martínez (2001). "Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina", Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Celade-FNUEAP-División de Población.
- Pew Research Center (PCR) (2020). *Health Concerns from COVID-19 Much Higher among Hispanics and Blacks than Whites. Public Divided over Who Should Get Ventilators if They Are Scarce* [en línea]. Disponible en: <<https://www.people-press.org/2020/04/14/health-concerns-from-covid-19-much-higher-among-hispanics-and-blacks-than-whites/>>.
- Powers, Mary, y William Seltzer (1998). "Occupational status and mobility among undocumented immigrants by gender". *International Migration Review* 32 (1): 21-55.
- Population Reference Bureau (2020). *World Population Data Sheet* [en línea]. Disponible en: <<https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/07/letter-booklet-2020-world-population.pdf>>.
- Portes, Alejandro, y Rubén Rumbaut (1994). *Immigrant America. A Portrait*. Berkeley: University of California Press.
- Pratap, Preethi; Alison Dickson; Marsha Love; Joe Zandoni; Caitlin Donato; Michael A. Flynn, y Paul A. Schulte (2021). "Public health impacts of underemployment and unemployment in the United States: Exploring perceptions, gaps and opportunities". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (19): 10021.
- Reimers, Cordelia (1983). "Labor market discrimination against Hispanic and black men". *Review of Economics and Statistics* 4 (65): 570-579.
- Rosenfeld, Michael, y Martha Tienda (1999). "Mexican immigration, occupational niches, and labor-market competition: Evidence from Los Angeles, Chicago and Atlanta, 1970-1990". En *Immigration and*

- Opportunity: Race, Ethnicity, and Employment in the United States*, compilado por Frank Bean y Stephanie Bell-Rose, 64-105. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Ruiz, Pedro; Carol Maggi, y Anna Yusim (2011). "The impact of acculturative stress on the mental health of migrants". En *Migration and Mental Health*, coordinado por Dinesh Bhugra y Susham Gupta, 139-148. Cambridge: Cambridge University Press.
- Salgado de Snyder, Nelly (2002). "Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos". En *Temas selectos de salud y derecho*, compilado por Marcia Muñoz de Alba, 89-108. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Santana, Vilma (2012). "Empleo, condiciones de trabajo y salud". *Salud Colectiva* 8 (2): 101-106.
- Santana, Vilma; Dana Loomis; Beth Newman, y Siobán Harlow (1997). "Informal job: another occupational hazard for women's mental health". *International Journal of Epidemiology* 26 (6): 1236-1242.
- Sassen, Saskia (1993). *La movilidad del trabajo y del capital. Un estudio sobre la corriente internacional de la inversión y del trabajo*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.
- Sassen, Saskia (2003). *Contrageografías de la globalización: género y ciudadanía de los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Siqueira, Carlos Eduardo; Megan Gaydos; Celeste Monforton; Craig Slatin; Liz Borkowski; Peter Dooley; Amy Liebman; Erica Rosenberg; Glenn Shor, y Matthew Keifer (2014). "Effects of social, economic, and labor policies on occupational health disparities". *American Journal of Industrial Medicine* 57 (5): 557-572.
- Soja, Edward (1992). "Poles apart: Urban restructuring in New York and Los Angeles". En *Dual City Restructuring New York*, coordinado por John Mollenkopf y Manuel Castells, 361-376. Nueva York: The Russell Sage Foundation.
- Sweileh, Waleed; Kolitha Wickramage; Kevin Pottie; Charles Hui; Bayard Roberts; Ansam Sawalha, y Saed Zyoud (2018). "Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000-2016)". *BMC Public Health* 18 (1): 1-18.

- Tamers, Sara L.; Jessica Streit; Rene Pana-Cryan; Tapas Ray; Laura Syron; Michael A. Flynn, y Dawn Castillo (2020). "Envisioning the future of work to safeguard the safety, health, and well-being of the workforce: A perspective from the CDC's National Institute for Occupational Safety and Health". *American Journal of Industrial Medicine* 63 (12): 1065-1084.
- Tejada, Eddy (2016). "La migración dominicana: cifras y tendencias". En *Estado de las migraciones que atañen a la República Dominicana*, coordinado por Alison Petrozziello. Santo Domingo: OBMICA, Editora Búho [en línea]. Disponible en: <<http://obmica.org/images/Publicaciones/Informes/Estado-migracion-2015-cap-2.pdf>>.
- Thapa, Suraj, y Edvard Hauff (2005). "Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low-and middle-income countries". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (1): 78-84.
- Tienda, Marta; Katharien Donato, y Héctor Cordero-Guzmán (1992). "Schooling, color and the labor force activity of women". *Social Forces* 71 (2): 365-395.
- Tomblin, Murphy; Adrian MacKenzie; Benjamin Waysome; Annette Elliott; Janet Rigby; Joan Guy-Walker; Rowena Palmer; Ronald Labonté, e Ivy Lynn Bourgeault (2016). "A mixed-methods study of health worker migration from Jamaica". *Human Resources for Health* 14, 36 [en línea]. Disponible en: <<https://doi.org/10.1186/s12960-016-0125-8>>.
- United Nations (2016). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. A/Resolution /70/1.
- United Nations Global (2014). *Compact. Guide to Corporate Sustainability*. Nueva York: United Nations [en línea]. Disponible en: <https://www.unglobalcompact.org/docs/publications/UN_Global_Compact_Guide_to_Corporate_Sustainability.pdf>. (Consulta: 24- 6-2017).
- Vega, William; Bohdan Kolody, y Juan Ramon Valle (1987). "Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women". *International Migration Review* 21 (3): 512-530.
- Vega, William, y Ruben Rumbaut (1991). "Ethnic minorities and mental health". *Annual Review of Sociology* 17: 351-383.

- Vega, Jeanette; Orielle Solar, y Alec Irwin (2017). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud.
- Villa, Miguel, y Jorge Martínez (2001). “Tendencias y patrones migratorios en las Américas”. En *La migración internacional y el desarrollo en las Américas*, Serie Seminarios y Conferencias. San José, Costa Rica: CEPAL, Celade, OIM, BID, FNUAP.
- Warr, Peter (1987). “Psychological aspects of employment and unemployment”. *Psychological Medicine* 12 (1): 7-11.
- Wickramage, Kolitha; Jo Vearey; Anthony Zwi; Courtland Robinson, y Michael Knipper (2018). “Migration and health: A global public health research priority”. *BM Public Health* 18: 978.
- Wilson, William (1991). “The truly disadvantaged revisited: A response to hochschild and boxil”. *Ethics* 101 (3): 593-609.
- Wilson, Franklin (2003). “Ethnic niching and metropolitan labor markets.” *Social Science Research* (32): 429-466.

[Notas]

- [1] Para más información sobre la diferencia entre condiciones de empleo y condiciones de trabajo, véase Benach y Muntaner (2010).
- [2] Cabe mencionar que en la década de 2010 ha habido una intensificación del flujo de venezolanos hacia países de la región como Colombia, Perú y Chile (Martínez, 2019).
- [3] Parte de esta discusión fue desarrollada en Caicedo (2020).
- [4] Las cifras presentadas son del 14 y 16 de abril de 2020.

Capítulo 2

El estatus ocupacional y el acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas, dominicanas y nativas en Estados Unidos

Mickens Mathieu

Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Estatal de Haití (UEH)

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo documenta y analiza el estado y algunos determinantes del acceso a seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos en comparación con las nativas blancas no hispanas y las afroestadounidenses. En el fondo, los análisis buscan averiguar cómo varían los efectos cruzados del estatus ocupacional (empleado, desempleado, inactivo) con una selección de variables sociodemográficas, familiares y residenciales en el acceso a los seguros médicos privados en Estados Unidos. De esta forma, el presente trabajo permite acercarse a la heterogeneidad de las necesidades de salud que se encuentran fuertemente vinculadas con la diversidad de las características personales, familiares, económicas y residenciales de los contingentes de mujeres inmigrantes en su proceso de integración en la sociedad estadounidense. De la misma forma, los resultados proporcionan evidencias empíricas sobre los rasgos de las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas más desprotegidas en materia de salud.

Es relevante subrayar que más allá de la inquietud y la curiosidad científica del autor, la elección de las mujeres está influenciada por su mayor presencia en los flujos y los *stocks* de residentes inmigrantes haitianos y dominicanos en Estados Unidos. A pesar de los intereses emergentes de ciertos investigadores de la región latinoamericana y caribeña (Caicedo, 2010, 2020; Mathieu, 2016), la población inmigrante haitiana y dominicana en Estados Unidos sigue siendo poco estudiada por investigadores de la región. En general, estos últimos dan la primacía a los inmigrantes caracterizados por el alto volumen de los *stocks* y la

visibilidad territorial en la sociedad estadounidense. Además, las mujeres inmigrantes latinoamericanas y caribeñas en su conjunto son socioeconómicamente más vulnerables en comparación con las nativas. Esta realidad se vincula no solamente con sus condiciones, sino también con las penalidades étnicas, la discriminación, la exclusión y la polarización del mercado de trabajo.

El capítulo contiene cuatro apartados, además de la introducción y la bibliografía. El primero es una síntesis de los antecedentes más significativos acerca del estado, las causas y las consecuencias de los problemas de acceso a cobertura de seguro médico privado en las mujeres inmigrantes haitianas, dominicanas, nativas blancas no hispanas y afroestadounidenses en Estados Unidos. El segundo contiene los perfiles sociodemográficos, residenciales, familiares y ocupacionales de la población objeto de estudio. El tercer apartado presenta los efectos marginales (probabilidades) acerca de los factores asociados al acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes y nativas del estudio. Estos resultados muestran cómo se entrelazan el estatus ocupacional (empleadas, desempleadas, inactivas) con algunas variables de índole individual, familiar y ocupacional en la posibilidad de las mujeres del estudio a acceder a los servicios de salud privada en Estados Unidos. En el cuarto apartado se presentan conclusiones del capítulo.

ANTECEDENTES

Los seguros médicos privados son la forma más importante de acceder al seguro de salud en Estados Unidos. Según los datos de United Census Bureau, en el año 2015 los seguros privados (any private plan) han cubierto y protegido alrededor de 67.2% del total de la población asegurada en los Estados Unidos. En esta categoría se encuentran los seguros provistos por los empleadores (55.7%), los sindicatos, los adquiridos directamente de una compañía de seguros y los seguros médicos proporcionados a los militares (Barnett y Vornovitsky, 2016). De acuerdo con las estadísticas publicadas por el National Center for Health Statistics (NCHS) en el año 2015, los seguros privados protegieron a 65.6% de las mujeres nativas e inmigrantes de 18 a 64 años. Los servicios de seguros médicos privados pueden brindar un paquete de servicios de atención médica de acuerdo con el plan de salud con primas bajas o grandes coberturas de seguro de salud comprado por un individuo según sus

posibilidades económicas y el grado de atención médica que requiere su estado de salud. Los planes más comunes que ofrecen los aseguradores pueden comprender los servicios de consultas médicas, prevención, diagnóstico, tratamientos hospitalarios, ambulancia, maternidad, cirugía, examen de la vista y examen dental.

Hay que decir que los seguros médicos privados ofrecen la posibilidad de acceder a servicios de atención médica de mejor calidad, en comparación con los cubiertos por los programas públicos generalmente orientados hacia colectivos de residentes de escasos recursos. Esta observación se basa en la mejor posibilidad de monitorear de forma continua el estado de salud y conseguir los tratamientos oportunos en caso de enfermedades y padecimientos. Proporcionan de igual forma la mejor estabilidad de las relaciones paciente-médico, el acceso a profesionales de la salud de mejor capacitación y la mayor posibilidad de recibir atención personalizada y especializada (Conapo *et al.*, 2013).

Las primas de seguro de salud privado son en general muy costosas y por esta razón los empleadores no las ofrecen a los empleados de muy baja remuneración. Se les niega este derecho porque consideran que su nivel de salario no les permite contribuir al pago de la prima de seguridad básica disponible en las instituciones que ofrecen el servicio. A veces se ofrecen esquemas de cobertura con opciones muy reducidas en servicios y en posibilidad de asegurar a su pareja o a su progenie. Además de lo oneroso del servicio, la exclusión de manera persistente de un porcentaje comparativamente elevado de personas de los seguros médicos privados y por ende del sistema de salud, se explica igualmente por la no obligatoriedad y la no universalización del aseguramiento a la salud en Estados Unidos. Esta realidad se encuentra también en línea directa con la desestatización del estado de bienestar en la sociedad estadounidense, marcada con la reducción de la participación estatal en la provisión de servicio de salud. A estos elementos hay que añadir el peso desmedido del sector privado, del acceso al mercado de trabajo, del nivel de ingreso, del poder de negociación privada entre las empresas y la fuerza laboral en la posibilidad de acceso a los servicios de salud. En el caso de la población inmigrante, hay que añadir el estatus de residencia (regular, irregular, ciudadano, no ciudadano) que favorece de una forma u otra las desigualdades en las posibilidades de acceso a seguros médicos privados en el contexto estadounidense. De esta forma, el acceso a la salud como derecho

humano básico no se adquiere sin una contribución financiera generalmente consecuente de parte de las personas que buscan asegurarse. Así, las trabajadoras que enfrentan déficit en recursos económicos, que carecen de acceso al mercado de trabajo (las desempleadas y las inactivas), las que son posicionadas en los eslabones más bajos de la estructura ocupacional, las de muy baja calificación, con baja capacidad de negociación, los colectivos inmigrantes irregulares, son los que registran mayores índices de exclusión en el acceso al sistema de seguridad médica privada y son las que acceden a servicios de salud de más baja calidad en Estados Unidos (Ku y Waidmann, 2003; Giorguli y Gaspar, 2008; Caicedo, 2010; Rice *et al.*, 2014).

En línea directa con estas observaciones, los resultados de la investigación de Conapo *et al.* (2010) muestran que en el año 2009 las mujeres inmigrantes de 18 a 64 años de origen mexicano (32.4%) y de otras nacionalidades (60.6%), se encuentran en situación de desventaja en comparación con las nativas blancas no hispanas (71.9%) en cuanto a la posibilidad de acceder a seguro médico privado en Estados Unidos. De acuerdo con esta misma publicación, las mujeres inmigrantes mexicanas más provistas en seguro médico privado son las caracterizadas por su mayor nivel de ingreso, escolaridad, naturalización y participación en las ocupaciones de tiempo completo.

Siguiendo esta misma idea, los datos publicados por el NCHS revelan que para el año 2015, los seguros privados aseguraron una proporción más importante de mujeres blancas menores de 65 años (68.2%) que de mujeres negras o afroestadounidenses (50.6%). De acuerdo con esta misma fuente, sólo 30.6% de las mujeres (nativas e inmigrantes) ubicadas abajo de la línea de pobreza están aseguradas por las empresas en las que laboran contra 73.4% y 91.5% de las mujeres posicionadas respectivamente en los niveles 200-399% y 400%^[1] y más encima de la línea de pobreza establecidas por las autoridades estadounidenses. Es conveniente mencionar que, para las poblaciones inmigrantes y nativas, el estatus matrimonial representa otro predictor central del acceso a las coberturas de salud ofrecidas por los empleadores. Así, la misma fuente anteriormente señalada revela que en el año 2015, las mujeres casadas (nativas e inmigrantes) menores de 65 años (78.0%) son más propensas a acceder a los seguros patrocinados por los empleadores que las mujeres nunca unidas (60.4%) y las mujeres divorciadas, separadas o viudas (58.1%).

Ante la carencia en el acceso a la protección médica privada, las mujeres no aseguradas afrontan alta dificultad para manejar los riesgos y las

incertidumbres vinculados con sus situaciones de salud. En esta condición, los costos acumulados a causa de la prevención, el diagnóstico, los medicamentos, el tratamiento, la rehabilitación en cualquier problema de salud (incluso la rehabilitación de un accidente) son generalmente muy elevados. De esta forma, el bajo acceso a la protección médica pone a las mujeres inmigrantes en un círculo vicioso (o callejón sin salida) de vulnerabilidad que compromete su estado de salud física, emocional y el devenir socioprofesional a causa de la retroalimentación de una serie de aspectos como la baja inserción en el mercado de trabajo, la baja productividad, la baja de la percepción salarial (y otras prestaciones laborales) y la baja de la calidad de vida.

Esta situación describe la paradoja de que las personas necesitadas, las más expuestas a los accidentes laborales, a veces dramáticos, son las que registran los índices de desprotección más elevados en Estados Unidos. Esta realidad corrobora una vez más las desventajas socioeconómicas que enfrentan ciertos grupos de trabajadores en su proceso de integración en la sociedad estadounidense. Supone también que volúmenes importantes de personas excluidas del sistema de salud padecen accidentes, enfermedades crónicas de larga data o de graves complicaciones, sin darse cuenta o sin tener la posibilidad de detectarlas tempranamente y ser debidamente atendidas por profesionales médicos competentes. Hay que decir también que, a causa de las barreras anteriormente citadas, estos grupos vulnerables presentan bajo aliento para usar las atenciones preventivas, el seguimiento oportuno necesario al diagnóstico y al tratamiento. En general, prefieren postergar las visitas médicas hasta el punto límite que les permite resistir ante la enfermedad y el padecimiento. Otros prefieren automedicarse, utilizar medicinas tradicionales o viajar hacia sus países de origen en donde los servicios de salud son más asequibles (Baker, Shapiro y Schur, 2000; McWilliams, 2009; Conapo, 2013).

Estas condiciones hacen que las personas desprotegidas se encuentren con mayor frecuencia en las salas de urgencias de los hospitales de los Estados Unidos. De igual forma, el hecho de no poder acudir con frecuencia a los servicios de salud tiene fuertes consecuencias no solamente sobre el empeoramiento del estado de salud y las posibilidades de curación, sino también sobre la situación económica de la familia, el endeudamiento por razón médica, la posibilidad de costear otros servicios y bienes fundamentales para el funcionamiento del hogar, tales como la alimentación, el agua, el transporte y la educación (Conapo *et al.*, 2013).

Hay que notar que las deudas contratadas a causa de problemas de salud figuran entre los factores más importantes en la base de las bancarrotas económicas de las personas en Estados Unidos. Esta observación se entiende por el hecho de que las personas que contraen estas deudas son en general las desprovistas de algún tipo de seguro médico y que se ven obligadas de acudir a las urgencias hospitalarias privadas o públicas para resolver un problema de salud. En general, por el hecho de no poder pagar a tiempo estas facturas, se declara a estas personas como insolventes, sus puntos de créditos son fuertemente reducidos y por esta razón deberían enfrentar graves obstáculos para alquilar una vivienda, encontrar un empleo, conseguir una tarjeta de crédito y tener acceso a otro tipo de crédito (Iriart, 2016).

Otros aspectos de la paradoja del sistema de salud de los Estados Unidos se relacionan con los grupos de personas con mayores tasas de desprotección médica, que figuran entre los más expuestos a los accidentes, las lesiones y las enfermedades contraídas en el espacio laboral a causa de su exposición durante largas jornadas de trabajo a los agentes químicos tóxicos, biológicos (bacteriológicos, virológicos), estresantes y a la suciedad. Del mismo modo, son sobrerrepresentadas en las ocupaciones agotadoras (burnout) exigentes en esfuerzos físicos y que demandan el uso de maquinaria peligrosa. Se puede pensar en las ocupaciones vinculadas con la atención a las personas enfermas, la cocina y la preparación de alimentos, la limpieza de edificios, la costura, el embalaje manual, el procesamiento de carne y los servicios domésticos (Flynn, Eggerth y Jacobson, 2015).

En línea directa con los precedentes análisis, los estudios empíricos conducidos por especialistas muestran que los grupos vulnerables desde el punto de vista sanitario presentan perfiles diferentes con respecto a los no vulnerables, en lo que concierne al patrón de los perfiles epidemiológicos. En efecto, estos grupos son más afectados por el sobrepeso, la diabetes y otros padecimientos que requieren tratamientos de forma prolongada. Esta observación se entiende a partir del hecho de que los factores asociados a dichas enfermedades y morbilidades se encuentran en mayor proporción en dichas poblaciones (Secretaría de Salud del Gobierno de México *et al.*, 2007).

No se puede terminar esta sección sin recordar que las mujeres inmigrantes gozan en promedio de buenos estilos de vida, buenas condiciones de salud en los primeros momentos de ingreso en la sociedad estadounidense. La selectividad por razón de salud, los comportamientos menos riesgosos, el nivel

de escolaridad de las personas involucradas en los proyectos migratorios, son los factores generalmente llamados para explicar dichas observaciones. Sin embargo, las personas inmigrantes tienden a perder estas ventajas con el paso del tiempo a causa de las barreras socioeconómicas que enfrentan en su proceso de integración, junto con las dificultades para acceder a los servicios de salud, con los hábitos de alimentación no saludables, con la mayor intensidad laboral en el país receptor (Stephen *et al.*, 1994; Conapo *et al.*, 2013; Hamilton, 2015).

Además de estos antecedentes, la presentación de los perfiles de las poblaciones de mujeres inmigrantes y nativas del presente estudio brinda otras fuentes de información muy valiosas que permiten acercarse al problema abordado en la presente investigación.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y FUENTES DE DATOS

La estrategia metodológica del capítulo se basa en el análisis cuantitativo. Se utilizan datos estadísticos de 2017 de la American Community Survey, adquiridos en el sitio Web Ipums USA. La American Community Survey es una encuesta anual diseñada e implementada por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (The U.S. Census Bureau) con el fin de recopilar datos representativos a nivel nacional y subnacional (ciudad, condados) sobre una muestra relativamente grande de 65,000 o más personas, y que cubre una serie de temas sociodemográficos, familiares, económicos, laborales, sanitarios fundamentales para la sociedad estadounidense. Desde el año 2008, la encuesta ACS incluye en su cuestionario preguntas sobre el acceso a seguros médicos de cada persona que reside en las unidades de vivienda encuestadas, a partir de las cuales los investigadores pueden conducir análisis comparativos y detallados acerca de las personas nativas e inmigrantes que residen en Estados Unidos (Davern, Quinn, Kenney y Blewett, 2009; Plewes, 2010).

El núcleo de los análisis del presente estudio es construido a partir de las predicciones de los efectos marginales en los valores medios (marginal effects at the means, MEM),[2] después de haber ajustado modelos de regresión logística binaria (logit, Razón de momios) acerca de los determinantes asociados al acceso a seguro médico privado por cada uno de los colectivos de mujeres haitianas, dominicanas, blancas no hispanas y afroestadounisenses de 16 y más años.

Dieciséis años es la edad de inicio permitida de la población económica y potencialmente activa en los Estados Unidos. La elección de esta edad es el resultado de las decisiones político-legales de los dirigentes estadounidenses acerca de los rangos de edad potencialmente más presentes sobre el mercado de trabajo. Esta misma lógica es aplicada para la elección de la edad límite superior de la población en edad económicamente activa. Al mismo tiempo, permite excluir los rangos de edad que experimentan la propensión más baja de encontrarse sobre el mercado de trabajo. Hay que mencionar que las decisiones acerca de las edades límite son tomadas en cuenta al momento de coleccionar datos censales y de encuesta sobre la inserción de los activos nacionales sobre el mercado de trabajo (OIT, 2010).

Los efectos marginales estiman la tasa de variación de la probabilidad de contar con cobertura de seguro de salud privado a medida que cambia el predictor utilizado en el modelo de regresión logística binaria, manteniendo las demás variables constantes. Para estimar los efectos marginales en los valores medios se establecen los valores de todas las covariables del modelo en sus promedios, en la muestra utilizada para estimar el modelo (Gujarati y Porter, 2010). La variable dependiente de los modelos ajustados determina el acceso a cobertura de seguro de salud privado (private health insurance coverage) que contiene dos categorías: 0) no, sin cobertura de seguro médico privado; 1) sí, con seguro de salud privado. La variable independiente principal es el estatus ocupacional que contiene tres categorías: empleada, desempleada e inactiva. Las variables independientes de control son el rango de edad, el nivel de escolaridad, el estatus matrimonial, la posición en la estructura de parentesco del hogar, la presencia de niños menores de cinco años, el estado de residencia y el préstamo hipotecario (mortgage).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS

La suposición central detrás de la selección de las variables explicativas del estudio se vincula con la realidad, de acuerdo con la cual el factor que tiene la incidencia más elevada sobre la inserción laboral y las prestaciones salariales es el que asegura un mejor acceso a los seguros médicos privados por las mujeres inmigrantes y nativas del estudio. Esta suposición se basa en el peso imprescindible del acceso al mercado de trabajo en la posibilidad de ser cubiertas por la seguridad médica privada en Estados Unidos.

Cuadro 1
Operacionalización de las variables explicativas

Variables explicativas	Descripción
Estatus ocupacional	0. Empleada, 1. Desempleada, 3. Inactiva
Rango de edad	0. 16-24, 1. 25-34, 3. 35-44, 4. 45-54, 5. 55-64, 6. 65 y más
Nivel de escolaridad	0. Menos de High School, 2. Diploma High School, 3. Más de High School
Manejo del inglés	0. Maneja poco o nada de inglés, 2. Habla sólo inglés o muy bien, 3. Habla bien el inglés
Estatus de residencia	0. No ciudadano, 1. Ciudadano
Duración de estancia en Estados Unidos	0. 0-10 años, 1. 11-20 años, 3. 21 y más años
Estatus matrimonial	0. Nunca unida, 1. Previamente unida, 3. Unida
Posición en el hogar	0. Jefa de hogar, 1. Esposa, 2. Hija, 3. Otras
Presencia de niños menores de cinco años	0. Ausencia, 1. Presencia
Tipo de ocupación	0. Ejecutivas profesionales, 1. técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas, 2. Ocupaciones en servicios, 3. Obreras de la industria de construcción, mantenimiento etc., 4. Agricultura, pesca y forestación
Préstamo hipotecario	0. No, 1. Si, 2. N/A
Estado de residencia	0. Massachusetts, 1. Nueva Jersey, 2. Nueva York, 3. Florida, 4. Otros

Fuente: Elaboración del autor.

PERFILES DE LAS MUJERES INMIGRANTES HAITIANAS, DOMINICANAS, NATIVAS BLANCAS NO HISPANAS Y AFROESTADOUNIDENSES EN ESTADOS UNIDOS

El monto y la distribución geográfica

En el año 2017, la American Community Survey (ACS) estima un volumen total de 719,944 inmigrantes haitianos en Estados Unidos, de los que 379,706, o sea 52.7%, son mujeres. El contingente dominicano por su parte es más numeroso que el haitiano. Cuenta un *stock* de 1,221,235 personas, de las que 667,560, es decir 54.7%, son mujeres. De acuerdo con la misma fuente, en 2017 la gran mayoría de las mujeres haitianas (51.2%) se concentra en el estado de Florida. Otros colectivos significativos de mujeres haitianas se encuentran también, por orden de importancia, en los estados de Nueva York (18.9%), Massachusetts (8.6%) y Nueva Jersey (7.5%). Las mujeres inmigrantes dominicanas, por su parte, residen en mayor proporción en el estado de Nueva York (47.0%) y se localizan también de forma notoria en los estados de Nueva Jersey (15.2%), Florida (11.6%) y Massachusetts (7.6%).

La edad

La información más prominente que revela el análisis de las edades reside en el hecho de que la proporción de las mujeres en edad potencialmente activa de 16 a 64 años se encuentra más elevada en la población dominicana (78.8%) y la haitiana (76.0%) que en la blanca no hispana (62.3%) y la afroestadounidense (64.8%). Estos datos tienen coherencia directa con la selectividad laboral que caracteriza el proceso migratorio de las haitianas y dominicanas hacia los Estados Unidos. En general, se trata de personas que se desplazan hacia el país receptor con saberes y experiencias acumuladas en su país de origen, y que buscan valorizarlos con el fin de concretar objetivos personales y familiares sobre el mercado de trabajo. De esta forma, el perfil etario de estas mujeres es un indicador favorable a su inserción en el mercado de trabajo y a su posibilidad de acceder a seguros médicos ofrecidos por las empresas en las cuales trabajan. Es conveniente notar que, desde un punto de vista global, la edad mediana de las mujeres haitianas (48.0 años) y dominicanas (45.0 años), se acerca mucho a la de las mujeres blancas no hispanas (48.0 años). Esta observación se explica por dos factores. El primero se vincula con el hecho de que las mujeres inmigrantes siguen el patrón de fecundidad de las mujeres estadounidenses. El segundo es la menor posibilidad que encuentran las mujeres inmigrantes de desplazarse con sus progenituras hacia los Estados Unidos.

Cuadro 2
Perfiles de las mujeres inmigrantes haitianas, dominicanas, afroestadounidenses y blancas no hispanas en Estados Unidos en 2017

Características	Haitiana	Dominicana	Blanca no hispana	Afro estadounidense	Total
Población de 0 a 100 años					
Estados de residencia (%)					
Massachusetts	8.6	7.6	2.4	0.9	2.2
Nueva Jersey	7.5	15.2	2.4	2.7	2.6
Nueva York	18.9	47.0	5.3	6.0	5.7
Florida	51.2	11.6	5.6	7.0	6.0
Otros	13.8	18.7	84.3	83.4	83.5
Total	100	100	100	100	100
(N)	379,706	667,560	95,026,956	19,305,653	115,379,875
Rangos de edad (%)					
Menos de 16 años	6.2	7.1	16.5	22.4	17.4
16 a 64 años	76.0	78.8	62.3	64.8	62.9
Más de 64 años	17.7	14.0	21.2	12.8	19.7
Total	100.0	100	100	100	100
(N)	379,706.0	667,560	95,026,956	19,305,653	115,379,875

(Continuación)

Características	Haitiana	Dominicana	Blanca no hispana	Afro estadounidense	Total
<i>Población de 16 a 100 años)</i>					
Nivel de escolaridad (%)					
Menos de High School	19.3	29.0	7.9	13.3	8.9
Diploma High School	37.9	35.2	34.5	37.1	34.9
Más de High School	42.8	35.8	57.6	49.6	56.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	355,989.0	620,136.0	79,379,477.0	14,988,224.0	95,343,826.0
Manejo del inglés (%)					
Maneja poco o nada de inglés	23.8	46.8	-	-	-
Habla sólo inglés o muy bien	50.1	32.4	-	-	-
Habla bien el inglés	26.1	20.8	-	-	-
Total	100	100	-	-	-
(N)	355,989	620,136	79,379,477	14,988,224	95,343,826
Estatus de residencia					
No ciudadano	37.0	41.7	-	-	-
Ciudadano	63.0	58.3	-	-	-
Total	100	100	-	-	-
(N)	355,989	620,136			
Duración de estancia en Estados Unidos (%)					
0-10 años	28.0	31.1	-	-	-
11-20 años	25.5	22.5	-	-	-
21 y más años	46.5	46.3	-	-	-
Total	100	100	-	-	-
(N)	355,989	620,136	-	-	-
Estatus matrimonial (%)					
Nunca unida	32.7	28.1	24.2	49.7	28.2
Previamente unida	25.4	30.4	24.8	26.0	25.0
Unida	41.9	41.5	51.0	24.4	46.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	355,989.0	620,136.0	79,379,477.0	14,988,224.0	95,343,826.0

(Continuación)

Características	Haitiana	Dominicana	Blanca no hispana	Afro estadounidense	Total
Posición en el hogar (%)					
Jefa de hogar	40.3	47.5	47.2	53.2	48.1
Esposa	19.0	19.2	28.4	11.5	25.6
hija	11.2	11.7	11.1	18.3	12.2
Otras	29.5	21.7	13.4	17.1	14.1
Total	100	100	100	100	100
(N)	355,989.0	620,136.0	79,379,477.0	14,988,224.0	95,343,826.0
Presencia de niños menores de cinco años (%)					
Ausencia	88.1	86.7	91.4	90.0	91.2
Presencia	11.9	13.3	8.6	10.0	8.8
Total	100	100	100	100	100
(N)	355,989.0	620,136.0	79,379,477.0	14,988,224.0	95,343,826.0
Estatus ocupacional (%)					
Tasa de actividad	65.5	62.1	57.3	61.6	58.1
Tasa de desempleo	7.0	7.4	3.9	9.0	4.8
(N)	355,989.0	620,136.0	79,379,477.0	14,988,224.0	95,343,826.0
Tipo de ocupación (%)					
Ejecutivas profesionales	20.5	14.3	39.6	27.0	37.4
Técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas	24.1	23.7	35.8	36.2	35.8
Ocupaciones en servicios	46.0	47.9	17.6	26.8	19.3
Obreras de la industria de construcción, mantenimiento, etc.	0.9	0.7	1.0	0.3	0.9
Agricultura, pesca y forestación	8.5	13.5	6.0	9.8	6.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	252,610.0	431,864.0	55,059,280.0	10,392,098.0	66,135,852.0
Préstamo hipotecario (mortgage) (%)					
No	8.4	5.3	26.5	14.6	24.5
Sí	37.1	22.2	47.0	30.7	44.2
N/A	54.5	72.5	26.5	54.7	31.3
Total	100	100	100	100	100
(N)	355,989	620,136	79,379,477	14,988,224	95,343,826

Fuente: Elaboración del autor a partir de la encuesta American Community Survey (5%) de 2017.

La escolaridad

De acuerdo con los datos encontrados en el cuadro 2, la distribución de los niveles de escolaridad en las poblaciones objeto de estudio muestra que la sociedad estadounidense ha atraído proporciones de mujeres haitianas con nivel de escolaridad más elevado que el de las mujeres dominicanas. En efecto, el *stock* de las mujeres haitianas de 16 y más años con diploma High School (37.9%) y más de High School (42.8%) es más importante que el de las dominicanas que cumplen con los mismos grados, 35.2% y 35.8% respectivamente en 2017. Sin embargo, los niveles de escolaridad acumulados por estas mujeres inmigrantes se encuentran más bajos que los cumplidos por las mujeres blancas no hispanas y las afroestadounidenses. Estos resultados son predictores de alta validez que permiten entender las ventajas más elevadas que experimentan las mujeres nativas de encontrar un empleo asalariado, de ubicarse en las franjas laborales de más alta responsabilidad y de acceder a seguros médicos privados. Estos hallazgos arrojan también luces sobre el peso

de la escolaridad como factor facilitador u obstaculizante de las mujeres inmigrantes del estudio en su proceso de integración en la sociedad estadounidense (Harrington y Pavalko, 1996; Caicedo, 2010).

El nivel de escolaridad más elevado de las mujeres haitianas comparado con el de las dominicanas puede explicarse por la selectividad educacional que caracteriza en mayor medida los flujos de migrantes haitianos de forma general y de forma específica los que se dirigen hacia Estados Unidos, Canadá y Francia (Mathieu, 2016). En efecto, Haití tiene la notoriedad de figurar dentro los países expulsos de migrantes calificados más importantes del mundo. Esta observación encuentra eco en los datos publicados por la OIM y el SELA (2009), de acuerdo con los cuales 80% de los haitianos de 25 años y más, con al menos una licenciatura, han residido en uno de los países de la OCDE durante el año 2000. Esta situación se explica por la baja capacidad de retención del país a sus nacionales con alto nivel de formación académica y profesional, debido a sus bajos resultados en los campos económicos, sociales, políticos y ambientales, al contrario de lo que se observa en República Dominicana.

Las estancias en Estados Unidos, el manejo del inglés y el acceso a la ciudadanía

Los datos del cuadro 2 muestran que las mujeres haitianas y dominicanas cumplen con rasgos muy parecidos en la duración de su estancia en los Estados Unidos. Estos datos son congruentes con los antecedentes históricos de los movimientos migratorios de estas dos poblaciones hacia los Estados Unidos, en lo que concierne a la similitud del inicio (principios de los años sesenta) y los factores explicativos de los desplazamientos. Sin embargo, un observador avezado puede encontrar una mayor proporción de mujeres dominicanas en los grupos más antiguos, como los de 21 y más años, a causa de los flujos tradicionales de retorno y de circularidad que les caracterizan, al contrario de lo que se observa en la población inmigrante haitiana.

En lo que concierne al manejo del idioma inglés, las informaciones del cuadro 2 revelan ventajas muy importantes de la población haitiana en comparación con la dominicana, en la medida en que las mujeres haitianas que sólo hablan inglés o que hablan muy bien el idioma inglés (50.1%) se encuentran en una proporción más elevada que las dominicanas pertenecientes a este perfil sociodemográfico (32.4%). En lo que respecta al acceso a la ciudadanía estadounidense, las mujeres haitianas cumplen con un nivel más

importante (63.0%) en comparación con las dominicanas (58.3%). Tanto el dominio del inglés como el acceso a la ciudadanía son predictores muy importantes que ofrecen mejores posibilidades a las haitianas con respecto a las dominicanas para acceder al espacio productivo y al seguro médico privado en el contexto estadounidense en el año 2017. Hay que notar que el bajo dominio del inglés puede poner a las personas en situación de desventaja para manejar las informaciones necesarias para completar las solicitudes, buscar y acceder al sistema de salud, para entender los diagnósticos, los servicios disponibles y sus costos, para seguir a la letra los tratamientos prescritos por los especialistas y otras conductas indispensables al mantenimiento de la salud (Ku y Waidmann, 2003).

El estatus matrimonial, la posición en la estructura de parentesco del hogar y la presencia de niños menores de cinco años

Además de los análisis precedentes sobre las características sociodemográficas de la población objeto de este estudio, se considera relevante echar un vistazo sobre sus perfiles familiares basándose en su incidencia sobre la posibilidad de las mujeres de ofrecer sus habilidades productivas en el mercado de trabajo y acceder a puestos que ofrecen mejores condiciones laborales. Los datos más relevantes del cuadro 2 indican que un porcentaje muy importante en la población inmigrante haitiana (58.1%) y dominicana (58.5%) no se encuentran en uniones conyugales, en comparación a las blancas no hispanas (49.0%) en los Estados Unidos durante el año 2017. Hay que notar que las mujeres afroestadounidenses se distancian destacadamente de las demás mujeres del estudio por el hecho de que 75.6% de sus integrantes no se encuentran en uniones matrimoniales.

En lo que respecta a la posición en la estructura de parentesco del hogar, los datos muestran que un porcentaje más importante de inmigrantes dominicanas (47.5%) que el de las haitianas (40.3%) se declaran jefas de hogares en los Estados Unidos. En línea directa con los datos sobre el estatus matrimonial, el porcentaje de mujeres afroestadounidenses descritas como jefas de hogares (53.2%) se encuentra más elevado que todos los demás colectivos de mujeres del estudio. Es importante notar que todos estos grupos de mujeres se caracterizan por muy bajos porcentajes de niños menores de cinco años en sus hogares. Este dato es un mediador de alta validez que permite acercarse al bajo índice de fecundidad vigente en las mujeres inmigrantes y nativas del presente

estudio. Y de este modo, la alta presencia de los niños menores de edad, junto con las demás variables analizadas en esta sección, muestran que el espacio familiar no representa un determinante que prohíba la vida productiva de las mujeres del estudio. Esta conjetura no minimiza el hecho de que muchas de estas informaciones, como la alta probabilidad de vivir fuera de las uniones matrimoniales, pueden esconder realidades no tan atractivas marcadas por la vulnerabilidad socioeconómica, por el hecho de no poder contar con el apoyo económico de una pareja, de enfrentar con pocos recursos el costo de la vida y los tremendos contratiempos de la sociedad estadounidense. Este argumento es pertinente en la medida en que la unión matrimonial ha sido una fuente importante de aseguramiento de salud de las mujeres. El peso de la garantía matrimonial cada vez es menor, por lo que las mujeres, sobre todo las de bajo nivel educativo y de baja condición socioeconómica, deben asumir solas las responsabilidades económicas ante las incertidumbres vinculadas con la salud. Para las mujeres de alto nivel de capital humano, el hecho de vivir fuera de las uniones matrimoniales puede ofrecerles la posibilidad de asumir menos responsabilidades domésticas, trabajar de tiempo completo de forma acelerada en el mercado de trabajo y priorizar puestos de ocupación que ofrecen seguros de salud (Harrington y Pavalko, 1996).

El estatus ocupacional y el tipo de ocupación

De acuerdo con los datos encontrados en el cuadro 2, en el año 2017 las mujeres inmigrantes haitianas de 16 años y más registran una tasa de actividad evaluada en 65.5%, la cual se encuentra más elevada que el índice de las mujeres dominicanas (62.1%), de las blancas no hispanas (57.3%) y de las afroestadounidenses (61.6%). Es importante notar que si las mujeres blancas no hispanas son las que ejercen las presiones menos importantes sobre el mercado de trabajo, sin embargo registran la tasa de desempleo más baja con respecto a las demás mujeres del estudio. El comportamiento paradójico de este dato describe la posición ventajosa que caracteriza a las mujeres blancas no hispanas en la sociedad estadounidense, de tal manera que no necesitan buscar destacadamente antes de poder ubicarse en un empleo que corresponde a sus deseos y a sus habilidades productivas.

Con respecto a los tipos de ocupaciones, los datos del cuadro 2 muestran que las mujeres haitianas (46.0%) y las mujeres dominicanas (47.9%) se encuentran en mayor proporción en “las ocupaciones en servicios”, donde se

dedican principalmente al cuidado de las personas (niños, ancianos, enfermos), la preparación de alimentos, la limpieza y el mantenimiento de espacios hogareños e institucionales (oficinas, edificios, jardines). Después de los servicios, las mujeres haitianas (24.1%) y las dominicanas (23.7%) se dedican a las ocupaciones descritas como “técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas”. En estas ocupaciones se les encuentra como operadoras de máquinas, soporte administrativo, ayudantes de oficinas o de ventas. Las mujeres blancas no hispanas se encuentran en mayor proporción como ejecutivas profesionales (39.6%) y como técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas (35.8%). En cuanto a las afroestadounidenses, participan en mayor proporción en las ocupaciones técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas (36.2%) y ejecutivas profesionales (27.0%).

Los datos acerca de la distribución de las mujeres del presente estudio en los tipos de ocupación demuestran el carácter segmentado del espacio productivo del contexto estadounidense, que afecta en mayor medida a la fuerza laboral haitiana y dominicana, aunque la primera parece gozar de una cierta ventaja en relación con la segunda a causa de su mayor presencia en las ocupaciones de mayor calificación. Para terminar esta sección, es relevante mencionar que los datos demuestran que 37.1% de las mujeres haitianas, 22.2% de las dominicanas, 47.0% de las blancas no hispanas y 30.7% de las afroestadounidenses cuentan con préstamo hipotecario (mortgage) en el año 2017 en Estados Unidos. Este dato sugiere que las personas mejor ubicadas en el espacio ocupacional experimentan una probabilidad más elevada de contraer este tipo de préstamo.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN

Los antecedentes y perfiles desarrollados en las secciones anteriores proporcionan elementos de información sobresalientes que permiten construir análisis muy profundos sobre los factores explicativos del acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes y nativas del presente estudio.

El rango de edad

Los datos derivados de los modelos de regresión logística y de las predicciones de los efectos marginales proporcionan información muy pertinente acerca de la influencia cruzada entre los rangos de edad y el estatus ocupacional de las mujeres del estudio, en la probabilidad de acceder a seguros médicos privados en el contexto estadounidense en el año 2017. En efecto, aislando la influencia de las demás variables, los datos encontrados en los cuadros 3 y 4 muestran que las mujeres empleadas blancas no hispanas cuentan con la probabilidad más elevada de acceder a seguros médicos privados en todos los grupos de edad analizados en esta investigación y las dominicanas la probabilidad más baja. Con excepción del colectivo de las mujeres inmigrantes dominicanas, las mujeres inactivas presentan mejores resultados en lo que concierne el acceso a seguros médicos privados que las desempleadas. Se trata de una observación paradójica que no concuerda con las suposiciones que un analista puede plantear, sabiendo el peso del acceso al mercado de trabajo en la posibilidad de contar con los servicios de seguros médicos privados en Estados Unidos.

Otro resultado llamativo y no esperado en relación con los grupos de edad, se refiere al hecho de que las mujeres de 16 a 24 años de todos los colectivos de mujeres del estudio tienen la probabilidad más elevada de acceder a seguros médicos privados en comparación con las mujeres de los demás rangos de edad. Esta observación es válida no solamente en las mujeres empleadas, sino también en las desempleadas y las inactivas en Estados Unidos en 2017. Este resultado puede interpretarse a la luz de sus posibilidades de acceso a los seguros médicos privados a partir de sus padres o sus tutores. A decir verdad, las posibilidades que tienen estas adolescentes dependen del nivel socioeconómico de sus genitores, de tal modo que las ubicadas en los estratos más bajos de la pirámide social son las menos ventajosas en cuanto al acceso a la prima de seguro de salud patrocinado por el empleador.

Llama también la atención el hecho de que las mujeres del grupo de edad de 65 años y más son las más afectadas por la probabilidad de ser desprotegidas por los seguros médicos privados. En este mismo rango de edad, las mujeres empleadas siguen ubicándose en posiciones menos desventajosas que las desempleadas y las inactivas. Estos resultados describen la triste realidad de que las trabajadoras se encuentran obligadas a permanecer mucho más tiempo sobre el espacio productivo para poder acceder a servicios de aseguramiento de salud privado en el contexto estadounidense. Esta desventajosa realidad entra

en contradicción con los problemas de salud a que deben enfrentarse en esta etapa avanzada de la vida adulta.

Cabe notar el brutal cambio en la posibilidad de acceso a seguro de salud privado entre los grupos de edad de 55 a 64 años y los de 65 y más años. Este resultado es otra evidencia que muestra que el cese de la vida activa significa la entrada en un espacio marcado por la desprotección ante los problemas de salud, aislando el efecto de la duración de la vida activa, el número de años y el nivel de cotización en los sistemas de seguridad social en los Estados Unidos.

En general, con excepción de los grupos extremos de las edades económicamente activas, el acceso a los seguros médicos privados tiende a aumentarse en los rangos de edades más avanzadas en los colectivos de mujeres analizados en la presente investigación. Este resultado parece coherente, a la luz de la mejor posibilidad de acceder al mercado de trabajo remunerado con el paso del tiempo.

Cuadro 3
Predicción de los efectos marginales (marginal effects at the means) de los modelos
logit acerca del acceso al seguro médico privado en las poblaciones haitiana y
dominicana en Estados Unidos, 2017

Características	Haitiana			Dominicana		
	Empleada	Desempleada	Inactiva	Empleada	Desempleada	Inactiva
Rango de edad*						
16-24	80.0	29.7	43.4	61.3	32.9	32.1
25-34	70.6	20.3	31.6	53.9	26.6	25.8
35-44	74.3	23.5	35.7	56.9	29.0	28.2
45-54	76.0	25.2	37.9	55.9	28.2	27.4
55-64	77.6	26.8	39.9	59.5	31.2	30.4
65 años y más	59.9	13.7	22.3	41.5	18.0	17.4
Nivel de escolaridad*						
Menos de High School	65.5	18.3	23.8	41.2	18.8	18.1
Diploma High School	70.3	21.9	28.1	51.6	26.0	25.2
Más de High School	79.5	31.4	39.0	65.3	38.3	37.3
Estatus matrimonial*						
Nunca unida	73.9	23.5	28.3	50.4	23.8	20.3
Previamente unida	76.8	26.6	31.6	54.6	27.0	23.2
Unida	74.4	24.0	28.8	60.7	32.1	27.9
Posición en el hogar*						
Jefa de hogar	75.3	25.6	32.2	54.0	26.0	22.4
Esposa	79.5	30.4	37.7	65.0	35.7	31.4
Hija	67.8	19.2	24.7	53.1	25.3	21.8
Otras	68.7	19.9	25.5	53.8	25.8	22.3
Presencia de niños menores de cinco años*						
Ausencia	75.3	25.4	29.9	56.9	29.3	24.8
Presencia	71.0	21.5	25.6	51.8	25.2	21.1
Estados de residencia*						
Massachusetts	71.6	23.0	26.3	48.6	22.0	18.9
Nueva Jersey	71.4	22.8	26.0	52.3	24.7	21.3
Nueva York	80.8	33.3	37.2	56.9	28.3	24.6
Florida	70.3	22.0	25.1	57.5	28.8	25.0
Otros	81.6	34.5	38.5	61.4	32.3	28.2
Mortgage*						
No	83.0	39.5	41.5	67.1	40.6	34.2
Sí	81.6	37.3	39.2	71.8	46.0	39.3
N/A	65.3	20.1	21.5	48.3	23.8	19.2

Fuente: Elaboración del autor, a partir de la encuesta American Community Survey (5%) de 2017.

*Valores estadísticamente significativos al nivel de significancia Alpha=5%.

Cuadro 4
Predicción de los efectos marginales (marginal effects at the means) de los modelos
logit acerca del acceso al seguro médico privado en las poblaciones blancas no
hispanas y afroestadounidenses en Estados Unidos, 2017

Características	Blancas no hispanas			Afroestadounidenses		
	Empleada	Desempleada	Inactiva	Empleada	Desempleada	Inactiva
Rango de edad*						
16-24	96.5	75.8	88.3	89.2	43.4	58.8
25-34	87.9	45.1	66.3	75.8	22.4	34.9
35-44	86.8	42.8	64.2	76.4	23.0	35.7
45-54	87.4	44.1	65.5	78.1	24.8	38.0
55-64	88.4	46.4	67.5	78.2	24.9	38.0
65 años y más	84.8	38.7	60.2	77.4	24.1	37.1
Nivel de escolaridad*						
Menos de High School	76.9	36.0	49.4	62.3	17.7	27.9
Diploma High School	84.2	47.3	60.9	71.9	25.0	37.4
Más de High School	91.1	63.4	75.0	83.8	40.2	54.6
Estatus matrimonial*						
Nunca unida	85.0	48.2	58.2	74.6	26.1	34.5
Previamente unida	85.6	49.4	59.4	78.7	30.7	39.8
Unida	91.4	63.5	72.3	85.7	41.8	51.8
Posición en el hogar*						
Jefa de hogar	90.1	60.5	69.1	79.9	31.7	42.4
Esposa	90.5	61.4	69.9	84.2	38.4	49.8
Hija	83.5	45.9	55.3	76.1	27.1	37.1
Otras	82.7	44.4	53.9	73.4	24.4	33.9
Presencia de niños menores de cinco años*						
Ausencia	89.6	55.2	66.8	80.4	31.2	41.1
Presencia	83.6	42.2	54.4	67.6	18.8	26.2
Estados de residencia*						
Massachusetts	91.8	61.5	72.9	82.3	33.3	45.4
Nueva Jersey	91.8	61.5	72.9	82.1	32.9	45.0
Nueva York	90.3	57.2	69.2	80.0	30.1	41.7
Florida	86.8	48.5	61.3	77.1	26.5	37.5
Otros	88.9	53.5	65.9	79.2	29.0	40.5
Mortgage*						
No	89.0	56.7	67.6	82.0	36.2	46.0
Sí	91.5	63.5	73.4	87.3	46.1	56.3
N/A	80.9	40.6	52.1	70.3	22.9	30.8

Fuente: Elaboración del autor, a partir de la encuesta American Community Survey (5%) de 2017.

*Valores estadísticamente significativos al nivel de significancia Alpha=5%.

La escolaridad

En lo que concierne a la escolaridad, las mujeres empleadas blancas no hispanas siguen experimentando la probabilidad más elevada de conseguir un seguro médico privado y las dominicanas, la probabilidad más baja en todos los niveles de escolaridad considerados en el presente estudio. De la misma forma, el nivel de escolaridad Más de High School se asocia a una probabilidad más elevada de contar con una póliza de seguro médico privado y el grado Menos de High School, con la probabilidad más baja en todos los subgrupos de mujeres y en todos los estatus ocupacionales analizados en la presente investigación. Estos datos, además del efecto positivo de los logros educativos en el acceso a los seguros médicos privados, dan también respaldo a la idea de acuerdo con la

cual las mujeres de los diferentes orígenes nacionales no valoran de la misma manera sus niveles de escolaridad en el mercado de trabajo estadounidense. En efecto, como se puede observar en los cuadros 3 y 4, el nivel de desaprovechamiento de las potencialidades productivas en relación con las posibilidades de acceso a los seguros médicos privados y también con la probabilidad de inserción, de valoración de las destrezas productivas en los puestos y las jerarquías ocupacionales, afecta en mayor medida a las mujeres inmigrantes del estudio, realizando la comparación con las mujeres nativas blancas no hispanas.

Estos resultados son coherentes con la mayor posibilidad de acceso no solamente al mercado de trabajo sino también al seguro médico privado que ofrecen los niveles más elevados de escolaridad. Esta realidad ampliamente descrita por la teoría del capital humano, muestra que el nivel de escolaridad es uno de los predictores más importantes del éxito de los oferentes de mano de obra en la esfera productiva estadounidense. En efecto, las mujeres más capacitadas tienen mayor probabilidad de insertarse en el mercado de trabajo, seguir una trayectoria menos interrumpida, ubicarse en puestos de ocupación que ofrecen seguros médicos privados. El peso del factor capital humano describe del mismo modo el carácter segmentado de las condiciones laborales por motivo del nivel de acumulación en capital humano. Sin embargo, las aportaciones de las reflexiones analíticas construidas alrededor del capital humano descuidan la incidencia de una serie de factores segregadores de índole estructural, vinculados con la condición genérica, el origen nacional y las prácticas de discriminación por parte de las instituciones demandantes de mano de obra productiva (Becker, 1957; Seccombe, 1993; Anker, 1998; Keene y Prokos, 2007).

Vale subrayar que los efectos distorsionadores de la discriminación pueden conjugarse con los problemas de obsolescencia económica o de baja transferibilidad de las competencias y de los títulos académicos adquiridos en los países de origen, que afectan a la población inmigrante una vez migradas en un país huésped con distancia cultural, estructura laboral, nivel de tecnología y de organización mucho más avanzado del espacio productivo (Chiswick *et al.*, 1997; De Grip y Loo, 2002). Hay que decir que los empleadores pueden presentar una fuerte tendencia a valorar mejor los títulos obtenidos por la población inmigrante en el extranjero que en su país de origen (Duncan, Hotz y Trejo, 2006).

El estatus matrimonial, la posición en la estructura de parentesco del hogar y la presencia de niños menores de cinco años

En cuanto al estatus matrimonial, los datos encontrados en los cuadros 3 y 4 revelan, por una parte, que las mujeres empleadas blancas no hispanas experimentan las probabilidades de acceso más importante a seguros médicos privados en todos los estatus matrimoniales considerados en el estudio. Por la otra, se observa una cierta tendencia a que las mujeres unidas cuenten con el nivel de acceso más importante a seguros médicos, y las nunca unidas, el nivel más bajo en todos los colectivos de mujeres del estudio. En línea directa con estas observaciones, los datos de los cuadros 3 y 4 enseñan que las mujeres que se identifican como esposas en la estructura de parentesco de los hogares, presentan la probabilidad más elevada de contar con seguros médicos privados que las jefas de hogares, y mucho más que las hijas.

Estos datos demuestran que a pesar de las transformaciones ocurridas en la esfera familiar y en los roles tradicionales de género, a la luz del incremento de las tasas de divorcio, de mujeres nunca unidas, del retraso en edades relativamente avanzadas de la entrada en uniones, el matrimonio sigue representando una fuente importante de seguridad para las mujeres en Estados Unidos. Esta observación se entiende a través del elevado costo de la cobertura médica privada, de tal modo que la compra de las primas grupales parece ser más asequible. Puede analizarse también basándose en las mejores condiciones laborales que caracterizan globalmente a la población de los hombres en comparación con la de las mujeres en lo que concierne a la percepción salarial, los puestos ocupados, los sectores de inserción y la estabilidad de su trayectoria en el mercado de trabajo. Hay que subrayar también que los mejores resultados experimentados por las mujeres en unión matrimonial en este sentido se obtienen a pesar del comportamiento muy elástico de la curva de su oferta laboral, de su mayor incentivo a salir temporalmente del mercado de trabajo, a priorizar ocupaciones más flexibles que no necesariamente ofrecen seguros médicos (Lavelle y Smock, 2012; Janicki, 2013; Peters, Simon y Taber, 2014).

Estas interpretaciones son coherentes con los hallazgos del presente estudio, en el sentido de que sugieren que el estatus ocupacional es de lejos el factor más importante para explicar las disparidades en las probabilidades de acceso a los seguros médicos privados, que el estatus matrimonial y la posición en la estructura de parentesco del hogar. Esta apreciación se evidencia a la luz de la amplitud de las brechas de acceso a la cobertura de salud privada que

separa, por una parte, a las mujeres empleadas en relación con las desempleadas y las inactivas, y, por la otra, a las mujeres de los diferentes estatus matrimoniales y de las diferentes posiciones de la estructura de parentesco en las cuales se ubican.

De esta forma, las inestabilidades matrimoniales que afectan en mayor proporción a las mujeres inmigrantes del presente estudio, reducen sin duda sus posibilidades de protección ante las incertidumbres vinculadas con las condiciones de la salud. Esta conjetura es pertinente en el sentido de que se trata de colectivos de mujeres muy afectadas por las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y menos propensas a acceder al seguro médico patrocinado por las empresas en las cuales ofrecen su fuerza de trabajo. En esta misma línea de pensamiento se entiende que, tanto para las mujeres solteras y divorciadas de baja condición económica como para las más favorecidas, el hecho de perder o de cambiar de empleo puede representar un riesgo relativamente importante de perder el seguro de salud ofrecido por sus empleadores. Para las mujeres divorciadas, las condiciones en las cuales se realizan generalmente las interrupciones matrimoniales, junto con la alta probabilidad de perder sus seguros médicos, las protecciones financieras, las dificultades de ver un médico, seguir los tratamientos necesarios, provocan el empeoramiento de las condiciones de salud física y emocional. La situación puede ser también complicada para las madres solteras que tienen hijos de poca edad, en la medida en que pueden presentar el incentivo a reducir la cantidad de horas pasadas en el mercado de trabajo, a elegir puestos de empleo muy flexibles o a salir de forma temporal de la población activa para poder asumir las responsabilidades vinculadas con las demandas domésticas (Hahn, 1993; Short, 1998).

Una reflexión similar puede realizarse sobre las cónyuges de avanzada edad que deben enfrentar solas los gastos de la salud después de la muerte de su pareja y el agotamiento de los recursos familiares en el cuidado de esta última durante el segmento final de su vida. Se entiende que la sobrevivencia más prolongada puede fácilmente convertirse en un factor de vulnerabilidad para franjas importantes de mujeres inmigrantes y nativas (Schone y Weinick, 1998; Vuckovic, 2000; Lavelle y Smock, 2012).

Para terminar esta sección es pertinente mencionar que los datos de los cuadros 3 y 4 revelan, en todos los subgrupos de mujeres analizados, que las que no tienen niños menores de cinco años cuentan con la probabilidad más

elevada de acceder a seguro médico privado en relación con las mujeres que sí los tienen. Este hallazgo tiene correlato con la mayor posibilidad con que cuentan las mujeres sin niños menores de edad de encontrar un puesto de trabajo, en comparación con las mujeres que deben cuidarse. Revelan igualmente el peso del mercado de trabajo en la posibilidad de contar con cobertura médica patrocinada por los empleadores en el contexto estadounidense durante el año 2017.

Estado de residencia y préstamo hipotecario

Los hallazgos del presente estudio no revelan marcadas tendencias en lo que concierne a la probabilidad de acceso a los seguros médicos privados de las mujeres de acuerdo con los estados de residencia. En efecto, las mujeres haitianas logran sus mejores resultados en el estado de Nueva York, mientras que las dominicanas lo hacen en el estado de Florida. Estos resultados pueden parecer sorprendentes para un conocedor de la historia migratoria de estos dos pueblos en Estados Unidos, si se basa en el hecho de que los volúmenes más importantes y más antiguos de las mujeres haitianas se encuentran en Florida, en comparación con las dominicanas que se localizan en Nueva York. Los hallazgos del presente estudio no han permitido confirmar la suposición de que el estado de Nueva York es el espacio en donde las mujeres inmigrantes cuentan con la probabilidad de acceso a seguro médico privado más elevado. Dicha conjetura se fundamenta en los datos de acuerdo con los cuales los gastos privados en relación con el cuidado de la salud han crecido mucho más rápido en el estado de Nueva York que los gastos públicos (Rodin y Meyer, 2014). De la misma forma, el estado de Nueva York cuenta con el porcentaje más bajo (menos de 7.9%) de personas no aseguradas en Estados Unidos, en comparación con el estado de Florida que cuenta entre 12.0% y 13.9% de sus residentes fuera del sistema nacional de seguro de salud (Barnett y Vornovitsky, 2016). Asimismo, el estado de Nueva York es conocido por sus actividades legislativas menos restrictivas a la población inmigrante en comparación con otros estados como Arizona, Florida, Georgia y Virginia (Conapo, 2013).

Con respecto al hecho de contratar préstamo hipotecario, las tendencias más pertinentes que toman forma en estos datos muestran que, excepto en la población inmigrante haitiana, las mujeres que tienen mortgage presentan las probabilidades más elevadas de acceder a seguro médico privado que las que no lo tienen. Es posible que las mujeres que han residido en las viviendas con

préstamo hipotecario sean las que han cumplido con una mayor inserción en el mercado de trabajo y cuentan con puestos de trabajo que ofrecen seguros médicos patrocinados por los empleadores.

CONCLUSIONES

Las conclusiones principales del presente estudio enseñan que las mujeres blancas no hispanas y las afroestadounidenses presentan las probabilidades más elevadas de acceder a los seguros médicos privados que las inmigrantes haitianas y las dominicanas en el contexto estadounidense durante el año 2017. Sin embargo, en la mayoría de los aspectos analizados, las haitianas experimentan mejores resultados que las dominicanas. Los hallazgos del análisis confirman la idea de que el hecho de ser migrante representa un factor debilitante en el acceso a seguros médicos privados en Estados Unidos. Aquella debilidad se entrelaza con el nivel de escolaridad relativamente menor de las mujeres inmigrantes del estudio en comparación con las nativas blancas no hispanas específicamente.

Los hallazgos del estudio han permitido averiguar cómo el estatus ocupacional representa un factor central en la posibilidad de contar con una cobertura de seguro de salud privada en Estados Unidos. En efecto, los datos evidencian la realidad de que las mujeres empleadas experimentan las probabilidades más elevadas de acceder a los seguros médicos privados en Estados Unidos. Esta observación es válida para todos los contingentes de mujeres y todas las características analizadas en lo que se refiere al origen nacional, los rangos de edad, los niveles de escolaridad, el estatus matrimonial, el estado de residencia, entre otras. Las desempleadas, por su parte, muestran la probabilidad de acceso más baja teniendo en cuenta todos los predictores sociodemográficos anteriormente señalados. Adicionalmente, el presente análisis ha puesto de manifiesto un resultado inesperado en relación con los logros de las mujeres inactivas (menos en el caso de las mujeres dominicanas), que son más elevados que los mismos de las desempleadas en todos los colectivos de mujeres analizados en el este estudio. Esta observación es difícil de interpretar a la luz de los antecedentes teóricos y empíricos revisados a lo largo del desarrollo del estudio. Es sin duda una de sus limitaciones, pero que puede ser un insumo pertinente con base en el cual otros científicos sociales

desarrollen investigaciones futuras que contribuyan a un mejor entendimiento del problema de estudio.

A la luz de las evidencias empíricas de esta investigación, se entiende que las acciones de políticas públicas diseñadas para mejorar el acceso a las coberturas de seguro médico privado de las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas, deben pasar por la minimización de los obstáculos de diversa índole que impiden su integración en el mercado de trabajo. Entre las barreras las más importantes, la presente investigación ha podido poner en evidencia el peso de las penalidades vinculadas con el origen nacional, el bajo nivel de acumulación en capital humano y la alta propensión de vivir fuera de las uniones matrimoniales. Más allá de estas consideraciones, que están íntimamente ligadas con el objetivo del estudio, es importante defender el principio según el cual los servicios de salud de calidad deben estar al alcance de todos con el fin de cumplir con este derecho fundamental, más allá de los niveles de ingresos y de los estatus socioeconómicos de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Anker, Richard (1998). “La segregación profesional entre hombres y mujeres.

Repaso de las teorías”. *Revista Internacional del Trabajo* 116 (3): 343-370.

Baker, David W.; Martin F. Shapiro, y Claudia L. Schur (2000). “Health insurance and access to care for symptomatic conditions”. *Archives of Internal Medicine* 160: 1269-1274.

Becker, Gary (1957). *The Economics of Discrimination*. Chicago: University of Chicago Press.

Barnett, Jessica C., y Marina S. Vornovitsky (2016). *Health Insurance Coverage in the United States: 2015. Current Population Reports*. United States: United States Census Bureau, U.S. Department of Commerce.

Caicedo, Maritza (2010). “Migración, trabajo y desigualdad: los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos”. Tesis para optar por el grado de doctora en Estudios de Población. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.

Caicedo, Maritza (2020). “Disparidad salarial en inmigrantes calificados de América Latina y el Caribe en los Estados Unidos”. *Notas de Población* 110: 11-38.

- Chiswick, Barry R.; Yinon Cohen, y Tzippi Zach (1997). "The labor market status of immigrants: Effects of the unemployment rate at arrival and duration of residence". *Industrial and Labor Relations Review* 52 (2): 289-303.
- Conapo et al. (2010). *Migración y salud. Migrantes mexicanos en Estados Unidos*. México: Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población..
- Conapo et al. (2013). *Migración y salud. Migrantes mexicanos en Estados Unidos*. México: Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población.
- Davern, Michael; Brian C. Quinn; Genevieve M. Kenney, y Lynn A. Blewett (2009). "The American Community Survey and health insurance coverage estimates: Possibilities and challenges for health policy researchers". *HSR: Health Services Research* 44 (2): 593-605.
- De Grip, Andries, y Jasper Van Loo (2002). "The economics of skills obsolescence: A review". *Research in Labor Economics* 21: 1-26.
- Derosé, Kathryn P.; José J. Escarce, y Nicole Lurie (2007). "Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability". *Health Affairs* 26 (5): 1258-1268.
- Duncan, Brian; Joseph Hotz, y Stephen Trejo (2006). "Hispanics in the U.S. labor market". En *Hispanics and the Future of America*, coordinado por Marta Tienda y Faith Mitchell, 228-290. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Flynn, Michael A.; Donald E. Eggerth, y C. Jeffrey Jacobson (2015). "Undocumented status as a social determinant of occupational safety and health: The workers' perspective". *American Journal of Industrial Medicine* 58: 1127-1137.
- Giorguli, Silvia, y Selene Gaspar Olvera (2008). *Inserción ocupacional, ingreso y prestaciones de los migrantes mexicanos en Estados Unidos*. México: Consejo Nacional de Población.
- Gujarati, Damodar N., y Dawn C. Porter (2010). *Econometría*. Quinta edición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Hahn, Beth (1993). "Marital status and women's health: The effect of economic marital acquisitions". *Journal of Marriage and the Family* 55: 495-504.
- Hamilton, Tod G. (2015). "The healthy immigrant (migrant) effect: In search of a better native-born comparison group". *Soc Sci Res* 54: 353-365.
- Iriart, Celia (2016). "El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades" (parte I). *Saúde em Redes* 2: 07-21.

- Janicki, Hubert (2013). *Employment-based Health Insurance: 2010*. Washington, D.C: U.S. Census Bureau.
- Keene, Jennifer R., y Anastasia H. Prokos (2007). “Comparing offers and take-ups of employee health insurance across race, gender, and decade”. *Sociological Inquiry* 77: 425-459.
- Ku, Leighton, y Timothy Waidmann (2003). *How Race/Ethnicity, Immigration Status and Language Affect Health Insurance Coverage, Access to Care and Quality of Care Among the Low-Income Population*. United States: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Lavelle, Bridget, y Pamela J. Smock (2012). “Divorce and women’s risk of health insurance loss”. *Journal of Health and Social Behavior* 53 (4): 413-431.
- Mathieu, Mickens (2016). “Las desigualdades en la inserción laboral y las condiciones de trabajo de las inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos”. Tesis para optar al grado de doctora en Estudios de Población. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- McWilliams, J. Michael (2009). “Health consequences of uninsurance among adults in the United States: Recent evidence and implications”. *Milbank Quarterly* 87: 443-494.
- Harrington Meyer, M., y Eliza K. Pavalko (1996). “Family, work, and access to health insurance among mature women”. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 37: 311-325.
- National Center for Health Statistics (2016). *Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities*. USA, Hyattsville, MD.
- OIM y SELA (2009). “La emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Tendencias contemporáneas y perspectivas”. Reunión regional: la emigración de recursos humanos calificados desde países de América Latina y el Caribe. Caracas, Venezuela, 17 y 18 de junio de 2009.
- OIT (2010). *Medición de la población económicamente activa en los censos de población: Manual*. Nueva York: Oficina Internacional del Trabajo, Naciones Unidas.
- Peters, Elizabeth; Kosali Simon, y Jamie Rubenstein Taber (2014). “Marital disruption and health insurance”. *Demography* 51 (4): 397-1421.

- Plewes, Thomas J. (2010). *Databases for Estimating Health Insurance Coverage for Children: A Workshop Summary*. Washington D.C.: National Research Council, Division of Behavioral and Social Sciences and Education.
- Rice, Thomas *et al.* (2014). "Challenges Facing the United States of America in Implementing Universal Coverage". *Bull World Health Organ* 92: 894-902.
- Rodin, Diana, y Jack Meyer (2014). *Cost and Spending in New York States*. Nueva York: NYS Health Fondation.
- Seccombe, Karen (1993). "Employer sponsored medical benefits: The influence of occupational characteristics and gender". *The Sociological Quarterly* 34: 557-580.
- Schone, Barbara S., y Robin Weinick (1998). "Health-related behaviors and the benefits of marriage for elderly persons". *Gerontologist* 38 (5): 627-618.
- Secretaría de Salud del Gobierno de México *et al.* (2007). *Migración, salud y trabajo: datos frente a los mitos*. Estados Unidos: Universidad de California (UC), Oficina del Presidente y UC Berkeley, Escuela de Salud Pública.
- Short, Pamela F. (1998). "Gaps and transitions in health insurance: What are the concerns of women?". *Journal of Women's Health* 7: 725-737.
- Stephen, Elizabeth H.; Karen Foote; Gerry E. Hendershot, y Charlotte A. Schoenborn (1994). "Health of the foreign-born population: United States, 1989-90". *Advance Data from Vital and Health Statistics* 241: 1-10.
- Vuckovic, Nancy (2000). "Self-care among the uninsured: You do what you can do". *Health Affairs* 19: 197-199.

[Notas]

- [1] De acuerdo con los datos proporcionados por el sitio IPUMS USA, la línea de pobreza se establece sobre la base del ingreso total, el tamaño, el número de niños, la edad del jefe de la familia (menores o mayores de 65 años). Por ejemplo, si el ingreso familiar de una persona es de 20,000 pesos y la línea de pobreza de esa persona es de 13,861, se encuentra al 144% $[(20,000 / 13,861) * 100]$ por encima de la línea de la pobreza. Disponible en: https://usa.ipums.org/usa-action/variables/POVERTY#description_section.
- [2] De acuerdo con Gujarati y Porter (2010: 571-573), se pueden calcular los efectos marginales en los modelos logit, probit y lineales. Hay también una variedad de artículos que utilizan efectos marginales a través de modelos logit.

Capítulo 3

Trabajo y trastorno mental común: una comparación entre mujeres mexicanas en México y Estados Unidos

Ietza Bojórquez

Departamento de Estudios de Población de El Colegio de la Frontera Norte

Maritza Caicedo

Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

El término “trastorno mental común” (TMC por sus siglas en español), tal como se emplea en la literatura de salud mental, se refiere a los síntomas de los trastornos depresivos y de ansiedad, incluyendo malestar emocional y somático. Estas condiciones tienen en común como característica principal la presencia de sentimientos que la persona experimenta como negativos, y que van más allá de experiencias leves o pasajeras de tristeza o estrés. A menudo los dos tipos de síntomas aparecen juntos. Debido a su frecuencia, y al hecho de que pueden ser incapacitantes y provocar un gran sufrimiento, los TMC se consideran un importante problema de salud pública en todo el mundo (World Health Organization, 2017). Tanto los trastornos depresivos como los de ansiedad son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres, y es comúnmente reconocido que la diferencia se debe principalmente a las diferencias de género en las desventajas sociales y las experiencias negativas durante el curso de la vida, aunque también se ha argumentado que las diferencias culturales en la expresión de la angustia juegan un papel importante (las mujeres tienden a interiorizar el malestar psicológico, mientras que los hombres son más propensos a exteriorizarlo mediante conductas como la violencia o el consumo de alcohol y sustancias) (Kuehner, 2017).

En muchos sentidos, el trabajo puede asociarse a la salud mental. Las personas pasan gran parte de su vida diaria en el trabajo y las características de

los lugares de trabajo son importantes para la salud mental (Pinto-Meza *et al.*, 2013). Además, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, el trabajo puede ser un elemento importante del bienestar general indispensable para la salud mental (World Health Organization, 2020). Cuando el trabajo se realiza en circunstancias que lo hacen satisfactorio, puede contribuir a la experiencia de cumplir una función valiosa que también es esencial para la salud mental (Wanberg, 2012).

Numerosos estudios epidemiológicos demuestran que el trabajo está asociado a una mejor salud mental, mientras que el desempleo es un factor de riesgo para los problemas de salud mental. En un metaanálisis sobre la asociación entre el desempleo y la salud mental, se estimó que 34% de las personas sin trabajo tenía algún tipo de problema psicológico, frente a sólo 16% de los empleados (Karsten y Moser, 2009). Otra revisión demostró que el desempleo (o la pérdida de empleo) es uno de los mecanismos del efecto negativo de la recesión económica en la salud mental, y que las personas que están desempleadas en épocas de recesión tienen más riesgo de padecer una mala salud general y malestar mental, así como de padecer TMC, consumo nocivo de alcohol y drogas, y comportamiento parasuicida e ideación suicida (Frasquilho *et al.*, 2016). Curiosamente, el desempleo podría ser un factor de riesgo de desarrollar trastornos mentales aún más importante que los ingresos, al menos en los países europeos (Pinto-Meza *et al.*, 2013). En el caso de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, Caicedo y Van Gameren (2016) encontraron que el desempleo aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades como depresión y/o ansiedad.

Algunos autores han propuesto que la asociación entre el trabajo y la salud mental podría deberse a una causalidad inversa, es decir, que tener un mejor estado de salud mental podría facilitar la obtención o el mantenimiento de un empleo (Wanberg, 2012). Sin embargo, en los estudios longitudinales en los que se abordó esta posibilidad centrándose en los individuos que habían perdido su empleo a causa de los cierres de las fábricas (y, por tanto, independientemente de su salud mental previa), se siguieron encontrando niveles más altos de malestar psicológico entre los desempleados en comparación con los empleados (Karsten y Moser, 2009). Según la revisión y el metaanálisis de 20 estudios longitudinales realizados por Kim y Von dem Knesebeck (2016), no tener trabajo aumenta las probabilidades de padecer síntomas depresivos casi en 20%. Otras investigaciones sugieren que la relación es bidireccional, como

en un estudio de cohortes que siguió a cerca de 4,000 individuos durante un año, en el que se descubrió que los que se quedaron sin trabajo tenían 58% más riesgo de desarrollar una depresión mayor, en comparación con los participantes que siguieron teniendo empleo, mientras que los que estaban deprimidos al inicio tenían un mayor riesgo de perder su trabajo durante el seguimiento (aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos) (Jefferis *et al.*, 2011).

Al mismo tiempo, la asociación entre el trabajo y la salud mental varía en función de las características sociodemográficas, así como de los contextos sociales (Karsten y Moser, 2009; Wanberg, 2012). El género (que puede considerarse una característica individual, pero con consecuencias socialmente determinadas), es uno de los ejes a lo largo de los cuales varían los efectos del trabajo sobre la salud mental. Así, mientras que la bibliografía epidemiológica muestra casi unánimemente un efecto positivo del trabajo en la salud mental de los hombres, la relación es menos clara en el caso de las mujeres. Aunque algunos estudios han constatado que el trabajo está asociado a una mejor salud mental (Klumb y Lampert, 2004), otros informan que el desempleo no está asociado a ella, o la asociación es más débil que entre los hombres (Karsten y Moser, 2009; Ford *et al.*, 2010; Artazcoz *et al.*, 2004; Helbig *et al.*, 2006).

El efecto diferencial del trabajo y el desempleo en la salud mental de hombres y mujeres puede explicarse probablemente por las diferencias en las normas relacionadas con el género y por la naturaleza de las relaciones sociales de género. Para los hombres, de los que se espera que sean proveedores económicos y obtengan un estatus a través de ocupaciones alejadas de la esfera doméstica, el desempleo puede ser duro psicológicamente, mientras que el hecho de poder seguir actuando como cuidadora principal dentro de la familia podría proteger a las mujeres desempleadas de este efecto. Al mismo tiempo, la exigencia de realizar múltiples tareas relacionadas con el trabajo y la familia podría hacer que las mujeres trabajadoras corrieran el riesgo de sufrir las consecuencias del estrés para su salud mental. Ambas razones podrían explicar la ausencia o la escasa relación entre el trabajo y la salud mental de las mujeres.

Sin embargo, las normas y las relaciones basadas en el género varían según el contexto social, ya sea entre países, “culturas”, clase social, generación u otras divisiones sociales. El efecto del trabajo en la salud mental de las mujeres podría variar igualmente entre estos contextos (Artazcoz *et al.*, 2004). En este

trabajo nos propusimos explorar estas cuestiones desde una perspectiva de salud poblacional, comparando la asociación de trabajo y los TMC entre mujeres mexicanas en México y en Estados Unidos. Tomamos como orientación teórica las nociones de potenciación y tensiones entre roles, a partir de las cuales se pueden hacer predicciones contrapuestas sobre la asociación del trabajo y la salud mental de las mujeres.

El capítulo, además de esta introducción y la bibliografía, cuenta con cinco apartados: en el primero introducimos los conceptos de potenciación y tensiones entre roles y discutimos sus implicaciones para la relación esperada entre el trabajo y la salud mental. A continuación, en el segundo apartado, ofrecemos una síntesis de la discusión en torno al género y al trabajo; repasamos cómo varía el contexto social en México y en Estados Unidos en cuanto a las normas de género relacionadas con el trabajo, y presentamos nuestras hipótesis sobre la asociación del trabajo y los TMC en estos dos contextos; en el tercer apartado presentamos algunos aspectos de la relación trabajo-trastornos mentales comunes; en el cuarto describimos la fuente de datos y la estrategia metodológica desarrollada, y en el quinto presentamos los resultados, las conclusiones del capítulo y las sugerencias para futuras investigaciones.

LA POTENCIACIÓN DE ROLES Y LA AUTONOMÍA, LA TENSION ENTRE ROLES Y LA DOBLE JORNADA: ¿TENER UN TRABAJO ES BUENO O MALO PARA LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES?

En pocas palabras, el argumento de la potenciación de roles propone que ocupar múltiples roles proporciona al individuo más recursos, en forma de redes sociales, recursos materiales —incluidos los ingresos en el caso del trabajo— y también gratificaciones inmateriales como el reconocimiento social. La potenciación de roles puede aumentar el bienestar (Moen *et al.*, 1989; Plaisier *et al.*, 2008). Según este argumento, no limitarse a la esfera doméstica aumenta la integración social de la mujer, y tener diversos roles en el empleo y la familia puede aumentar sus posibilidades de tener una vida plena, dándole más áreas en las que puede apoyarse y a través de las cuales puede ganar prestigio y sensación de éxito.

Además, tener control sobre las circunstancias de la vida es un componente importante del bienestar psicológico. En su clásico trabajo sobre la depresión,

Brown y Harris (1978) argumentaron que la “desesperanza y la impotencia” derivadas de la falta de control estaban en la base de los síntomas depresivos en una muestra de mujeres en Inglaterra. La autonomía personal (o “agencia”), por el contrario, podría amortiguar el efecto negativo de los acontecimientos vitales sobre la salud mental (Thoits, 2006). Aunque los conceptos de desesperanza, impotencia y autonomía se han entendido a veces como rasgos psicológicos, que se producen en la mente de los individuos sin tener necesariamente relación con las circunstancias externas, también pueden considerarse elementos psicosociales, definidos tanto por el contexto social como por las predisposiciones internas.

De los argumentos de la potenciación de roles y la autonomía se deduce que tener un trabajo remunerado debería ser positivo para la salud mental de las mujeres. El trabajo remunerado puede proporcionar una fuente alternativa de autorrealización, más allá de la esfera centrada en la familia (MacDonald *et al.*, 2005; Grzywacz *et al.*, 2009; Plaisier *et al.*, 2008), y mejora la autonomía de las mujeres (Hondagneu-Sotelo, 1992; Griffin *et al.*, 2002). Las diversas funciones, esferas y relaciones sociales que se obtienen a través del trabajo deberían favorecer la salud mental, y la independencia y el control que dan el tener un trabajo remunerado también deberían tener un efecto positivo en la salud mental.

Por el contrario, el argumento de la tensión entre roles sugiere que tener múltiples roles obliga a la persona a hacer malabarismos con responsabilidades que compiten entre sí, lo que aumenta el estrés y puede poner en peligro la salud mental. En el caso de las mujeres, el argumento está estrechamente relacionado con el hecho de que la doble jornada de trabajo remunerado y de cuidado de la familia supone una carga que afecta al bienestar de las mujeres. Trabajar fuera de casa también podría ser especialmente estresante para las mujeres debido a la doble presión de roles a veces conflictivos (Moen *et al.*, 1989; MacDonald *et al.*, 2005; Griffin *et al.*, 2002; Plaisier *et al.*, 2008).

En resumen, los argumentos de la potenciación de roles y la autonomía, por un lado, y los de la tensión entre roles y la doble jornada, por otro, predicen efectos opuestos del trabajo sobre la salud mental de las mujeres. Mientras que, según el primer conjunto de argumentos, el trabajo debería tener un efecto protector, el segundo pronostica uno negativo. Pero la predicción puede matizarse aún más si tenemos en cuenta que las normas y relaciones de género no son homogéneas, sino que varían según los contextos sociales. El hecho de

que tener un trabajo sea un componente más relevante de la autoestima y la realización para los hombres, mientras que para las mujeres puede ser sustituido por el papel de madre o ama de casa, no es un hecho natural, sino que depende de la importancia atribuida al cuidado de la familia frente a los roles de proveedor para hombres y mujeres. En esta línea, Artazcoz *et al.* (2004) sugieren que los efectos (diferenciales) del desempleo en hombres y mujeres están influidos por las normas de género y las expectativas sobre los roles masculinos y femeninos que prevalecen en contextos sociales específicos.

A partir de lo anterior, proponemos que el efecto del trabajo sobre la salud mental de las mujeres seguirá la predicción de los argumentos de la potenciación de roles y la autonomía en contextos en los que se valora más el ser mujer trabajadora y la independencia femenina, mientras que el efecto será el predicho por los argumentos de la tensión entre roles y la doble jornada cuando el trabajo es una actividad menos valorada por las mujeres. Dado que los roles de género femeninos son construcciones históricas que varían según la época, el lugar y la clase social, los diferentes valores y significados asociados al trabajo de las mujeres fuera de casa, así como los recursos materiales disponibles para las mujeres en diferentes posiciones sociales, podrían inclinar la balanza en una u otra dirección.

GÉNERO Y TRABAJO EN MÉXICO, Y LA EXPERIENCIA DE LAS INMIGRANTES MEXICANAS EN ESTADOS UNIDOS

En México, como en otros países del mundo, se ha valorado tradicionalmente el papel de la mujer como madre y esposa. Cuando trabajar fuera de casa se considera socialmente como un abandono del papel más importante de la mujer, tener un empleo puede ser percibido negativamente tanto por la propia mujer como por los de su entorno más cercano (Lagarde, 1990; Hondagneu-Sotelo, 1992).

Una imagen negativa de la mujer trabajadora podría contrarrestar las ventajas del aumento de la autonomía y la potenciación de roles para la salud mental, de modo que el trabajo podría no ser protector de los TMC, o podría incluso aumentarlos. En este sentido, al menos un estudio anterior mostró que, para las mujeres mexicanas que viven en una zona rural, tener un trabajo se asoció con más síntomas depresivos en comparación con las mujeres que se quedaron en casa (Bojórquez y Salgado de Snyder, 2009).

La migración de México a Estados Unidos modifica las normas y prácticas relacionadas con el género. La tasa de participación laboral (el porcentaje de personas en edad de trabajar que tienen o buscan un empleo) fue de 42.9% para las mujeres en México en 2017 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017) y de 56.8% en 2016 en Estados Unidos (United States Department of Labor/ Bureau of Labor Statistics, 2017), lo cual muestra que las mujeres mexicanas en Estados Unidos tienen una mayor tasa de participación laboral en comparación con sus contrapartes en México (Caicedo, 2010).

Durante la segunda mitad del siglo XX, muchos inmigrantes mexicanos en Estados Unidos procedían de zonas rurales donde los roles de género tradicionales eran la norma. Tras la migración, tendieron a desarrollar relaciones de género más igualitarias, ya que las mujeres consiguieron trabajo y se convirtieron en las principales contribuyentes a los ingresos familiares (Hondagneu-Sotelo, 1992; Rivera, 2004). La incorporación al mundo laboral es percibida por las mujeres inmigrantes como algo positivo, por su mayor independencia, aunque en muchos casos les genere conflictos con sus parejas (Grzywacz *et al.*, 2009). Por lo tanto, parece posible que para las mujeres mexicanas o de origen mexicano el trabajo sea percibido de manera más positiva en Estados Unidos que en México. De acuerdo con nuestra discusión anterior, esto podría resultar en que el efecto del trabajo sobre la salud mental de las mujeres sea diferente entre los dos países.

LA ASOCIACIÓN DE TRABAJO Y TMC: PRUEBA EMPÍRICA

A partir de las diferencias mencionadas en el contexto sociocultural de las normas de género relacionadas con el trabajo, planteamos la hipótesis de que la asociación entre el trabajo y los TMC sería diferente entre las mujeres mexicanas en México y en Estados Unidos. Específicamente esperábamos que en México el trabajo estuviera directamente asociado con los TMC (las mujeres que trabajaran tendrían, en promedio, puntuaciones más altas en los indicadores de TMC que se describen a continuación), mientras que para las mujeres mexicanas en los Estados Unidos la asociación sería la opuesta. Pusimos a prueba estas hipótesis con datos de encuestas representativas a nivel nacional en cada país.

También planteamos la hipótesis de que las características de la familia y la posición social, además de tener sus propios efectos independientes sobre los TMC, modificarían las consecuencias del trabajo sobre los TMC. Las mujeres en diferentes posiciones sociales tienen acceso a diferentes recursos, lo que lleva a diversas experiencias de conflicto sobre el rol de género y las relaciones de género (Dion y Dion, 2001; Artazcoz *et al.*, 2004). Una mejor posición socioeconómica puede proporcionar a la mujer recursos económicos que la liberen de algunas obligaciones del cuidado del hogar y de los hijos, disminuyendo la tensión del rol, mientras que tener más hijos podría aumentar esa tensión, y estar casada o unida podría ser una fuente de apoyo social. Por lo tanto, analizamos las interacciones de la ocupación con un indicador de posición social (nivel de educación), los hijos y el estado civil, así como los efectos independientes de esas variables sobre los TMC.

Asimismo, planteamos la hipótesis de que el efecto del empleo sobre los TMC debería variar según la calidad de ese empleo. Un empleo precario podría ser similar al desempleo en cuanto a su efecto perjudicial para la salud mental. Por el contrario, un empleo de buena calidad que proporcione unos ingresos seguros y suficientes, junto con derechos y buenas condiciones de trabajo, debería ser beneficioso para la salud mental. Para poner a prueba estas hipótesis, exploramos la asociación de los indicadores de calidad del empleo con los TMC.

FUENTE DE DATOS Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se emplearon datos de dos encuestas representativas a nivel nacional: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (Ensanut) y la Encuesta Nacional de Salud (NHIS) de Estados Unidos. Nos propusimos emplear la versión más reciente de ambas encuestas en el momento en que se realizó el análisis, que tuviera un instrumento de salud mental, por lo que empleamos datos tanto de la Ensanut como de la NHIS de 2012, para garantizar la comparabilidad temporal.

La Ensanut es una encuesta de salud de la población mexicana no institucionalizada. Tiene un diseño de muestreo probabilístico en varias etapas, con Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) como unidades primarias de muestreo y hogares e individuos muestreados en las últimas etapas. El tamaño

de la muestra en 2012 fue de 50,528 hogares (Gutiérrez *et al.*, 2012) y la tasa de respuesta a nivel de hogar fue de 87% (Instituto Nacional de Salud Pública). El cuestionario de la encuesta se aplicó cara a cara. Para este capítulo se emplearon datos de las mujeres adultas (≥ 20 años) encuestadas ($n=26,493$, correspondientes a 57.3% de la muestra de adultos) y se restringió el análisis a la población en edad de trabajar (20-65 años, $n=23,268$ casos en la muestra de análisis). Los detalles metodológicos de la Ensanut pueden consultarse en ensanut.insp.mx.

La NHIS es una encuesta de salud de la población estadounidense no institucionalizada. El diseño de muestreo es polietápico, con condados o áreas estadísticas metropolitanas como unidades de muestreo primarias. Se selecciona un adulto (≥ 18 años) en cada hogar encuestado para que responda un cuestionario individual. La NHIS está diseñada con un sobremuestreo de hispanos, compensado en el análisis por el uso de ponderaciones. El tamaño de la muestra en 2012 fue de 42,366 hogares. Los datos se recogen cara a cara (National Center for Health Statistics, 2017). Para este análisis empleamos datos de participantes femeninas nacidas en México ($n=2,601$) y nacidas en Estados Unidos que declararon ser de origen mexicano ($n=1,940$). La información sobre el NHIS puede consultarse en cdc.gov/nchs/nhis/index.htm.

Los conjuntos de datos que empleamos son de acceso público y no contienen información identificable. Los participantes tanto en la Ensanut como en la NHIS dieron su consentimiento informado antes de responder a las encuestas.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y VARIABLES

Los cuestionarios de la Ensanut y de la NHIS incluyen escalas de detección para evaluar síntomas de enfermedades mentales. Aunque las escalas de salud mental no están pensadas para obtener un diagnóstico definitivo de los trastornos psiquiátricos, son una herramienta útil en los estudios epidemiológicos como forma eficaz de evaluar la prevalencia de los síntomas y los casos probables de esas afecciones. Las escalas de detección suelen consistir en ítems de tipo Likert que se puntúan y suman para obtener una representación numérica de la “intensidad” del trastorno de salud mental. Al distinguir entre el informe de unos pocos síntomas poco frecuentes y la

presencia constante de numerosos síntomas, estas escalas pueden separar las manifestaciones esporádicas de lo que podría equivaler a un problema de salud mental grave. Durante su validación, las escalas de salud mental suelen evaluarse para comprobar su precisión diagnóstica con respecto a un diagnóstico clínico, y se establece un punto de corte para identificar los casos probables de un trastorno. Para los estudios de salud de la población las escalas de detección pueden utilizarse en forma dicotómica (“caso probable” frente a “no caso”) o en forma de conteo (puntuación).

La escala empleada en la Ensanut 2012 fue el cuestionario de depresión de los Centros de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977). La CES-D original es una escala de 20 ítems que pregunta por la presencia y la frecuencia de síntomas psicológicos y somáticos de depresión durante la última semana. Se han desarrollado versiones más cortas de la escala, algunas de las cuales han sido validadas en población mexicana (Bojórquez y Salgado de Snyder, 2009). La Ensanut empleó la versión de siete ítems que pregunta por el estado de ánimo deprimido, la capacidad de concentración, la pérdida de placer y las dificultades para dormir (Herrero y Gracia, 2007), y ha sido validada previamente (Salinas *et al.*, 2014; Herrero y Gracia, 2007). La NHIS 2012 empleó la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-6) (Kessler *et al.*, 2002), cuyo objetivo es medir el malestar psicológico preguntando por la presencia y la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad (nerviosismo, desesperanza, inquietud, depresión, falta de energía y sentimientos de baja autoestima) durante un periodo de referencia de 30 días. Es una de las medidas más frecuentemente empleadas en salud mental y una forma válida y fiable de evaluar el malestar y detectar trastornos mentales (Staples *et al.*, 2019).

Las dos medidas abordan constructos que forman parte de la definición general de los TMC. Mientras que la CES-D se centra en la depresión, la escala de Kessler incluye síntomas tanto de depresión como de ansiedad. Para evaluar si la relación entre el trabajo y la DMC era diferente entre las mujeres mexicanas en México y en Estados Unidos, lo ideal sería contar con datos recogidos con el mismo instrumento en ambos países. A falta de tales datos, decidimos emplear lo más parecido a ello: una medición de TMC, aunque se haya recogido con un instrumento diferente en cada país. Por lo tanto, en el resto de este estudio nos referiremos a las puntuaciones del CES-D o del K-6 como “puntuaciones de TMC”.

La variable independiente “trabajo” se evaluó tanto en la Ensanut como en la NHIS mediante una pregunta sobre la ocupación principal del encuestado durante la última semana. En la Ensanut la pregunta fue: ¿trabajó al menos una hora durante la última semana? Las opciones de respuesta “sí”, “tiene un trabajo, pero no trabajó la semana pasada”, y los que declararon trabajar para un negocio familiar o tener su propio negocio, se combinaron en “trabajando”. Los que respondieron que estaban buscando trabajo se clasificaron como “desempleados”. Las categorías de respuesta en el cuestionario para los que no trabajaban eran “jubilado”, “estudiante”, “tiene una limitación”, “otro” y “ama de casa” (esta última fue la categoría de referencia en el análisis). En la NHIS se preguntó: ¿cuál de las siguientes actividades realizó la semana pasada? Las opciones de respuesta fueron: “trabajó a cambio de una remuneración en un empleo o negocio”, “contó con un empleo o negocio pero sin trabajar” y “estuvo trabajando, pero sin remuneración, en un empleo o negocio familiar”. La categoría “estuvo buscando trabajo” se clasificó como “desempleado”. En el caso de los que respondieron que no habían trabajado o buscado trabajo en la última semana, se estableció el motivo a partir de una segunda pregunta, con categorías de respuesta que incluían “jubilado”, “estudiando” (clasificado como “estudiante”), “temporalmente incapaz de trabajar por motivos de salud” (clasificado como “tiene una limitación”), “otros” y “cuidando de la casa o la familia” (esta última clasificada como “ama de casa” y utilizada como categoría de referencia).

Las variables relacionadas con las características de la familia y la posición social que analizamos fueron el estado civil —opciones “soltero”, “casado”, “unión de hecho/convivencia”, “separado/divorciado” y “viudo”—, el número de hijos que vivían con el participante y la educación, el único indicador comparable de la posición social disponible en ambas fuentes de datos. Categorizamos los años de educación como 0-9, 10-12 y ≥ 13 , ya que estos periodos corresponden a hitos importantes tanto en el sistema educativo mexicano como en el estadounidense. Por último, controlamos el análisis por dos covariables que podrían estar relacionadas tanto con el trabajo como con los TMC: la edad y el hecho de tener un diagnóstico de enfermedad crónica.

Para evaluar si la calidad del empleo estaba asociada a los TMC —entre las participantes que trabajaban—, empleamos las dos únicas variables sobre la calidad del trabajo que eran comparables entre las fuentes de datos: un indicador dicotómico de tener atención médica proporcionada por el trabajo, y

las horas de trabajo (1-39, 40-48, ≥ 49 , de las cuales utilizamos 40-48 como categoría de referencia, considerando que tanto las horas insuficientes como las excesivas estarían asociadas a los TMC).

ANÁLISIS

Todos los análisis se realizaron por separado para cada muestra. En primer lugar, exploramos la distribución de las puntuaciones de los TMC y las asociaciones entre cada variable independiente y las puntuaciones de TMC, graficando las puntuaciones por niveles de las covariables, haciendo tabulaciones cruzadas y regresiones binomiales negativas bivariadas. Posteriormente, ajustamos modelos de regresión binomial negativa multivariante para cada muestra (Salinas *et al.*, 2009), con la puntuación de TMC como variable dependiente e incluyendo todas las covariables de interés. Para evaluar las interacciones esperadas, añadimos términos de interacción a los modelos de regresión y evaluamos sus valores *p*, descartando aquellos con $p < 0.05$. En todos los análisis estadísticos se tuvo en cuenta el diseño del muestreo, considerando las ponderaciones del muestreo, los estratos y el muestreo por conglomerados, y empleando los comandos “svy” de las versiones 12.1 y 13.1 de Stata.

RESULTADOS

En el cuadro 1 presentamos las características de las participantes. Menos de la mitad de las que vivían en México trabajaban (45.0%), mientras que lo hacían más de dos tercios (68.0%) de las nacidas en Estados Unidos y más de la mitad (52.9%) de las mujeres mexicanas que vivían en Estados Unidos, es decir, las inmigrantes. En promedio, las mujeres nacidas en Estados Unidos eran más jóvenes. Probablemente por ello observamos diferencias en el estado civil y en el número de hijos en el hogar. Ambos grupos de participantes en la NHIS tenían un nivel educativo más alto, en comparación con la muestra de la Ensanut, y las migrantes de segunda generación tenían el nivel educativo más alto de los tres grupos. Así, mientras que la mayoría de las participantes de la Ensanut (68.5%) tenían entre 0 y 9 años de escolaridad, la mayoría de las encuestadas de la NHIS tenían 13 o más años de escolaridad, aunque entre las

migrantes de primera generación aproximadamente un tercio tenía entre 0 y 9 años.

En cuanto al estado de salud, llama la atención que, a pesar de la diferencia de edad, la prevalencia de un diagnóstico previo de diabetes o hipertensión era similar entre los tres grupos. Esto podría deberse a un mejor acceso a servicios de salud entre las mujeres de segunda generación, lo que podría facilitar el diagnóstico. En cambio, el diagnóstico de depresión era mucho más frecuente en la muestra de la Ensanut.

En cuanto a la calidad del empleo entre quienes trabajaban, las mexicanas de segunda generación eran las que tenían más probabilidades de contar con asistencia médica proporcionada por el trabajo, con un 61.2% de ellas que declaraba esta prestación, mientras que sólo alrededor de 40% de los otros dos grupos tenía acceso a servicios de salud. En el segundo indicador de la calidad del empleo, las mexicanas de segunda generación volvieron a estar en mejor situación, ya que 57.3% de ellas trabajaba las 40-48 horas semanales ideales, mientras que más de una quinta parte de las encuestadas por la Ensanut declaró trabajar 49 horas semanales o más, y casi la mitad de las inmigrantes de primera generación trabajaba menos de 40 horas.

Cuadro 1
Características de la muestra: mujeres mexicanas en México (Ensanut) y en Estados Unidos (NHIS) ^a

Variable	Ensanut		NHIS: Nacidas en México		NHIS: Nacidas en Estados Unidos	
	Porcentaje o media	Intervalo de confianza 95%	Porcentaje o media	Intervalo de confianza 95%	Porcentaje o media	Intervalo de confianza 95%
Ocupación (%)						
Trabajando	45.0	43.8,46.1	52.9	49.0,56.7	68.0	63.8,71.2
Desempleada	1.0	0.8,1.2	7.9	6.1,10.2	6.7	4.9,9.2
Jubilada	1.1	0.9,1.3	0.9	0.4,1.7	2.9	1.3,3.9
Estudiante	2.7	2.3,3.1	0.4	0.1,1.1	1.6	0.8,3.0
Ama de casa	48.8	47.6,50.0	33.1	29.7,36.7	13.8	11.2,17.0
Con una limitación	0.6	0.5,0.8	4.0	2.6,6.0	6.3	4.3,9.1
Otra	0.8	0.7,1.0	0.9	0.4,1.8	1.2	0.5,3.2
Edad (media)	38.5	38.2,38.7	39.8	38.8,40.7	36.5	35.4,37.7
Educación (%)						
0-9 años	68.5	67.2,69.7	34.8	31.2,38.7	2.9	1.8,4.7
10-12 años	17.6	16.7,18.5	22.0	18.9,25.3	8.1	6.1,10.7
13+ años	14.0	13.0,15.0	43.2	39.2,47.2	89.0	85.9,91.5
Estado civil (%)						
Soltera	19.3	18.4,20.3	12.3	9.5,15.7	27.0	23.2,31.1
Unión libre	19.4	18.5,20.3	10.6	8.3,13.4	9.8	7.4,12.8
Casada	48.0	46.9,49.1	65.2	60.9,69.2	49.0	44.4,53.7
Separada/divorciada	9.1	8.5,9.7	10.2	8.4,12.4	12.9	10.5,15.7
Viuda	4.3	3.9,4.7	1.8	1.1,2.8	1.4	0.7,2.6
Número de hijos en casa (media)	1.6	1.6,1.6	1.81	1.7,1.9	1.15	1.0,1.3
Algún problema de salud en las últimas dos semanas (%)	16.0	15.2,16.8	17.1	14.2,20.3	13.2	10.5,16.3
Diagnósticos previos de diabetes (%)	7.8	7.2,8.3	7.0	5.1,9.5	7.2	4.9,10.4
Diagnósticos previos de hipertensión (%)	15.4	14.6,16.2	18.9	15.7,22.6	16.5	13.3,20.2
Diagnósticos previos de depresión (%)	15.2	14.4,16.0	3.3	1.5,7.0	3.8	1.9,7.5
Seguro médico proporcionado por el trabajo (%) ^b	40.4	38.3,42.4	37.0	31.9,42.6	61.2	55.2,66.9
Horas de trabajo (%) ^b						
1-39	35.8	34.1,37.6	45.3	39.8,50.8	36.3	31.0,42.1
40-48	40.7	38.9,42.6	48.5	42.8,54.2	57.3	51.7,62.7
>=49	23.5	22.1,24.9	6.2	4.0,9.7	6.4	4.1,9.9

a Muestra analítica Ensanut n=23,268; NHIS nacidas en México=2,601; NHIS nacidas en Estados Unidos n=1,940. Las cifras del cuadro son valores ponderados.

b Sólo para las participantes que han trabajado.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México y National Health Interview Survey, Estados Unidos, 2012.

En los modelos bivariados (cuadro 2), tener un trabajo no se asoció con las puntuaciones de TMC, ni positiva ni negativamente, en ninguna de las muestras. En la muestra de la NHIS, tener un problema de salud que limitara la capacidad de la encuestada para trabajar se asoció con puntuaciones de TMC más altas. La educación se asoció de forma inversa con los TMC, aunque la asociación no fue significativa para las participantes nacidas en México y residentes en los Estados Unidos. Vivir con una pareja y estar separada/divorciada (a diferencia de ser soltera) se asoció con puntuaciones más altas de TMC en la muestra de la Ensanut, y estar casada se asoció con puntuaciones más bajas entre las participantes nacidas en México y que vivían

en los Estados Unidos. Entre las participantes que trabajaban, tener atención médica proporcionada por el trabajo se asoció con puntuaciones más bajas de TMC en ambos grupos de mujeres nacidas en México, y trabajar de 40 a 48 horas también se asoció con puntuaciones más bajas entre las mujeres en México.

En los modelos que ajustaron simultáneamente por todas las variables, los términos de interacción no fueron estadísticamente significativos, por lo que presentamos los modelos finales con sólo efectos principales (cuadro 3). Para las participantes en México, trabajar se asoció con puntuaciones más altas de TMC ($\beta=0.06$, IC95% 0.01,0.12), al igual que ser estudiante ($\beta=0.28$, IC95% 0.08,0.48), mientras que estar jubilada se asoció con puntuaciones más bajas ($\beta=-0.34$, IC95% -0.55,-0.13). En el caso de las encuestadas en Estados Unidos, la asociación entre trabajar y TMC no fue significativa, aunque en contraste con las participantes de México los signos de los coeficientes fueron negativos. Para las participantes nacidas en Estados Unidos, sólo la categoría de ocupación “otros” se asoció con puntuaciones más bajas de TMC.

Otras variables también se asociaron con el TMC de forma diferente en cada grupo. En el caso de las participantes de la Ensanut, la educación superior se asoció con puntuaciones más bajas de TMC, mientras que en el caso de la muestra de la NHIS, la asociación sólo fue significativa para las participantes nacidas en Estados Unidos con 13 o más años de educación. Estar casada, a diferencia de estar soltera, se asoció con puntuaciones más bajas de TMC en la Ensanut, mientras que estar en una pareja de hecho se asoció con puntuaciones más altas entre las nacidas en Estados Unidos. El número de hijos que viven en el hogar y la edad se asociaron positivamente con las puntuaciones de TMC sólo en la muestra de Ensanut. En los tres grupos, el diagnóstico de hipertensión y el haber tenido un problema de salud en las últimas dos semanas se asociaron con puntuaciones de TMC más altas.

En cuanto a las características del trabajo (cuadro 4) entre las participantes que trabajaban, tener seguro médico proporcionado por el trabajo se asoció con una menor puntuación de TMC sólo entre las migrantes de segunda generación en los Estados Unidos, mientras que trabajar menos de 40 horas a la semana se asoció con una mayor puntuación en las participantes en México.

Cuadro 2
Asociaciones entre la ocupación y otras variables, y TMC, en mujeres mexicanas en México (Ensanut) y en Estados Unidos (NHIS)^a

Variable	Ensanut		NHIS: Nacidas en México		NHIS: Nacidas en Estados Unidos	
	Coefficiente	Intervalo de confianza 95%	Coefficiente	Intervalo de confianza 95%	Coefficiente	Intervalo de confianza 95%
Educación (%)						
0-9 años	Ref.					
10-12 años	-0.17	-0.24,-0.10	-0.07	-0.42,0.28	-0.66	-1.28,-0.04
13+ años	-0.33	-0.43,-0.24	-0.04	-0.30,0.22	-1.21	-1.75,-0.67
Estado civil (%)						
Soltera	Ref.					
Unión libre	0.12	0.04,0.20	-0.36	-0.88,0.16	0.22	-0.20,0.65
Casada	-0.04	-0.12,0.03	-0.52	-0.94,-0.10	-0.21	-0.51,0.08
Separada/divorciada	0.17	0.08,0.27	-0.25	-0.70,0.20	0.37	-0.02,0.78
Viuda	0.11	-0.01,0.24	-0.45	-1.12,0.21	0.61	-0.30,1.5
Número de hijos en casa	0.03	0.01,0.05	-0.07	-0.17,0.02	-0.02	-0.12,0.08
Ocupación (%)						
Ama de casa	Ref.					
Trabajando	0.05	-0.01,0.10	0.17	-0.18,0.53	0.13	-0.30,0.58
Buscando trabajo	-0.16	-0.43,0.12	0.42	-0.50,1.35	-0.02	-0.98,0.93
Jubilada	-0.47	-0.68,-0.26	0.54	-0.53,1.62	-0.24	-0.99,0.49
Estudiante	0.07	-0.13,0.26	-0.20	-0.49,0.09	0.16	-0.21,0.55
Con una limitación	0.25	-0.01,0.50	0.54	0.15,0.93	1.12	0.66,1.58
Otra	-0.04	-0.32,0.24	0.64	-0.41,1.69	-1.29	-3.06,0.48
Seguro médico proporcionado por el trabajo (%) ^b	-0.24	-0.33,-0.15	-0.51	-0.95,-0.08	0.16	-0.17,0.49
Horas trabajadas (%) ^c						
1-39	0.12	0.02,0.22	0.001	-0.36,0.37	-0.17	-0.50,0.16
40-48	Ref.		Ref.		Ref.	
>=49	0.16	0.06,0.27	-0.14	-0.82,0.53	-0.33	
						-0.98,0.32

a Mujeres participantes, 18-65 años de edad, muestra analítica Ensanut n=23,114; NHIS nacidas en México n=2,601; NHIS nacidas en Estados Unidos n=1,940. Las cifras del cuadro son valores ponderados y tienen en cuenta el diseño del muestreo.

b Modelos de regresión binomial negativa, variable dependiente: puntuación en un cuestionario de detección de trastornos mentales comunes. Cada línea da el resultado de un modelo con la variable independiente indicada, ajustado por edad y presencia de un diagnóstico de diabetes o hipertensión.

b Sólo para las que tienen un empleo remunerado.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México y National Health Interview Survey, Estados Unidos, 2012.

Cuadro 3
Asociaciones multivariadas entre la ocupación y otras variables, y TMC, en mujeres mexicanas en México (Ensanut) y en Estados Unidos (NHIS)^a

Variable	Ensanut		NHIS: Nacidas en México		NHIS: Nacidas en Estados Unidos	
	Coefficiente ^b	Intervalo de confianza 95%	Coefficiente ^b	Intervalo de confianza 95%	Coefficiente ^b	Intervalo de confianza 95%
Ocupación						
Ama de casa	Ref.		Ref.		Ref.	
Trabajando	0.06	0.01, 0.12	-0.08	-0.42, 0.25	-0.02	-0.47, 0.43
Desempleada	-0.09	-0.37, 0.20	-0.13	-0.94, 0.67	-0.40	-1.25, 0.44
Jubilada	-0.34	-0.55, -0.13	0.63	-0.39, 1.65	-0.58	-1.20, 0.04
Estudiante	0.28	0.08, 0.48	-0.12	-0.42, 0.18	-0.08	-0.45, 0.28
Con una limitación	0.15	-0.01, 0.40	0.07	-0.36, 0.52	0.15	-0.34, 0.65
Otra	-0.09	-0.34, 0.15	0.11	-0.97, 1.19	-1.70	-3.13, -0.27
Educación						
0-9 años	Ref.		Ref.		Ref.	
10-12 años	-0.16	-0.24, -0.09	-0.06	-0.38, 0.25	-0.69	-1.48, 0.10
13+ años	-0.35	-0.45, -0.25	-0.09	-0.35, 0.16	-0.87	-1.74, -0.003
Estado civil						
Soltera	Ref.		Ref.		Ref.	
Unión libre	0.03	-0.07, 0.13	-0.21	-0.75, 0.32	0.40	0.02, 0.87
Casada	-0.11	-0.19, -0.02	-0.37	-0.83, 0.08	-0.17	-0.49, 0.13
Separada/divorciada	0.09	-0.02, 0.19	-0.11	-0.55, 0.33	0.38	-0.01, 0.77
Viuda	0.02	-0.11, 0.16	-0.40	-1.09, 0.27	0.80	-0.13, 1.74
Número de hijos en casa	0.03	0.01, 0.05	-0.005	-0.11, 0.10	-0.007	-0.11, 0.12
Edad	0.01	0.00, 0.01	0.006	-0.01, 0.02	-0.01	-0.02, 0.002
Diagnóstico previo de diabetes	0.11	0.01, 0.20	-0.19	-0.57, 0.18	-0.07	-0.59, 0.44
Diagnóstico previo de hipertensión	0.27	0.20, 0.34	0.34	0.02, 0.67	0.37	0.05, 0.69
Problemas de salud en las últimas 2 semanas	0.32	0.26, 0.38	0.79	0.53, 1.05	1.06	0.76, 1.37

a Ensanut 12 n=23,111; NHIS nacidas en México n=2,601; NHIS nacidas en Estados Unidos n=1,940.

b Modelos de regresión binomial negativa, variable dependiente: puntuación en los cuestionarios de detección de trastornos mentales comunes. Modelo ajustado por todas las variables que aparecen en la columna.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México y National Health Interview Survey, Estados Unidos, 2012.

Cuadro 4
Asociaciones multivariadas entre las características del empleo y otras variables, y TMC, en mujeres mexicanas en México (Ensanut) y en Estados Unidos (NHIS)^a

Variable	Ensanut		NHIS: Nacidas en México		NHIS: Nacidas en Estados Unidos	
	Coefficiente ^b	Intervalo de confianza 95%	Coefficiente ^b	Intervalo de confianza 95%	Coefficiente ^b	Intervalo de confianza 95%
Atención médica proporcionada por el trabajo	-0.09	-0.19, 0.01	-0.43	-0.84,-0.03	0.14	-0.22,0.50
Horas trabajadas						
1-39	0.10	0.00, 0.20	-0.15	-0.55,0.25	-0.09	-0.44,0.26
40-48	Ref.		Ref.		Ref.	
>=49	0.11	-0.00, 0.22	-0.10	-0.81,0.59	-0.51	-1.09,0.07
Educación						
0-9 años	Ref.		Ref.		Ref.	
10-12 años	-0.24	-0.34,-0.13	-0.11	-0.62,0.38	-1.69	-2.89,-0.49
13+ años	-0.32	-0.46,-0.18	-0.17	-0.59,0.23	-1.24	-2.30,-0.18
Estado civil						
Soltera	Ref.		Ref.		Ref.	
Unión libre	0.07	-0.08, 0.22	0.06	-0.70,0.83	0.54	0.10,0.98
Casada	-0.13	-0.25,-0.01	-0.50	-1.18,0.18	-0.03	-0.42,0.34
Separada/divorciada	0.10	-0.04, 0.24	-0.19	-0.86,0.46	0.42	-0.14,0.99
Viuda	-0.03	-0.24, 0.19	-0.51	-1.74,0.71	0.47	-1.81,2.76
Número de hijos en casa	0.04	0.00, 0.07	-0.07	-0.25,0.10	0.02	-0.12,0.15
Edad	0.01	0.00, 0.01	0.007	-0.01,0.02	-0.01	-0.03,0.001
Diagnóstico previo de diabetes	0.10	-0.10, 0.31	-0.06	-0.79,0.67	0.15	-0.42,0.72
Diagnóstico previo de hipertensión	0.20	0.07, 0.33	0.22	-0.26,0.72	0.27	-0.05,0.60
Problemas de salud en las últimas 2 semanas	0.26	0.16, 0.36	0.68	0.32,1.03	1.13	0.68,1.58

a Incluye sólo a las participantes que trabajaron. Muestra analítica Ensanut 12 n=7,973; NHIS nacidas en México n=55,474; NHIS nacidas en Estados Unidos n=52,159.

b Modelos de regresión binomial negativa, variable dependiente: puntuación en los cuestionarios de detección de TMC. Modelo ajustado por todas las variables que aparecen en la columna. Fuentes: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México y National Health Interview Survey, Estados Unidos, 2012.

CONCLUSIONES

El resultado más relevante de nuestro análisis fue que, en concordancia con nuestras hipótesis, el trabajo se asoció con puntuaciones más altas de TMC entre las mujeres de México, mientras que para las mujeres de origen mexicano en Estados Unidos la asociación, aunque no fue significativa, tuvo un coeficiente de signo negativo. Para emplear los argumentos teóricos previamente discutidos, parece que el argumento de la tensión entre roles es válido en México, mientras que el argumento de la potenciación de roles podría aplicarse en Estados Unidos. En una sección anterior de este capítulo sugerimos que la representación del trabajo femenino podría ser más positiva en Estados Unidos, mientras que en México las normas sociales sobre los roles femeninos

podrían seguir definiendo una visión negativa del trabajo, de modo que el empleo femenino podría resultar en un conflicto familiar (Rojas, 2010; García y De Oliveira, 2006). Estudios anteriores han demostrado que este tipo de conflicto es menos frecuente en las parejas de mayor nivel educativo y en las zonas urbanas de México (García y De Oliveira, 2006; Rojas, 2010), y sigue estando presente para los migrantes mexicanos en Estados Unidos (Ariza, 2004; Baker, 2004), pero nuestros resultados indican que, a nivel general, nacional, trabajar es una actividad más estresante para las mujeres en México que en Estados Unidos.

Otros hallazgos interesantes en este estudio fueron, en primer lugar, que para la muestra de la Ensanut estar jubilada se asoció con puntuaciones más bajas en TMC. Sólo 31% de los adultos mexicanos mayores de 65 años tenían una pensión en 2016 (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro), por lo que es posible que esta condición implicara una situación de privilegio y relativa seguridad económica, que podría explicar la asociación. El segundo resultado destacable fue que el desempleo no se asoció con los TMC en la muestra. Hallazgos similares han sido reportados por otros autores (Artazcoz *et al.*, 2004; Karsten y Moser, 2009; Helbig *et al.*, 2006; Ford *et al.*, 2010), y podrían deberse a que para muchas mujeres el empleo no es la principal fuente de estatus. Otro elemento a tener en cuenta en este sentido es que las mujeres podrían no percibir el hecho de estar sin trabajo como desempleo, si se sienten más identificadas con el rol de ama de casa.

En cuanto a los indicadores de calidad del trabajo, entre las participantes de México trabajar menos de 40 horas a la semana se asoció con puntuaciones más altas de TMC. Otros estudios han informado de la asociación contraria (más horas de trabajo asociadas a más estrés y otros problemas de salud mental) (MacDonald *et al.*, 2005). Las mujeres que reportan trabajar menos horas en la Ensanut podrían estar en trabajos precarios o en negocios familiares, sin contrato ni prestaciones laborales, y también podrían estar peor pagadas o incluso no ser remuneradas, por lo que su situación podría ser económicamente insegura, lo que provocaría más estrés y TMC.

El estado civil también se asoció con el TMC. En los tres grupos, las mujeres casadas tenían puntuaciones de TMC más bajas en comparación con las solteras, aunque la asociación sólo fue significativa para la muestra de la Ensanut. Esto podría significar que el matrimonio, si bien es un componente

importante del rol de género femenino en ambos países, es aún más importante en México. Por último, tener más hijos en casa se asoció con puntuaciones más altas de TMC en la muestra de la Ensanut, pero no en la NHIS. Un estudio anterior en Estados Unidos encontró que para las mujeres hispanas tener hijos aumentó las probabilidades de síntomas depresivos (Lanza di Scalea *et al.*, 2012).

Como en el caso del trabajo, creemos que el efecto de los hijos en la salud mental de las madres depende del contexto, y para las mujeres en México tener más hijos implica tanto un aumento de la responsabilidad y el trabajo en el hogar, como más dificultades económicas.

Nuestro análisis tiene varias limitaciones. En primer lugar, al contar sólo con datos transversales, existe la posibilidad de causalidad inversa en las asociaciones exploradas. En segundo lugar, sólo disponíamos de unos pocos indicadores de la calidad y las características del trabajo, por lo que no pudimos evaluar el efecto de, por ejemplo, la latitud de decisión en el trabajo, el nivel de responsabilidad, las exigencias del trabajo o el empleo precario/informal frente al estable. En tercer lugar, las diferencias entre las mediciones de TMC en cada fuente de datos también podrían explicar algunas de las diferencias observadas.

Aun así, dados los resultados de este análisis podemos sugerir que existe una asociación del trabajo con los TMC entre las mujeres mexicanas, que parece ser de signo contrario dependiendo del país en el que vivan (o hayan nacido). Como se discutió anteriormente, esto apunta a la forma en que la migración puede influir en la salud mental de las mujeres, al modificar las condiciones materiales junto con los valores y expectativas culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, Marina (2004). “Miradas masculinas y femeninas de la migración en Ciudad Juárez”. En *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, coordinado por Marina Ariza y Orlandina de Oliveira, 387-428. Mexico: UNAM.
- Artazcoz, Lucía; Joan Benach; Carmen Borrell, e Inmaculada Cortes (2004). “Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class”. *American Journal of Public Health* 94 (1): 82-88.

- Baker, Phyllis (2004). "It is the only way I can survive: Gender paradox among recent Mexican immigrants to Iowa". *Sociological Perspectives* 47 (4): 393-408.
- Bojórquez, Ietza; Nelly Salgado de Snyder, e Irene Casique (2009). "International migration of partner, autonomy and depressive symptoms among women from a mexican rural area". *Int J Soc Psychiatry* 55 (4): 306-321.
- Bojórquez, Ietza, y Nelly Salgado de Snyder (2009). "Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana". *Salud Mental* 32: 299-307.
- Brown, George, y Tirril Harris (1978). *Social Origins of Depression: a Study of Psychiatric Disorder in Women*. Nueva York: The Free Press.
- Caicedo, Maritza (2010). *Migración, trabajo y desigualdad. Los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos*. México: El Colegio de México.
- Caicedo, Maritza (2019). "Segregación ocupacional de trabajadores latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos". En *Migración de mexicanos a Estados Unidos. Derechos Humanos y Desarrollo*, vol. 20: 247-272.
- Caicedo, Maritza, y Edwin van Gameren (2016). "Unemployment and mental health among Mexican immigrants and other population groups in the United States". *Migraciones Internacionales* 8 (4): 168-194.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar). ¿Quiénes y cuántos mexicanos tienen acceso a una pensión? [en línea]. Disponible en: <<https://www.gob.mx/consar/articulos/quienes-y-cuantos-mexicanos-tienen-acceso-a-una-pension?idiom=es> (consulta 22-01 2018)>.
- Dion, Karen, y Kenneth Dion (2001). "Gender and cultural adaptation in immigrant families". *Journal of Social Issues* 57 (3): 511-521.
- Ford, Elizabeth; Callum Clark; Sally McManus; Jenny Harris; Rachel Jenkins; Paul E. Bebbington; T. Brugha; H. Meltzer, y Stephen A. Stansfeld (2010). "Common mental disorders, unemployment and welfare benefits in England". *Public Health* 124 (12): 675-681.
- Frasquilho, Diana; Margarita Matos; Ferdinard Salonna; Diogo Guerreiro; Claudia Storti; Tania Gaspar, y José Caldas-de-Almeida (2016). "Mental

- health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review". *BMC Public Health* 16: 115.
- García, Brígida, y Orlandina de Oliveira (2006). *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México: El Colegio de México.
- Griffin, Joan; Rebecca Fuhrer; Stephen Stansfeld, y Michael Marmot (2002). "The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class?" *Social Science and Medicine* 54 (5): 783-98.
- Grzywacz, Joseph; Pamela Rao; Amanda Gentry; Antonio Marín, y Thomas Arcury (2009). "Acculturation and conflict in Mexican immigrants' intimate partnerships: The role of women's labor force participation". *Violence Against Women* 15 (10): 1194-1212.
- Gutiérrez, Juan; Juan Rivera; Teresa Shamah; Salvador Villalpando; Aurora Franco; Lucía Cuevas; Martín Romero, y Mauricio Hernández (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Helbig, Silvia; Thomas Lampert; Michael Klose, y Frank Jacob (2006). "Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41 (11): 889-896.
- Herrero, Juan, y Enrique Gracia (2007). "Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7)". *Salud Mental* 30 (5): 40-46.
- Hondagneu-Sotelo, Pirrette (1992). "Overcoming patriarchal constraints: The reconstruction of gender relations among Mexican immigrant women and men". *Gender and Society* 6 (3): 393-415.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Indicadores de ocupación y empleo al tercer trimestre de 2017* [en línea]. Disponible en: <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>> (Consulta: 20-01-2017).
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jefferis, Barbara; Irwin Nazareth; Louise Marston; Berta Moreno-Kustner; Juan Bellon; Igor Svab; Danica Rotar; Miriam Geerlings; Miguel Xavier; Manuel Gonçalves-Pereira; Benjamin Vicente; Sandra Saldivia; Ana Aluoja; Ruth

- Kalda, y Michael King (2011). "Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort)". *Social Science and Medicine* 73 (11): 1627-1634.
- Karsten, Paul, y Klaus Moser (2009). "Unemployment impairs mental health: Meta-analyses". *Journal of Vocational Behavior* 74 (3): 264-282.
- Kessler, Roland; Gavin Andrews; Lisa Colpe; Eva Hiripi; Daniel Mroczek; Sharon-Lise Normand; Ellen Walters, y Alan Aaslavsky (2002). "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress". *Psychological Medicine* 32 (6): 959-976.
- Kim, Tong Jing, y O. von dem Knesebeck (2016). "Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis of prospective observational studies". *International Archives of Occupational and Environmental Health* 89 (4): 561-573.
- Klumb, Petra, y Thomas Lampert (2004). "Women, work, and well-being 1950-2000: A review and methodological critique". *Social Science & Medicine* 58 (6): 1007-1024.
- Kuehner, Christine (2017). "Why is depression more common among women than among men?" *Lancet Psychiatry* 4 (2): 146-158.
- Lagarde, Marcela (1990). *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Mexico: UNAM.
- Lanza di Scalea, Teresa; Karen Matthews; Nancy Avis; Rebeca Thurston; Charlotte Brown; Sioban Harlow, y Joyce Bromberger (2012). "Role stress, role reward, and mental health in a multiethnic sample of midlife women: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)". *J Womens Health (Larchmt)* 21 (5): 481-489.
- MacDonald, Martha; Shelley Phipps, y Lynn Lethbridge (2005). "Taking its toll: The influence of paid and unpaid work on women's well-being". *Feminist Economics* 11 (1): 63-94.
- Moen, Phyllis; Donna Dempster-McClain, y Robin M. Williams (1989). "Social integration and longevity: An event history analysis of women's roles and resilience". *American Sociological Review* 54 (4): 635-647.
- National Center for Health Statistics (2017). *National Health Interview Survey* [en línea]. Disponible en: <<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/methods.htm>> (Consulta 17-09- 2014).

- Pinto-Meza, Alejandra; María Moneta; Jordi Alonso; Matthias Angermeyer; Ronny Bruffaerts; José Caldas de Almeida; Giovanni de Girolamo; Ron de Graaf; Silvia Florescu; Viviane Kovess Masfety; Siobhan O'Neill; Svetlozar Vassilev, y Josep Haro (2013). "Social inequalities in mental health: Results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48 (2): 173-181.
- Plaisier, Inger; Jeanne de Bruijn; Johannes Smit; Ron de Graaf; Magreet Ten Have; Aartjan Beekman; Richard van Dyck, y Brenda Penninx (2008). "Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: differences between men and women". *Journal of Affective Disorders* 105 (1-3): 63-72.
- Radloff, Leonor (1977). "The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population". *Appl Psychol Meas* 1: 385-401.
- Rivera, Liliana (2004). "Transformaciones comunitarias y remesas socioculturales de los migrantes mixtecos poblanos". *Migración y Desarrollo* (2): 62-81.
- Rojas, Olga (2010). "Género, organización familiar y trabajo extradoméstico asalariado y por cuenta propia". *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia* 2: 31-50.
- Salinas, Aarón; Betty Manrique; Gilberto Acosta; Aurora Franco; Oscar Rosas; Luis Gutierrez, y Ana Sosa (2014). "Validation of a cutoff point for the short version of the depression scale of the Center for Epidemiologic Studies in older Mexican adults". *Salud Pública de México* 56 (3): 279-285.
- Salinas, Aarón; Betty Manrique, y Sandra Sosa (2009). "Análisis estadístico para datos de conteo: aplicaciones para el uso de los servicios de salud". *Salud Pública de México* 51 (5): 397-406.
- Staples, Laura; Blake F. Dear; Milena Gandy; Vincent Fogliati; Rhiannon Fogliati; Eyal Karin; Olav Nielssen, y Nickolai Titov (2019). "Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6". *Gen Hosp Psychiatry* 56: 13-18.
- Thoits, Peggy (2006). "Personal agency in the stress process". *J Health Soc Behav* 47: 309-323.
- United States Department of Labor/ Bureau of Labor Statistics (2017). *Civilian Labor Force Participation Rate, by Age, Sex, Race and Ethnicity* [en línea].

Disponible en: <https://www.bls.gov/emp/ep_table_303.htm> (Consulta: 20-01-2018).

Wanberg, Connie (2012). "The individual experience of unemployment". *Annual Review of Psychology* 63: 369-396.

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (2020). *Mental Health: Strengthening our Response*. Ginebra: World Health Organization [en línea]. Disponible en: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>> (Consulta: 08-03-2020).

SEGUNDA PARTE

**ENVEJECIMIENTO, EXPERIENCIA MIGRATORIA E
IMPLICACIONES PARA LA SALUD**

Capítulo 4

Envejecimiento y salud mental. Factores asociados a la migración y mercados de trabajo en México y Estados Unidos

Verónica Montes de Oca

Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

Patricia Rea Ángeles

Cátedras Conacyt en el IISUNAM

Ronald Angel

University of Texas

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

La relación entre México y Estados Unidos ha sido ampliamente documentada en una gran cantidad de estudios. Los temas más trabajados en esta relación van desde las formas de migrar, las características de las personas migrantes, los envíos de remesas, las actividades económicas que se desarrollaron, los efectos en las familias mexicanas, los vínculos transnacionales, aunque también en los últimos años se ha dado importancia al envejecimiento de las poblaciones en México y Estados Unidos, y en esa lógica el papel de la población migrante a escala global para rejuvenecer la fuerza de trabajo norteamericana que envejece con mayor velocidad (Vega *et al.*, 2015). Esta condición demográfica ha abierto la discusión sobre las condiciones de salud y morbilidad de las poblaciones, especialmente sobre su salud mental. Estos años vimos transitar varias discusiones de una visión más económica a otra más social; de una visión más separada en los dos países a un análisis más compartido y con enfoque transnacional; de una mirada transversal a otra de más largo aliento, pero también de una mirada en poblaciones productivas a otra donde las personas mayores son agentes activos en la construcción de su destino. También, poco a poco, se ha transformado la discusión pasando del análisis monotemático a otro más complejo como el que aquí nos ocupa, donde

la migración se vincula a la salud, a los mercados de trabajo y a las formas de envejecer. Algunas evoluciones en la investigación resaltan la forma en que se ha abordado el tema de la salud, poniendo especial énfasis en la salud física, donde el tema de la salud mental queda invisible en los estudios entre las personas migrantes, las personas mayores, en las personas trabajadoras mexicanas en Estados Unidos y en México.

Por un lado, con el envejecimiento demográfico en México y Estados Unidos esta temática adquiere especial relevancia, sobre todo en las edades más avanzadas (Martínez y Ramírez, 2020). El fenómeno de la longevidad se ha relacionado con un proceso de dependencia y fragilidad que es resultado no sólo del paso de los años, sino de causas sociales y económicas que se recrudecen ante la ausencia de servicios médicos preventivos y una cobertura universal en salud pública sin costo para los usuarios durante todo su curso de vida. Los datos muestran una tendencia que merece ser atendida para impedir el deterioro de la calidad de vida y la salud mental, así como consecuencias adversas como discapacidad, mal trato y abuso hacia las personas mayores en ambos países. Un aspecto importante es cómo contribuyen las políticas en el estado de salud de las poblaciones, su desempeño y cómo los servicios y programas sociales pueden contribuir a aminorar los efectos negativos hacia la salud mental. La información sobre México apunta hacia una mayor desventaja en materia de salud mental en mujeres mayores, en contraste con los varones mayores. No obstante, en ambos las desventajas sociales son un factor que merece mayor atención, así como sistemas de salud que vean los procesos de deterioro cognitivo desde etapas tempranas del curso de la vida.

En el caso de la salud mental vinculada con la migración, en Estados Unidos las y los migrantes experimentan un deterioro de su salud mental por las condiciones de vida y sin duda la inestabilidad laboral, la precariedad y la falta de acceso a los servicios médicos. Caicedo (2019) señala que la ausencia de contratos de trabajo, cobertura médica y estabilidad laboral puede incidir negativamente sobre la salud mental de las personas migrantes. También hace énfasis en la necesidad de creación de políticas sociales basadas en el enfoque de derechos humanos y programas que atiendan a la persona y no sólo a la enfermedad, así como la pertinencia de intervenciones colaborativas y comunitarias. Las políticas antiinmigrantes, xenófobas y excluyentes tienen efectos en la salud mental y propician la muerte de las personas mayores. Temas de racismo y odio atentan contra la capacidad de agencia de los actores

sociales y tienen un efecto negativo sobre la salud mental de las personas en contextos de migración.

Aunado a ello, la vinculación entre salud mental y mercados de trabajo, sin tomar en cuenta la migración vinculada al envejecimiento, es tal vez una de las áreas más débiles en los estudios actuales. Los procesos productivos desgastantes, así como las numerosas horas de actividad laboral afectan sin duda la salud mental de hombres y mujeres, que se acrecienta con actividades domésticas poco reconocidas y no remuneradas. Las actividades laborales con bajos ingresos, con énfasis en la monotonía o riesgo, sin duda afectan la salud en general y la salud mental en particular (Wilkinson y Marmot, 2003). En todos los casos, la importancia de la exigencia de derechos, sobre todo el derecho a la salud y el bienestar de las personas en su proceso de envejecimiento, por efectos de la migración o de actividades en el “mercado de trabajo insuficiente, precario y flexible” (Carton de Grammont, 2009), toma relevancia en la actualidad, más aún cuando se acumulan desventajas y procesos de discriminación múltiple que amenazan la calidad de vida de los mexicanos en Estados Unidos o en México.

Este capítulo busca ser una revisión de la literatura producida en las últimas dos décadas en México y Estados Unidos y de discusiones llevadas a cabo en estas tres áreas señaladas recientemente en las que se vinculan la salud mental, el envejecimiento, la migración y los mercados de trabajo en México y Estados Unidos. En una primera parte del capítulo mostramos algunas cifras sobre envejecimiento en el mundo, la salud mental y la presencia de padecimientos en este campo de la salud. En un segundo momento abordamos el envejecimiento y el deterioro de la salud mental de las personas mayores en México y mostramos que existe una relación estrecha entre la pobreza, la marginación, la desigualdad social y las enfermedades mentales, donde las personas adultas mayores y sobre todo las mujeres, son un sector de la población altamente vulnerable. Un tercer apartado trata del impacto de la migración y de los mercados de trabajo sobre la salud mental de las personas mayores mexicanas que trabajan en Estados Unidos. Finalmente, en las conclusiones reflexionamos sobre la necesidad de visibilizar el tema de la salud mental de las personas mayores dentro de las agendas de los gobiernos internacionales y nacionales, dado que enfermedades como la depresión y la ansiedad representan un cuarto de la discapacidad en todo el mundo. Esta

realidad obliga a repensar acciones, planes y programas que atiendan a la brevedad esta problemática global.

ENVEJECIMIENTO Y DETERIORO DE LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se calcula que entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplique, pasando de 12% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2,000 millones de personas mayores de 60 años. Se trata de una población que enfrentará serios desafíos en materia de inseguridad social, deterioro de la salud física y mental, que son indispensables reconocer y atender.

La salud mental es una parte central de la salud de las personas. La OMS integra la salud mental en la definición amplia de la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013). A pesar de los esfuerzos en las políticas, la salud mental puede afectarse. Más de 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neurológico y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población adulta mayor 17.4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad, seguido por los problemas de ansiedad y por abuso de sustancias psicotrópicas (OMS, 2020). El 80% restante mantiene una salud mental aceptable que necesitamos conservar para el mantenimiento de la calidad de vida en el envejecimiento.

La OMS define la demencia como “un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana que afecta principalmente a los ancianos, pero no es una parte normal de la vejez (2020)”. Por su parte, Jané y Gabilondo la definen como “la pérdida de funciones intelectuales con una gravedad suficiente que interfiere con el desenvolvimiento normal de la persona. La enfermedad de Alzheimer, es un proceso neurodegenerativo lento, el cual no se puede detener ni se puede

evitar, y es la forma más frecuente de todos los casos de demencia (60%)” (2008: 7).

Esta organización mundial (OMS, 2020) calcula que en el mundo hay unos 47.5 millones de personas aquejadas por alguna forma de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75.6 millones en 2030 y a 135.5 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirá en países de ingresos bajos y medianos, lo que implica colocar el tema de las enfermedades mentales que padecen las personas mayores en la agenda pública.

Al igual que la demencia, la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornos en la vida cotidiana de las personas que la padecen, pero especialmente de las personas mayores, quienes han acumulado una serie de desventajas sociales a lo largo de su curso de vida. La OMS (2020) registra que la depresión unipolar afecta a 7% de la población de mayores en el mundo y representa 5.7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas con 60 años y más. Uno de los principales problemas en torno al padecimiento de la depresión es que en las unidades de atención primaria de salud ésta no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en las personas mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan.

Otras de las enfermedades mentales más frecuentes son los trastornos de ansiedad que afectan a 3.8% de la población adulta mayor, y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas o psicoactivas, casi a 1%.^[1] Se trata de diversos problemas de salud pública que traen consigo una serie de problemas sociales y económicos, y que recaen no sólo en quien los padece, sino en las personas cuidadoras, en las familias y en la sociedad en su conjunto. En este sentido, es necesario atender no sólo a las personas mayores que experimentan demencia, depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y otras enfermedades mentales, sino apostar por tratamientos integrales que incluyan a personas cuidadoras y familias en su conjunto.

Distintos factores de orden ambiental, social, económico, psíquico, genético y biológico influyen en el bienestar o malestar mental de las personas mayores. Como apuntan Jané y Gabilondo, “aunque no está muy claro si la prevalencia de la depresión y de la ansiedad aumenta o decrece con la edad, se sabe que estas enfermedades se producen más en las últimas etapas de la vida” (2008: 7). Si bien no podemos considerar los problemas de salud mental como exclusivos de la vejez, sí sabemos que son padecimientos que se agudizan durante esta etapa

de la vida, dada la acumulación de múltiples desventajas sociales (Montes de Oca, Gutiérrez y Rea, 2019); enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, obesidad, hipertensión, cáncer; “pérdidas biológicas, físicas, funcionales, cognitivas, económicas, sociales y emocionales” (De los Santos y Carmona, 2018: 2-3), e incluso por los virus como la influenza, Covid-19, la gripe aviar, el dengue y otros, que representan una amenaza cada vez más presente. Asimismo, debido a experiencias dolorosas por el descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, la discapacidad, el aislamiento, la pérdida de la independencia, los cambios en las relaciones familiares, la percepción de soledad y de angustia (Salgado de Synder y Wong, 2007; Montero, 2019; Berenzon, Saavedra, Ledesma y Galván, 2020), entre otros factores que restan a las personas mayores la oportunidad de vivir con autonomía y bienestar. La conjunción de todos estos factores hace que las personas mayores necesiten cuidados a largo plazo por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas físicos que se suman a los padecimientos de orden psicológico y psiquiátrico.

Aunado a todo ello, la OMS (2020) también apunta que las personas mayores pueden ser vulnerables al maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada diez personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causarles lesiones físicas, sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico. Diversas investigaciones en América Latina y el Caribe advierten una prevalencia de maltrato y abuso hacia personas mayores que puede variar de 3 a 30%. Por ejemplo, 3.6% en Cuba, 14.7% en Argentina, 16.2% en México, 17.3% en Paraguay, 21% en Brasil, y 24.8% y 30% en Chile (Giraldo y Dichman, 2013).

Como Mnookin (2016) señala, uno de los principales problemas en la detección y tratamiento oportuno de estas enfermedades, es que el personal sanitario y las propias personas mayores no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión y el estigma hacia estos padecimientos dificulta la búsqueda de ayuda. Berenzon (2019) confirma que existe un porcentaje alto de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben. Mientras que en países desarrollados esta cifra va de 35.5% a 50.3%, en los países en desarrollo va de 76% a 85%, advirtiendo la gran brecha de desigualdad en la atención y tratamiento de los trastornos mentales que se presentan a lo largo

del curso de vida y especialmente durante la vejez. Al respecto, la OMS (2009) calcula que los trastornos mentales representan 12% de la carga mundial de morbilidad, pero sólo una minoría de los afectados recibe tratamiento básico. Existen datos que prueban que en los países industrializados no todas las personas con trastornos mentales reciben un tratamiento adecuado, mientras que en muchos países en desarrollo los servicios de salud mental son totalmente inexistentes y grandes segmentos de la población carecen de acceso rápido a los centros de salud, ya que estos se restringen a los hospitales y están orientados desde una perspectiva psiquiátrica no psicológica.

La importancia de abordar el tema radica en que son justamente las personas mayores las más vulnerables en este sentido y quienes tienden a experimentar graves estragos en su salud debido al padecimiento de enfermedades mentales, la falta de un diagnóstico oportuno, tratamientos integrales e inversión en los sistemas sanitarios que atiendan estas morbilidades.

EL ENVEJECIMIENTO Y EL DETERIORO DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN MÉXICO: FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA DESIGUALDAD

Los cambios en los componentes demográficos como natalidad, mortalidad y migración, incluida la migración internacional, han determinado el volumen y la estructura por edad de la población mexicana que pasó de aproximadamente 16.5 millones de habitantes (8.4 millones de mujeres y 8.1 de hombres) en los años treinta del siglo pasado, a alrededor de 126 millones en 2020 (51.2 % de mujeres y 48.8 % de hombres). Se espera que su volumen aumente hasta llegar a poco más de 150 millones en 2050 (77.9 millones de mujeres y 72.9 de hombres), según indican las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo en Inmujeres, 2015: 5).

En 2020, el porcentaje de personas con 60 años y más representaba 12%, algo equivalente a 15 millones de personas. A pesar de su bajo peso relativo, la población adulta mayor está creciendo de manera acelerada. Se prevé que para 2050 las mujeres con 60 años y más representen 23.3% del total de población femenina y los hombres constituyan 19.5% del total de la masculina. La esperanza de vida de la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2020 con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 en los hombres, lo cual significa

grandes desafíos para los sistemas de salud (física y mental), regímenes de pensión y jubilación, como lo ha comprobado la reciente pandemia por Covid-19. Esta situación se acentuará en el futuro debido a que los grupos de edades más avanzadas constituirán una proporción mayor; en 2020 las y los mayores de 80 años representan 15.1% de personas mayores y en 2050 serán casi 20% (Conapo en Inmujeres, 2015: 5-7; INEGI, 2021). Asimismo, por el incremento de enfermedades crónico-degenerativas y el surgimiento de nuevas epidemias a nivel global con fuertes impactos a nivel local. Se trata de enfermedades que generarán un impacto en la salud de los pacientes, en el sistema sanitario, desafíos en la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, realizados especialmente por las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo en nuestro país (Arroyo, 2010; Arroyo *et al.*, 2014; Enríquez, 2014; Garay *et al.*, 2020; Rea *et al.*, 2021).

En México, las estimaciones presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (INEGI-ENASEM, 2012), mostraron que 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres con 50 años y más, tuvieron síntomas como tristeza profunda, menor capacidad de concentración, baja autoestima y pensamientos recurrentes de muerte.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012) del INEGI brinda información epidemiológica importante sobre la frecuencia de demencias y deterioro cognoscitivo no demencia (DCND) en diferentes grupos de edad. Esta encuesta incluye por primera vez una sección para población con 60 años y más, la cual evaluó la frecuencia de DCND, demencias y sintomatología depresiva clínicamente significativa (SDCS). Los hallazgos que arrojó la Ensanut (2012) determinaron la prevalencia para deterioro cognoscitivo no demencia de 7.3%, para demencias de 7.9% y 35.6% para sintomatología depresiva clínicamente significativa. Al estratificar por sexo, grupos de edad y escolaridad, área de residencia y nivel socioeconómico, se encontró en general una tendencia a mayor prevalencia para todas las condiciones neuropsiquiátricas señaladas en los siguientes estratos: mujeres y área rural. La Ensanut (2012) también mostró un franco incremento asociado a mayor edad para DCND y demencia, no así en el caso de SDCS. En cuanto a las asociaciones de las condiciones de salud mental estudiadas, éstas mostraron una tendencia al incremento con el medio socioeconómico y nivel de

escolaridad bajos, pero con una menor consistencia (Sosa, Acosta y Salinas, 2013: 32). Se trata de padecimientos potencialmente incapacitantes, generadores de mala calidad de vida en quien los sufre, las familias, las y los cuidadores, además de alta inversión económica para el Estado. Los trastornos mentales, en todos los grupos de edad, no sólo durante la vejez, con frecuencia se asocian a alta morbilidad, mortalidad, discapacidad y suicidio. Asimismo, en el caso de las personas mayores, la comorbilidad con otras enfermedades crónicas como las cardiopatías, la diabetes, la hipertensión y otras, es frecuente. Las desventajas acumuladas en la multimorbilidad ponen de manifiesto la necesidad de un enfoque promotor de la salud física y mental desde etapas tempranas del curso de vida, y una modificación de los condicionantes sociales en la calidad de vida de las personas, independientemente de su edad.

En esa lógica, Gutiérrez y Arrieta (2015) encuentran algunos factores de riesgo sociodemográficos para la aparición de la demencia: “la desventaja social, el analfabetismo, que propician la exposición temprana a factores de riesgo que alteran el proceso biológico del envejecimiento y la multimorbilidad, en particular cardiovascular y metabólica (diabetes). Por otra parte, el acceso limitado a los sistemas de salud y la calidad de atención médica heterogénea a este respecto propician un diagnóstico tardío; y la ausencia de un sistema de cuidados a largo plazo hace que la carga de los cuidados recaiga totalmente sobre las familias” (Gutiérrez y Arrieta, 2015: 669).

Al tema de los cuidados de las personas que experimentan algún padecimiento mental, se suma una problemática aún mayor y es la alta incidencia de estas enfermedades en las mujeres, especialmente en las mujeres mayores. De acuerdo con Jané y Gabilondo (2008), hay ciertos grupos que tienen más riesgo de padecer trastornos mentales, como el caso de las mujeres, personas que no están casadas o viven solas, personas con enfermedades físicas y personas con discapacidad (especialmente cuando cursan con dolor y trastornos del sueño). De los Santos y Carmona (2018) señalan que “existe una mayor prevalencia de episodios depresivos en mujeres mayores, ya que ellas presentan una mayor severidad e impacto de los síntomas somáticos, concluyendo que el género es factor de riesgo. Así, estudios epidemiológicos han reportado que la recurrencia del trastorno depresivo es por lo menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres” (2018: 3).

En un estudio realizado por estos autores, en una muestra de 5,275 personas mayores de 60 años en México, encontraron que 3,920 personas entrevistadas presentaban depresión; es decir, 74.3% de la población consultada se había sentido deprimida, infeliz, sola, cansada, sin energía, triste, agobiada, que no disfrutaba de la vida, con sueño intranquilo, síntomas presentes durante dos o más semanas seguidas (1,734 hombres y 2,180 mujeres). Cifras que “sobrepasan las estimaciones propuestas por la Ensanut 2012 y por la OMS 2011. Es relevante advertir que 55.8% de las mujeres y 44.2% de los hombres revelaron estos síntomas, por lo que la situación concuerda con la evidencia empírica que señala mayor prevalencia de depresión en mujeres mayores” (De los Santos y Carmona, 2018: 9). Asimismo, en el caso de las demencias, Gutiérrez y Arrieta apuntan que “los factores de riesgo de demencia incidente identificados en esta cohorte son, en orden de importancia decreciente: el deterioro funcional instrumental preexistente, la presencia de diabetes, el deterioro sensorial (auditivo y/o visual), la depresión, la edad y el sexo femenino” (2015: 670).

Relacionado con lo anterior, advertimos que la población adulta mayor en general, pero especialmente las mujeres mayores, se enfrentan a diferentes causas de morbilidad y mortalidad en relación con las generaciones que les precedieron, tales como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares, cáncer, embolias, artritis, reumatismo, enfermedades de las vías urinarias y del riñón (OMS, 2006, 2011), aunado a los problemas de salud mental que hemos señalado. Asimismo, es frecuente la presencia de varios padecimientos (polimorbilidad) que incrementan las consecuencias de deterioro de la salud, convirtiendo el envejecimiento óptimo en un envejecimiento patológico, el cual se caracteriza por pérdida de funcionalidad, dependencia, discapacidad, pérdida de alguna extremidad, deterioro cognitivo, fragilidad, presencia de síntomas por periodos mayores de tiempo, intensificación de dolor crónico y el uso intensivo de fármacos. Este conjunto de condiciones actúa de manera conjunta para debilitar los mecanismos de respuesta y la capacidad para conservar la armonía física, social y mental.

Finalmente, Berenzon (2019) indica que los principales retos para la atención de la salud mental de las personas mayores en México guardan una relación estrecha con causas de la brecha en el tratamiento; retraso en la búsqueda de atención; bajo porcentaje de personas que llega a tratamiento. Asimismo, entre las barreras asociadas con la baja búsqueda de ayuda, están:

financieras; disponibilidad de servicios; transportación; tratamiento no efectivo, y el estigma asociado con los padecimientos. Por último, entre los factores que intervienen negativamente en la atención de personas mayores, se encuentran: las condiciones “normales” del proceso; personal no capacitado; el hecho de que la salud mental no es una prioridad de los servicios; énfasis en los problemas contra los aspectos positivos; existen importantes diferencias entre las necesidades sentidas por la población y el tipo de servicios que ofrece el sistema de salud. Por lo anterior, resulta urgente centrar las acciones en un modelo de atención que atienda estas particularidades.

EL DETERIORO DE LA SALUD MENTAL EN MEXICANOS EN ESTADOS UNIDOS: EL IMPACTO DE LA MIGRACIÓN Y LOS MERCADOS DE TRABAJO EN LAS PERSONAS MAYORES

Como mencionamos en las primeras páginas, la migración representa una experiencia que marca la salud física y mental de las personas. Su estudio ha sido atendido en diversas investigaciones que muestran la relación estrecha entre el deterioro de la salud mental y los procesos de migración a las grandes ciudades del mundo. Migración que puede ser interna o internacional. En la migración México-Estados Unidos, la evidencia encontrada desde México ha mostrado que el tránsito como indocumentados hacia las ciudades de Estados Unidos puede ser un evento que deteriora la salud mental de las y los migrantes. Su efecto es diferencial entre hombres y mujeres, ambos sufren violaciones a sus derechos humanos y laborales. Por su parte, las condiciones del mercado de trabajo varían no sólo conforme al género (León, 1999), sino de acuerdo con otras “características de los migrantes y sus contextos migratorios como su origen social y étnico, sus ingresos, sus historias migratorias, sus formas de migración, los costos de la migración, los procesos de conformación de sus redes de apoyo social y los tipos de hogares que configuran en el nuevo contexto de residencia” (Carton de Grammont, Lara y Sánchez, 2004: 360). Tal como se ha documentado, la nueva residencia de las personas mayores mexicanas en Estados Unidos representa un cambio de vida radical que en cierta medida los aísla de la vida social, teniendo como consecuencia experiencias de ansiedad y depresión (Montes de Oca *et al.*, 2008: 155). Barabas (2001); Carton de Grammont, Lara y Sánchez (2004), y Suárez (2005), muestran que las configuraciones y reconfiguraciones familiares tienen un papel

fundamental en la vida social y el bienestar de las y los migrantes. Mientras que en el lugar de origen existe la figura de la familia nuclear o extensa que protege a sus integrantes, en los nuevos contextos migratorios predomina la figura de “las casas divididas”, “los hogares transnacionales”, las “familias binacionales”, las “familias mixtas” (Carton de Grammont, Lara, Sánchez, 2004: 360) que, dadas las condiciones difíciles y peligrosas de la migración indocumentada, no siempre garantizan la protección de personas como niñas, niños y personas mayores.

Una dimensión intermedia por la cual transitan las personas migrantes son los espacios designados en el mercado de trabajo para ellos, sean documentados o indocumentados. Las tareas manuales destinadas a las y los migrantes, en actividades no calificadas, parecen ser los espacios donde se experimenta el deterioro de la salud mental.

Canales (2017) apunta que la dinámica y la conformación del mercado de trabajo en los Estados Unidos dependen en gran medida de los patrones de inserción de cada grupo étnico —afrodescendientes, población aborigen, asiáticos y latinos, principalmente— en la estructura ocupacional. El mercado de trabajo configura un campo preferencial en la disputa de la distribución de los excedentes económicos y, por ese medio, en la estructuración de las clases sociales.

El mercado laboral no sólo opera como un espacio de regulación de relaciones económico-productivas, sino también como un campo donde se expresan las correlaciones de fuerza entre los distintos actores económicos, sociales y políticos, constituyendo, por tanto, un espacio fundamental en la configuración de la desigualdad social y de las asimetrías de poder económico y político. El mercado de trabajo no es sólo un espacio económico donde se determina el salario, sino que es un campo social de negociación de los trabajadores frente al capital, el Estado y el resto de la sociedad (Carton de Grammont, Lara y Sánchez, 2004: 15).

De aquí que las minorías, sobre todo los latinos, tienen una clara desventaja en cuanto al acceso a la educación, la salud física y mental, el trabajo y la distribución del ingreso. Debido a esto, las poblaciones de migrantes mexicanos envejecidas padecen la racialización de la desigualdad social que se traduce en segregación residencial, aislamiento, soledad, falta de empleo, servicios de salud y otras condicionantes que pueden provocar daños en la salud mental (Ramírez y Montes de Oca, 2021 y 2020).

Por su parte, otros estudios abordan el tema del desempleo y su impacto en la población inmigrante mexicana (Caicedo y Van Gameren, 2016). La exposición de los migrantes al racismo, la exclusión social, la pobreza, los malos empleos, las malas viviendas, las zonas más contaminadas, con ruido, así como vivir en zonas sobrepobladas, en aislamiento y soledad, pueden ser detonantes de padecimientos mentales como depresión, ansiedad y estrés en las megaciudades (Fábrega, 1969; Fábrega y Wallace, 1970; Santillanes, 2017; Rose, 2019).

De acuerdo con la Current Population Survey (CPS), en el año 2018 se estimó que alrededor de 38.5 millones de personas residentes en Estados Unidos eran de origen mexicano, de las cuales 12.3 millones eran personas nacidas en México y 26.2 millones mexicanos de segunda y tercera generación, es decir, personas con uno o ambos padres nacidos en México y personas que se autodefinen como de ascendencia mexicana, respectivamente (Conapo, 2018). Del mismo modo, Li Ng y Nava, a partir de estimaciones de la Current Population Survey, indican que “entre 2009 y 2012, periodo que coincide con la primera administración de Barack Obama, se contabilizó que, en promedio, en Estados Unidos residían 1.2 millones de adultos mayores migrantes mexicanos, que representan casi una décima parte del total de migrantes mexicanos en esa nación” (2014: 213).

En las investigaciones realizadas desde Estados Unidos sobre la salud mental y las minorías, cabe mencionar una línea de investigación que surgió en la década de los setenta. En aquel momento fue importante determinar qué características de los grupos minoritarios los ponían en mayor riesgo para el desarrollo de un trastorno psiquiátrico. Los estudios pioneros en esta línea de investigación fueron los de Fábrega (1969) y Fábrega y Wallace (1970), cuyos resultados mostraron que los inmigrantes mexicanos menos aculturados — adaptados a la nueva cultura americana—, tenían más problemas de salud mental. Así, infirieron que los índices de distrés psicosocial y desórdenes mentales mayores entre los menos aculturados se debían a que el inmigrante se aferraba a la cultura mexicana y se exponía de forma conflictiva a la nueva cultura. En esta línea de investigación, los procesos adaptativos de asimilación se ubican en el centro y culpabilizan a las personas migrantes de su falta de asimilación. Esta postura contrasta con la investigación desarrollada en México que responsabiliza a los factores estructurales del mercado de trabajo y a la

falta de oportunidades que ofrece el gobierno norteamericano a las y los trabajadores.

Posteriormente, Vega, Kolody y Valle (1987, en Santillanes, 2017: 67) trataron de probar empíricamente el modelo de migración-adaptación de Fábrega, para saber si tenía un valor predictivo para la sintomatología depresiva, en una muestra de mujeres inmigrantes mexicanas en el condado de San Diego, California. Los resultados indicaron que la mayoría de los factores considerados por el modelo de Fábrega (1969) están significativamente relacionados con los síntomas depresivos de las mujeres migrantes, para quienes las oportunidades económicas y la distancia entre el lugar de origen y el lugar de destino tenían un peso determinante para el desarrollo o no de la depresión.

Otro trabajo importante es el estudio de Aranda, Castaneda, Lee y Sobel (2001), cuyo objetivo central fue conocer si los hombres y mujeres mexicoamericanos tenían distintas respuestas ante la depresión y el estrés. Los resultados apuntaron que aun cuando hombres y mujeres no difieren significativamente en el índice de síntomas depresivos, variaban las fuentes de estrés y apoyo social asociados con la depresión. Son sobre todo las mujeres quienes están expuestas al estrés que provocan las actividades asociadas a su rol de género como el cuidado del hogar, el cuidado del esposo, los hijos y otros integrantes de la familia, que pueden llegar a ocasionar cuadros depresivos y de ansiedad.

Otro estudio realizado por Breslau *et al.* (2011), en el que participaron 554 mexicanos (259 hombres y 295 mujeres) que habían llegado a Estados Unidos y 2,519 mexicanos que no habían migrado (904 hombres y 1,615 mujeres), mostró que los inmigrantes estaban en mayor riesgo para desarrollar depresión o ansiedad después de la migración, cuando se les comparaba con los otros miembros de la familia que se quedaron en México. Entre los hallazgos encontraron que los mexicanos que migraron a los Estados Unidos tenían una mayor prevalencia en depresión (17.4%) y ansiedad (11.7%).

Del mismo modo, basada en la teoría del estrés psicológico, Santillanes (2017) advierte de la existencia de una serie de factores de estrés que predominan en algunos sectores de la población y que afectan especialmente a aquellos que experimentan cambios abruptos como la migración y que no cuentan con los recursos económicos, sociales y culturales para hacerles frente. Entre los factores que pueden dificultar el proceso de adaptación al nuevo

entorno para los migrantes y generar mayor estrés, están: “las diferencias culturales; la separación de la familia en el lugar de origen; la inestabilidad económica en la sociedad de origen y destino; la habilidad para aprehender un nuevo idioma y sistema cultural; la falta de apoyo social; bajo nivel socioeconómico; acontecimientos negativos en vida como rupturas matrimoniales o viudez” (Santillanes, 2017: 64-65). Todos considerados predictores de problemas de salud mental y depresión en las y los migrantes mexicanos en Estados Unidos.

Si bien estos estudios no están realizados entre la población adulta mayor sino en muestras de distintos rangos de edad, son importantes porque muestran que, a mayor tiempo de residencia en Estados Unidos y menor aculturación o adaptación a los nuevos entornos urbanos de las grandes ciudades, puede existir mayor probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental como depresión y ansiedad. No es que la migración en sí provoque deterioro de la salud mental, sino que existen distintos determinantes sociales del entorno, desventajas acumuladas, segregación, pobreza, exclusión social y violencia, que influyen en los procesos de adaptación o no al nuevo medio, y que en caso de no ser favorables contribuyen a algún desorden mental. Un aspecto coyuntural pero sumamente importante es la política migratoria que el gobierno de Estados Unidos propicia sobre la seguridad pública hacia la población hispana, rompiendo las redes sociales de la población, sus vínculos y estigmatizando su presencia en el área donde reside. Su movilidad se ve limitada por la vigilancia policiaca, por entornos sociales que generan un alto nivel de estrés sin atención psicológica y sin contención con redes de apoyo social (Menjivar, 2000). Del mismo modo, hay que tener en cuenta que la migración no sólo implica el desplazamiento de México a Estados Unidos, sino procesos de deportación, el propio tránsito migratorio y los peligros que implica, personas solicitando refugio o asilo, menores repatriados y separados de sus familias, personas mayores al cuidado de los menores en los contextos de migración, y muchos otros aspectos que inciden sobre la calidad de vida y la salud mental de las poblaciones. De ahí que especialistas como Bojórquez (2019), Rose (2019) y Caicedo (2019) confirmen que son los más pobres y aquellos con mayores desventajas sociales quienes sufren más desórdenes mentales en contextos de alta migración.

Justamente estudios como los de Caicedo (2019) entre inmigrantes mexicanos, nativos blancos no hispanos y afroestadounidenses, indican que

existe una relación intrínseca entre los procesos de migración, empleo y salud mental. Algunos de sus resultados muestran que la estabilidad laboral y el empleo de tiempo completo, sobre todo contar de uno a tres años de antigüedad en el trabajo, reduce la probabilidad de desarrollar una enfermedad mental grave. Respecto a las jornadas de trabajo, concluye que trabajar entre 35 y 48 horas reduce el riesgo de obtener una puntuación alta en la escala de Kessler[2] o desarrollar una enfermedad mental grave. Si bien este estudio se realiza entre población de 18 y 65 años y no exclusivamente entre población adulta mayor, destaca la importancia de la relación entre el empleo formal y el mantenimiento de la salud mental, en un contexto donde las condiciones de trabajo se han precarizado, los contratos de trabajo son más escasos, la cobertura médica es escasa y el empleo informal sobresale. Todo como condición de la reestructuración de la economía y los mercados globales. Pese a este oscuro panorama, existen posibilidades de resiliencia, participación política de los migrantes y la posibilidad de construir comunidad (Bojórquez, 2019).

Finalmente, destacamos la importancia de la cooperación multilateral entre ambos países para la atención y tratamiento de los padecimientos mentales en las personas mayores en México y Estados Unidos, ya que es un grupo en crecimiento y que no ha sido estudiado de manera integral en su salud, así como la generación de políticas públicas con una visión sistémica, de curso de vida, género e intercultural basadas en la noción de derechos de las personas mayores, conforme a los instrumentos internacionales más progresistas como el Consenso de Montevideo (2013), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) y el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (OIT, 1989).

Se requiere atención oportuna no sólo en el área propia de la salud, sino en la generación de procesos psicoeducativos e informativos entre la población en general y los prestadores de salud, que prevengan los estigmas, el racismo y la discriminación hacia las personas que presentan estos padecimientos. Requerimos transitar de una atención asistencialista a una atención basada en derechos humanos, que permita acceder a una amplia gama de servicios en salud mental con una visión especializada de larga duración y con un enfoque comunitario. No menos importante es la recuperación de espacios públicos, ya que los estudios muestran que entornos saludables, desarrollo de actividades

físicas y promoción de la convivencia intergeneracional y comunitaria son determinantes para conservar la salud física y mental.

CONCLUSIONES

El deterioro de la salud mental de las personas mayores es un tema subestimado, no obstante que representa cerca de un cuarto de la discapacidad en todo el mundo. En las principales ciudades de países como Reino Unido, Estados Unidos, México y Brasil, las enfermedades mentales entre este sector de la población son causa importante de discapacidad (sobre todo la depresión y la ansiedad). De ahí la relevancia de analizar la relación entre salud mental y envejecimiento en México y Estados Unidos que comparten una historia y políticas migratorias comunes.

En 2008 la OMS lanzó el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (MHGAP por sus siglas en inglés, Mental Health Gap Action Programme), destinado a dar respuesta a la falta de atención para quienes sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (Sosa, Acosta y Salinas, 2013: 33). También en 2013 publicó un extenso documento señalando un Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. En esta publicación se hace alusión a la importancia de promocionar la salud mental y prevenir sobre los trastornos que la afectan, así como los determinantes y sus consecuencias. Sin duda, el deterioro de la salud mental es consecuencia de factores sociales vinculados a la desigualdad, la pobreza de oportunidades y las carencias sociales (OMS, 2013). Por tanto, no es sólo un efecto del envejecimiento, de la edad o de las personas en sus capacidades intrínsecas. Tampoco es el resultado unívoco de procesos de aculturación y adaptación. Tal pareciera que en algunos contextos los factores externos pesan más que los factores personales. Al menos la literatura sobre la población mayor que migra a Estados Unidos muestra evidencia al respecto.

Para las personas mayores, la OMS destaca la importancia de que los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad avanzada mediante las medidas siguientes: capacitación de los profesionales sanitarios en la atención a las personas mayores; prevención y atención de las enfermedades crónicas que acompañan a la vejez, como los problemas mentales, neuronales y por abuso de sustancias psicotrópicas; elaboración de

políticas sostenibles sobre la asistencia a largo plazo y los cuidados paliativos; creación de servicios y entornos que favorezcan a las personas de edad (OMS, 2020).

Asimismo, la OMS señala la importancia del fomento de hábitos activos y saludables para mejorar la salud mental de las personas mayores. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e incluyentes. Para promover la salud, las personas mayores deben contar con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas en materia de protección y libertad; viviendas adecuadas mediante políticas apropiadas; apoyo social a las personas aún más longevas y a quienes cuidan de ellas; programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a grupos vulnerables como las personas que viven solas y las que habitan en el medio rural o las aquejadas de enfermedades mentales o somáticas; programas para prevenir y abordar el maltrato de las personas mayores, y programas de desarrollo comunitario (OMS, 2020).

Otras acciones como el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y de calidad; la optimización de la salud física y psíquica; la identificación y el tratamiento de las enfermedades físicas conexas; la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos difíciles, y el suministro de información y apoyo prolongado a los cuidadores, son fundamentales para mejorar la salud de las personas en esta condición. También es imprescindible contar con un marco legislativo apropiado, basado en las normas internacionales sobre derechos humanos, para ofrecer los servicios de la mejor calidad a las personas con enfermedades mentales y a quienes cuidan de ellas.

Estudiar la influencia de factores de riesgo como el sexo, la edad, la escolaridad, el estado civil y el acceso a servicios de salud, polimorbilidad, polifarmacia, nivel de somatización, capacidad funcional, limitación en actividades básicas de la vida y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD-AIVD), los ingresos, la ocupación, el apoyo económico, el apoyo no económico, el apoyo social y la satisfacción con la vida, entre otros temas, son fundamentales de acuerdo con lo revisado en este capítulo.

Promocionar la calidad de vida en este grupo poblacional es uno de los retos más apremiantes de las políticas sociales y de salud en nuestro país y en Estados Unidos. Es necesario que se desarrollen planes de acción que garanticen una atención médica y psicológica de calidad. Del mismo modo,

deben promoverse políticas públicas dirigidas a garantizar condiciones de vida y entornos saludables.

En 2020, la esperanza de vida de las mujeres ascendió a 77.5 años y la de los hombres a 72.1 años, cifras que se incrementarán a 81.6 y 79.4 años en 2050, respectivamente. Las proyecciones de población prevén que prevalecerá el mayor número de mujeres que de hombres adultos mayores y que en 2050 ellas representarán 56.1% de la población de 60 años y más (Conapo en Inmujeres, 2015). Es importante anticiparnos a los efectos de la desigualdad y la pobreza general en las personas en su proceso de envejecimiento, promover la salud y retardar lo más posible el deterioro de la salud física y mental. Hoy ante el Covid-19, la salud —física y mental— estará en el centro de las políticas públicas y más aún con el lanzamiento de la OMS de un envejecimiento saludable. Pensar a las personas migrantes y su envejecimiento, los efectos en quienes se van y quienes se quedan, serán temas que no deben invisibilizarse ante la urgencia por vacunas y servicios médicos especializados para atender la pandemia. La curva de la desigualdad está íntimamente relacionada con la salud de las poblaciones, y las personas mayores incrementan cada vez más su importancia en las políticas públicas de nuestros países, todo lo cual se debe seguir estudiando e informar a la sociedad y a los gobiernos para el mejoramiento de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda, María P.; Irma Castaneda; Pey-Jiuan Lee; Eugene Sobel (2001). “Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans”. *Social Work Research* 25, 1: 37-48.
- Arroyo, Concepción (2010). “El cuidado en la vejez avanzada. Escenarios y tramas de violencia estructural y de género”. *Iberofórum* 10: 1-21.
- Arroyo, Concepción; Verónica Montes de Oca; Janet Juanico; Ana Luisa Sosa; Isaac Acosta; Martin Prince; Rosie Mayston; Peter Lloyd-Sherlock (2014). “Dinámicas familiares complejas, violencias y cuidado informal. El caso de adultos mayores y sus cuidadoras en la ciudad de México”. En *Cuidadores informais de pessoas idosas. Caminhos de mudança*, coordinado por Dayse Neri de Souza y Marilia Santos Rua, 272-276. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.

- Barabas, Alicia M. (2001). "Traspasando fronteras: los migrantes indígenas de México en Estados Unidos". *Cuadernos del Sur* 16: 97-110.
- Berenzon, Shoshana (2019). "Retos para la atención de la salud mental en México". Ponencia presentada en el Seminario Internacional Desafíos para políticas públicas en el siglo XXI: salud mental, envejecimiento y megaciudades. Ciudad de México, 1 y 2 de abril.
- Berenzon, Shoshana; Nayelhi Saavedra; Roselee Ledesma, y Jorge Galván (2020). "Social vulnerability and emotional distress in older adults: A study in primary care centers in Mexico City". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 31, 2: 700-712.
- Bojórquez, Ietza (2019). "Mental health and migration in Mexico". Ponencia presentada en el Seminario Internacional Desafíos para políticas públicas en el siglo XXI: salud mental, envejecimiento y megaciudades. Ciudad de México, 1 y 2 de abril.
- Breslau, Joshua; Guilherme Borges; Daniel Tancredi *et al.* (2011). "Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders. A cross-national study". *Arch Gen Psychiatry* 68, 4: 428-433.
- Caicedo, Maritza (2019). "Condiciones de empleo y malestar psicológico en inmigrantes mexicanos en Estados Unidos". Ponencia presentada en el Seminario Internacional Desafíos para políticas públicas en el siglo XXI: salud mental, envejecimiento y megaciudades. Ciudad de México, 1 y 2 de abril.
- Caicedo, Maritza (2019). *Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Caicedo, Maritza, y Edwin van Gameren (2016). "Unemployment and mental health among Mexican immigrants and other population groups in the United States". *Migraciones Internacionales* 8, 4 (julio-diciembre): 167-200.
- Canales, Alejandro (2017). "Migración y trabajo en Estados Unidos. Polarización ocupacional y racialización de la desigualdad social en la postcrisis". *REMHU-Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* 25, 49 (enero-abril): 13-34.
- Carton de Grammont Barbet, Hubert Francis Marie; Sara María Lara Flores, y Martha Judith Sánchez Gómez (2004). "Migración rural temporal y

- configuraciones familiares: los casos de Sinaloa, México; Napa y Sonoma, EEUU”. En *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, coordinado por Marina Ariza y Orlandina de Oliveira, 357-368. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Carton de Grammont Barbet, Hubert Francis Marie (2009). “La desagrarización del campo mexicano”. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales* 50 (mayo-agosto): 13-55.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2018). *Mexicanos en Estados Unidos. Datos, gráficos y mapas (Cifras 2017 y 2018)* [en línea]. Disponible en: <<https://www.gob.mx/conapo/articulos/mexicanos-en-estados-unidos-datos-graficos-y-mapas-cifras-2017-y-2018?idiom=es>>. (Consulta: 22 de junio del 2020).
- De los Santos, Perla Vanessa, y Sandra Emma Carmona Valdés (2018). “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo”. *Población y Salud en Mesoamérica* 15, 2: 1-22.
- Enríquez, Rocío (2014). “Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México”. *Cuadernos de Pesquisa* 44, 152: 378-399.
- Fábrega, Horacio (1969). “Social psychiatric aspects of acculturation and migration: A general statement”. *Comprehensive Psychiatry* 10: 314-326.
- Fábrega, Horacio, y Carole Ann Wallace (1970). “Acculturation and psychiatric treatment: A study involving Mexican Americans”. *British Journal of Social Psychiatry and Community Health* 4, 2: 124-136.
- Garay, S.; V. Montes de Oca, y C. Arroyo (2020). “Costos de los cuidados e implicaciones para las cuidadoras de personas mayores en México”. En *Envejecimiento activo, calidad de vida y género. Las miradas académica, institucional y social*, coordinado por G. Fernández-Mayoralas y F. Rojo-Pérez. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Giraldo, Liliana, y Lía Dichman (2013). “Latin America”. En *International Perspectives on Elder Abuse*, coordinado por Amanda Philan, 134-150. Nueva York: Routledge.
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, e Isabel Arrieta Cruz (2015). “Demencias en México: la necesidad de un plan de acción”. *Gaceta Médica México* 15: 667-673.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). *Base de datos*. México: Instituto Nacional de

Estadística y Geografía, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2012). *Base de datos*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Instituto Nacional de Geriátría/Instituto Nacional de Salud Pública/ University of Pennsylvania/University of Wisconsin Madison.

Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. México: Gobierno de la República.

Jané, Eva, y Andrea Gabilondo (2008). *Mental Health in Older People. Consensus Paper*. Luxemburgo: European Communities.

León Torres, María Soledad de (1999). “Familia y género: las identidades locales en un contexto de migración a Estados Unidos”. En *Bajo el signo del Estado*, coordinado por José Eduardo Zárate Hernández, 143-156. México: El Colegio de Michoacán.

Li Ng, Juan José, e Isalia Nava Bolaños (2014). *Los adultos mayores migrantes mexicanos en Estados Unidos*. México: Consejo Nacional de Población.

Martínez, Mario, y Telésforo Ramírez (2020). *Vejez y envejecimiento: migración, condiciones de vida e interdependencia*. México: UNAM, SDI, SUIEV.

Menjívar, Cecilia (2000). *Fragmented Ties: Salvadoran Immigrant Networks in America*. Berkeley: University of California Press.

Mnookin, S. (2016). *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority Report*. Ginebra: World Bank Group and World Health Organization.

Montero, María (2019). “Loneliness and stress: Threats to mental health in later life”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Desafíos para políticas públicas en el siglo XXI: salud mental, envejecimiento y megaciudades. Ciudad de México, 1 y 2 de abril.

Montes de Oca, Verónica; Ahtziri Molina Roldán, y Rosaura Ávalos (2008). *Migración, redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transnacionales de la vejez en Guanajuato*. México: Gobierno del estado de Guanajuato-IISUNAM.

Montes de Oca, Verónica; Paola Gutiérrez Cuéllar, y Patricia Rea Ángeles (2019). “Desafíos desde la perspectiva de género y condición étnica en desigualdad y pobreza: ¿cómo envejecer?” En *Género, seguridad y salud*,

coordinado por Alberto Vital, 15-36. México: Coordinación de Humanidades de la UNAM.

Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* [en línea]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf>. (Consulta: 15 de febrero 2020).

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Perú: OIT.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública* [en línea]. Disponible en: <<http://www.opsecu.org/jspui/bitstream/123456789/1085/1/1085.pdf>>. (Consulta: 15 de junio del 2020).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?* [en línea]. Disponible en: <<http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>>. (Consulta: 15 de junio del 2020).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=07C7C9566EC3817A4B6CB437623B72A0?sequence=1>. (Consulta: 12 de noviembre de 2020).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). “La salud mental y los adultos mayores” [en línea]. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>>. (Consulta: 17 de junio del 2020).

Prince, M.; P. Lloyd-Sherlock; M. Guerra; Y. Huang; A. L. Sosa; R. Uwakwe; I. Acosta; Z. Liu; S. Gallardo; M. Guerchet; R. Mayston; V. Montes de Oca; H. Wang, y P. Ezeah (2016). “The economic status of older people’s households in urban and rural settings in Peru, Mexico and China; a 10/66 INDEP study cross-sectional survey”. *SpringerPlus* 5: 258, 1-16 (DOI 10.1186/s40064-016-1913-2).

- Ramírez, Telésforo, y Verónica Montes de Oca (2020). “Migración, envejecimiento y salud: un estudio de caso de los adultos mayores mexicanos inmigrantes en Estados Unidos”. En *Migraciones, injusticias y salud*, coordinado por José Luis Ávila y Malaquías López, 197-225. México: UNAM.
- Ramírez, Telésforo, y Verónica Montes de Oca (2021). “Acceso a la salud de las personas adultas mayores mexicanas inmigrantes en Estados Unidos”. En *Nuevas realidades de la migración en México. Cambios y continuidades*, coordinado por Ana Melisa Pardo-Montaña. México: Instituto de Geografía de la UNAM.
- Rea Ángeles, Patricia; Verónica Montes de Oca Zavala, y Karla Pérez Guadarrama (2021). “Políticas de cuidado con perspectiva de género”. *Revista Mexicana de Sociología* 3, año 83 (julio-septiembre): 547-580.
- Rose, Nikolas (2019). “Mental health, migration and megacities: Contemporary mental health challenges of rural to urban migration”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Desafíos para políticas públicas en el siglo XXI: salud mental, envejecimiento y megaciudades. Ciudad de México, 1 y 2 de abril.
- Salgado de Synder, N., y R. Wong (2007). “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”. *Salud Pública de México* 49, 4: 515-521.
- Santillanes Allande, Nadia Irina (2017). “El proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes mexicanas que residen en Nueva York”. Tesis de doctorado en Antropología. México: CIESAS.
- Sosa Ortiz, Ana Luisa; Isaac Acosta Castillo, y Aarón Salinas Rodríguez (2013). “Salud mental en adultos mayores mexicanos: deterioro cognitivo, demencia y depresión”. En Serie *Cuadernillos de Salud Pública. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*. México: Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Geriátría.
- Suárez Navaz, Liliana (2005). “Género, migración y cambio. Una perspectiva transnacional”. En *Delitos y fronteras: mujeres extranjeras en prisión*, coordinado por María Jesús Miranda, María Teresa Martín y Cristina Vega, 45-78. Madrid: Universidad Complutense de Madrid/Editorial Complutense.

- Vargas Terrés, Blanca Estela *et al.* (2011). “Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas”. *Salud Mental* 34: 323-331.
- Vega, William A.; Kyriakos S. Markides; Jacqueline L. Angel, y Fernando M. Torres-Gil (coords.) (2015). *Challenges of Latino Aging in the Americas*. Nueva York: Springer International Publishing.
- World Health Organization (2009). *Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care*, Washington, D.C.
- Wilkinson, Richard, y Michael Marmot (2003). “Social determinants of health: The solid facts”, segunda edición. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>.

- [1] De acuerdo con Jané y Gabilondo (2008: 8), los trastornos derivados del uso del alcohol son muy frecuentes entre las personas mayores, sobre todo en hombres, y especialmente en aquellos que padecen exclusión social, solteros, separados o divorciados. El uso problemático del alcohol está asociado con el deterioro generalizado de la salud física, psicológica, social y cognitiva. De acuerdo con los estudios realizados, la prevalencia de estos trastornos en las personas con más de 65 años está aproximadamente en 3%. No obstante, muchos casos no se detectan ya que los criterios de diagnóstico y los instrumentos de barrido están dirigidos a adultos jóvenes. No podemos dejar de señalar que el uso de fármacos psicotrópicos entre personas mayores es elevado, especialmente entre las mujeres, y que aumenta con la edad, aunque los estudios de población determinan que la prevalencia de la dependencia de los fármacos es todavía baja entre la población de mayores.
- [2] De acuerdo con Vargas *et al.* (2011), la alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención permanece subdiagnosticada; de 30% a 50% de los pacientes que se atienden en este nivel presentan algún problema de salud mental que no es reconocido por el médico general. Los obstáculos en el diagnóstico de los trastornos de salud mental generan una importante limitación para su identificación y atención en los ámbitos nacional e internacional. Se han establecido diferentes estrategias para abordar este problema, sin embargo, no existen suficientes evidencias para determinar cuál es la mejor. La escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) es una escala breve y de fácil aplicación por el personal del primer nivel de atención y ha sido utilizada en diferentes estudios a nivel poblacional.

Capítulo 5

Perfil de salud de las/os mexicanas/os de 50 años o más, con y sin experiencia migratoria hacia Estados Unidos.

Una mirada comparativa entre las personas no migrantes y las que retornan

Claudio Alberto Dávila Cervantes

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso-México)

Marcela Agudelo Botero

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud.

Facultad de Medicina de la UNAM

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

México se encuentra inmerso en una rápida transición demográfica y epidemiológica. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), la esperanza de vida al nacer de la población mexicana en 1950 era de 47.3 años; para 2020 ya se había incrementado a 75 años, y se espera que para 2050 sea de 79.6 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021; Conapo, 2020). Por otro lado, la fecundidad ha disminuido de manera sostenida desde hace varias décadas; en 1990 la tasa global de fecundidad (TGF) era de 3.45 hijos por mujer, mientras que para 2010 el indicador alcanzó un nivel de 2.31 y se estima que en 2050 sea de 1.72 (Conapo, 2020). Esta mayor esperanza de vida, junto con una fecundidad en descenso ha provocado que la población mexicana se encuentre en un proceso de envejecimiento demográfico (Ham-Chande, 2011). En 1990, las personas de 60 años o más representaron 6% del total de la población mexicana, mientras que en 2010 dicho porcentaje se incrementó a 9.1% y a 12% en 2020 (INEGI, 2021). En contraste, se estima que para 2050, 21.5% de las/os mexicanas/os pertenecerá a ese grupo etario (Conapo, 2020).

Respecto a la transición epidemiológica, en los últimos decenios ha ocurrido un incremento sostenido de las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales son, hasta la fecha, las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país

(Torres, 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022). En 1990 las enfermedades infecciosas agrupaban aproximadamente 26% del total de las defunciones en el país, mientras que dicho porcentaje para las enfermedades crónico-degenerativas ascendía a 59%. Sin embargo, en 2019 la participación relativa de las enfermedades infecciosas disminuyó a 8% y las enfermedades crónico-degenerativas tuvieron un mayor porcentaje dentro del perfil epidemiológico a nivel nacional (80.9%) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2022). Actualmente, las principales causas de muerte en México son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la enfermedad renal crónica (ERC), neoplasias, enfermedades del aparato digestivo (cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado) y homicidios, mientras que los desórdenes mentales, los trastornos musculoesqueléticos, la diabetes y la ERC se asocian con un mayor número de años vividos con discapacidad (IHME, 2022).

El envejecimiento poblacional y los cambios en el perfil de morbilidad del país hacen necesario conocer cuáles son los determinantes sociales de la salud de la población. En este sentido, la migración hacia otros países, especialmente hacia Estados Unidos, puede ser considerada como un importante determinante social de la salud y del bienestar de la población en general (Castañeda *et al.*, 2015), y de los adultos mayores en particular (Torres, 2014). Cabe recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (OMS, 2020). Los determinantes sociales son centrales en la salud, ya que los patrones de mortalidad y morbilidad provienen de las inequidades enraizadas en las condiciones producidas y reproducidas por la política económica, como las estructuras sociales, las políticas y las instituciones (Castañeda *et al.*, 2015). La migración puede ser entendida como un determinante social de la salud, ya que es un proceso que es tanto resultado de factores como el empleo, las condiciones de vida y de vivienda y acceso a servicios sociales que son fundamentales para el bienestar, como la causa de cambios en dichos factores (Castañeda *et al.*, 2015). Esto se ve reflejado en que la salud de las personas migrantes de retorno (PMR) es impactada por la exposición acumulada a determinantes y factores de riesgo de la salud durante todo el proceso migratorio (Davies *et al.*, 2011)

Se estima que en 2017 había 11.6 millones de personas migrantes provenientes de México que vivían en Estados Unidos, y que menos de la mitad de ellas (43%) lo hizo de manera irregular. Además, desde 2007, el número de personas indocumentadas en el país vecino pasó de 6.9 millones a unos 4.9 millones en 2017. Las/os mexicanas/os son el grupo más numeroso de personas migrantes en Estados Unidos, con 25% del total que viven en el vecino país. Las personas migrantes mexicanas en situación irregular, tienden a ser residentes de largo plazo en Estados Unidos, donde 83% ha habitado allí por más de diez años y sólo 8% por cinco años o menos (González-Barrera y Krogstad, 2019). Es importante mencionar que en los últimos años se ha observado una disminución de la migración internacional hacia dicho país (Villarreal, 2014) y un incremento importante de la migración de retorno de las/os migrantes mexicanas/os, estimada en cerca de 400,000 personas anualmente (García-Zamora, 2014: 41). No es sino a partir de 2008 que la migración de retorno empieza a ser un tema preponderante en el país, como consecuencia de la crisis económica y el endurecimiento de las políticas antiinmigratorias, que empezaron a prevalecer en Estados Unidos y que produjeron el regreso masivo de miles de connacionales (Canales y Meza, 2018).

Para las personas de retorno, la experiencia migratoria puede influir en su salud y su bienestar (Torres, 2014). Esto sucede ya que las personas migrantes mexicanas en Estados Unidos pueden estar expuestas a estrés relacionado con la movilidad, como lo son la discriminación, la explotación laboral, la violencia y la separación de sus familias, así como a riesgos laborales y escaso acceso a servicios de salud, lo que puede tener consecuencias negativas en su perfil de salud (Bustamante *et al.*, 2018). Sin embargo, la migración hacia Estados Unidos también puede asociarse con una mayor acumulación de riqueza en el país de origen, lo cual pudiera proveer a las PMR de mayores recursos en su lugar de origen comparado con aquellas no migrantes (Li, 2018), lo que a su vez puede mejorar su acceso a servicios de salud de calidad y repercutir favorablemente en su bienestar general (González-Vázquez *et al.*, 2007). En este sentido, la migración puede ejercer diversas influencias sobre la salud de las PMR, tanto de manera positiva, como negativa (Torres, 2014).

Existen, principalmente, dos vertientes que intentan explicar la salud de las personas migrantes: la del migrante saludable (*healthy immigrant effect*) y la del sesgo de retorno selectivo (también llamado “sesgo salmón”). Desde el primer enfoque, las personas que dejan sus lugares de origen y deciden emigrar

hacia otros países tienen un mejor estado de salud que la población que permanece en el origen (Aguila *et al.*, 2013). La decisión sobre la migración se ha conceptualizado como un balance entre los costos y los beneficios de la migración (Canales, 2017), y la salud puede ser considerada dentro de dicha decisión (Ullmann *et al.*, 2011). Por otro lado, según el modelo del sesgo de retorno selectivo, las personas migrantes regresan a sus países cuando su salud se deteriora, lo que implica que tienen una selectividad negativa debido a que su salud está más deteriorada que aquellos que se quedaron en el lugar de origen (Aguila *et al.*, 2013).

Si bien existen estudios que se han centrado en comparar las condiciones de salud de las/os mexicanas/os que migran hacia los Estados Unidos con los que permanecen en su lugar de origen, son más escasos los que analizan a las PMR con sus pares en el país de origen. Por tal motivo, el principal objetivo de este estudio es analizar las características sociodemográficas de las/os mexicanas/os de 50 años o más, de acuerdo con su experiencia migratoria hacia los Estados Unidos (personas no migrantes, personas migrantes de corta estancia retornados y personas migrantes de larga estancia retornados), y su efecto en distintas dimensiones de la salud.

La importancia de investigaciones de este tipo radica en la necesidad de disponer de evidencias claras para desarrollar e implementar políticas enfocadas a la integración social de la población migrante una vez que retorna al lugar de origen (Fernández-Niño *et al.*, 2014). No obstante, en el país no existe suficiente evidencia sobre el retorno de las personas migrantes de edades avanzadas, a pesar de que esto supone un reto mayor, debido a la demanda de servicios de salud y de cuidados que muchos de ellos requieren en esta etapa de la vida.

Este capítulo se estructura en cinco apartados. En el primero se hace una revisión de los estudios que han analizado el tema de la migración de retorno y las condiciones de salud, considerando a la población mexicana. En el segundo se detalla la fuente de información y la metodología empleada. En el tercero se hace un análisis descriptivo de las características de salud de las personas de 50 años o más por categoría de migración. En el cuarto se presentan los factores sociodemográficos que influyen en las condiciones de salud de las/os mexicanas/os de 50 años o más, según su condición migratoria. Finalmente, en el último apartado se desarrolla la discusión de los resultados, se exponen las

limitaciones del estudio, las conclusiones y se formulan las recomendaciones para investigaciones futuras.

¿QUÉ SE SABE ACERCA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES DE RETORNO?

En esta sección se presentan los resultados de diversos estudios que se han centrado en comparar las condiciones de salud de las/os mexicanas/os migrantes de retorno de Estados Unidos con los que permanecieron en su lugar de origen. Como se mencionó anteriormente, no existe un consenso sobre si las PMR tienden a tener una mayor o menor prevalencia de ciertos desenlaces de salud que las personas no migrantes.

Sobre el llamado efecto positivo de la experiencia migratoria se plantea que, en las etapas más avanzadas de la vida, el mejor estatus financiero de las PMR les permite tener acceso a cuidados médicos de mayor calidad, así como a mejores condiciones de vida y bienestar (Torres, 2014; Ullmann, Goldman y Massey, 2011). Además, se ha argumentado que es posible que las PMR tengan mejor salud que las personas no migrantes de sus mismos lugares de origen, lo que a su vez se explica por el hecho de que la migración se da, generalmente, en comunidades rurales empobrecidas (Ullmann, Goldman y Massey, 2011). Esto implica que la movilidad hacia Estados Unidos trae consigo un mejor estándar de vida que el de aquellas personas que permanecen en el lugar de origen, debido a los salarios obtenidos en el destino y una mayor acumulación de riqueza (Wong, Palloni y Soldo, 2007).

A pesar de estos posibles beneficios en salud, derivados de la experiencia migratoria de mexicanas/os hacia Estados Unidos, se ha señalado que la migración también podría afectar las trayectorias de salud al incrementar la exposición a riesgos ocupacionales; al estrés provocado por la discriminación; a la constante amenaza de deportación; a un mayor consumo de calorías, o al consumo de sustancias (Torres, 2014; Montes de Oca *et al.*, 2011; Riosmena *et al.*, 2013). Por otro lado, se ha reportado que las PMR tienen un mayor riesgo de uso de alcohol y drogas, lo que aporta evidencia relacionada con el modelo del sesgo de retorno selectivo (Borges *et al.*, 2011).

Con base en datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem), se analizaron los resultados de salud de personas migrantes

mexicanas de retorno con aquellas personas no migrantes (Wong y González-González, 2010). Dichos autores encontraron que las PMR de edad avanzada presentaron mayor discapacidad o pobreza cuando tuvieron que laborar en trabajo físico intenso en el país de destino. De igual forma, las/os autores reportaron que las mujeres retornadas, particularmente de estrato socioeconómico bajo, tuvieron una mayor probabilidad de discapacidad, comparadas con la población general. Este resultado puede indicar que las PMR no solamente tienen un peor estado de salud que las personas que permanecen en el destino, sino que existen diferencias notables por sexo respecto a cómo la experiencia migratoria influye en la salud (Wong y González-González, 2010).

Otra investigación utilizó información longitudinal del Enasem para explorar el estado de salud y la composición de los hogares de las personas adultas mayores migrantes de retorno y comparar estas características con la población no migrante (Mudrazija *et al.*, 2016). Entre los principales resultados reportados se indica que existe una relación entre la composición del hogar de las personas retornadas y su estado de salud, lo que sugiere que las PMR tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud debido al efecto que la experiencia migratoria tiene sobre el debilitamiento de las redes de soporte familiar (Mudrazija *et al.*, 2016). Por su parte, Loría (2017) investigó si estos resultados negativos de salud se podían atribuir a los procesos posteriores al retorno de Estados Unidos. Se encontró que el desarrollo de enfermedades por parte de las personas migrantes proviene de la experiencia migratoria y no del proceso posterior al retorno, lo que indicaría que las personas migrantes regresan a sus hogares en México en busca de atención médica (Loría, 2017). Esto se refleja también en que las personas migrantes mexicanas en condición irregular, tienen un menor acceso a servicios de salud, bajo nivel socioeconómico y peores condiciones de trabajo en el destino que las personas migrantes en condición regular (Fernández-Niño *et al.*, 2014). En este tenor, estas personas tendrían peores desenlaces de salud, ya que tienden a posponer la búsqueda de cuidados de salud, utilizan la automedicación o consultas telefónicas con sus familiares para resolver sus necesidades (Fernández-Niño *et al.*, 2014).

De igual forma, en otro estudio se analizaron las limitaciones funcionales y la presencia de desórdenes mentales o emocionales de las personas adultas mayores que tuvieron experiencia migratoria hacia Estados Unidos, en comparación con las personas no migrantes (Wilson *et al.*, 2014). Se encontró

que las PMR presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en edades avanzadas que aquella población no migrante. Además, estas personas presentan una mayor vulnerabilidad a experimentar limitaciones funcionales, aunque no hay una diferencia en la prevalencia de desórdenes mentales o emocionales entre la población migrante de retorno y la no migrante. Más aún, el estudio reportó que las personas migrantes que regresaron a México en un periodo menor a cinco años, tuvieron mayor probabilidad de presentar alguna limitación en comparación con las que permanecieron en su lugar de origen. No obstante, no se observaron diferencias en la prevalencia de limitaciones entre las personas migrantes que retornaron al país desde hace más tiempo y las personas no migrantes (Wilson *et al.*, 2014). De forma puntual, se encontró que las personas migrantes y las personas no migrantes tuvieron riesgos similares de desarrollar hipertensión y diabetes. De hecho, los problemas de salud de las PMR, cuya experiencia migratoria se dio de manera irregular, ocurrieron varios años antes que en aquellas personas que no migraron. Esto implica que la gran dificultad de acceso a los servicios de salud en Estados Unidos de las personas migrantes, según su estatus irregular y sus precarias condiciones laborales, puede contribuir a incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas en las edades avanzadas (Wilson *et al.*, 2014). En tanto, el desarrollo de desórdenes emocionales y psiquiátricos se puede deber a las legislaciones antiinmigrantes y al clima político hostil que las personas mexicanas padecen en su estancia en Estados Unidos (Ullmann *et al.*, 2011).

Por otro lado, se ha visto también que las PMR se enfrentan a diversos obstáculos para obtener cuidados médicos en México. Esto sucede debido a que las personas migrantes mexicanas tienen menor acceso a servicios de salud y beneficios de seguridad social que la población no migrante, lo que los deja en una situación de vulnerabilidad en las edades avanzadas (Aguila y Zissimopoulos, 2013). A pesar de que esta brecha disminuyó con el Seguro Popular,^[1] que incorporó trabajadores del sector informal y a PMR que se reincorporaron al mercado laboral mexicano, análisis recientes indican que continúan las diferencias en la cobertura de seguridad social y acceso a servicios de salud entre las PMR y la población no migrante (Wassink, 2016, 2018).

Entre tanto, Ullmann, Goldman y Massey (2011) utilizaron información del Mexican Migration Project para comparar el estado de salud de hombres migrantes con los hombres que no migraron. Entre sus principales hallazgos destaca que las PMR tuvieron una mejor salud que las personas no migrantes en las etapas tempranas de la vida, lo que provee cierta evidencia de la hipótesis del migrante saludable. En cuanto a las PMR, encontraron que tenían mayores problemas de enfermedades del corazón, desórdenes psiquiátricos, obesidad y consumo de tabaco, aunque no encontraron relación entre el retorno y la salud autorreportada, diabetes o hipertensión. Se menciona que dichos resultados pueden deberse al proceso de aculturación en Estados Unidos en relación con el consumo de tabaco y dietas altas en calorías, o el mayor ingreso de las personas migrantes, lo que les permite acceder a dichos productos (Ullmann, Goldman y Massey, 2011).

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo de estudio y fuente de información

Se trata de un estudio exploratorio y transversal basado en datos del Enasem 2015, el cual es un estudio nacional longitudinal que en dicho año actualizó la información previamente recabada (2001, 2003 y 2012) sobre la población mexicana de 50 años y más. Su principal objetivo es proporcionar información sobre los procesos de envejecimiento, las enfermedades y la carga de discapacidad de los adultos mayores. Adicionalmente, el estudio provee información que permite evaluar el efecto que tienen los comportamientos individuales, las circunstancias de la vida a edades tempranas, la historia de migración y la económica sobre múltiples resultados de salud. Esto último permite analizar ciertas características del estado de salud de las personas adultas mayores entre grupos poblacionales de interés. El diseño muestral es probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección es la vivienda. El estudio está diseñado para dar resultados a nivel nacional con corte urbano y rural (Enasem, 2020). El tamaño de la muestra en 2015 fue de 17,813 entrevistas, con una tasa de respuesta de 88.3% (Enasem, 2015).

Población y variables de estudio

Se seleccionó a las personas de 50 años o más en 2015, con información acerca de sus antecedentes migratorios hacia los Estados Unidos (N=15,458). Esto es, mexicanas/os que regresaron al país después de haber vivido o laborado en Estados Unidos y mexicanas/os sin historial de residencia en ese país (Enasem, 2020). Las PMR de corto plazo fueron aquellas que habían permanecido en Estados Unidos por un periodo menor a cinco años, mientras que las PMR de larga estancia fueron las que declararon haber vivido allí al menos cinco años o más. Dicho punto de corte se tomó siguiendo el criterio utilizado en otros estudios alrededor del tema (Frank y Wildsmith, 2005; González-Barrera y Krogstad, 2019).

La pregunta sobre el historial migratorio utilizada en la encuesta de 2015 fue: “Desde la última vez que hablamos con usted, sin contar vacaciones o visitas cortas, ¿ha trabajado o vivido usted en Estados Unidos?” Esto significa que para las personas entrevistadas en 2015 (año utilizado en este estudio), la pregunta se refirió a si desde la última entrevista (en 2012) había trabajado o vivido en Estados Unidos. Esto implicó que se tuvieran que utilizar las rondas previas del Enasem (2001, 2003 y 2012) para verificar que las personas entrevistadas en 2015 eran o no las PMR. Por ejemplo, las personas que no vivieron o trabajaron en Estados Unidos entre 2012 y 2015 respondieron negativamente a la pregunta en 2015, pero ello no significa que no hubieran vivido o trabajado en el vecino país previo a 2012. En estos casos se utilizaron las respuestas de 2001, 2003 y 2012 para identificar si fueron PMR o no. Sin embargo, no hay que perder de vista que este estudio corresponde a un análisis de corte transversal, ya que se enfoca en un solo año (2015). En cuanto al tiempo que han vivido o trabajado en Estados Unidos se utilizó la pregunta: “En total, ¿por cuántos años ha trabajado o vivido usted en Estados Unidos?”, con lo que se pudo establecer si se trataba de PMR de corto o de largo plazo. A partir de estas preguntas se generó la variable correspondiente a la categoría de migrante: no migrante (0), migrante de retorno de corto plazo (1) o migrante de retorno de largo plazo (2).

Para cada uno de estos grupos se analizaron las siguientes variables de salud: autopercepción de salud; autorreporte de enfermedades crónicas; prevalencia de multi-morbilidad; limitaciones en actividades básicas de la vida diaria (ABVD); limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); índice de masa corporal (IMC), además de algunos factores de riesgo

(consumo de tabaco y consumo de alcohol). La autopercepción de salud fue medida en el Enasem en una escala de cinco categorías, aunque para los fines de este estudio se agrupó de manera dicotómica: mala/regular (0) o buena/muy buena/excelente (1). Por su parte, se incluyó el autorreporte de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, artritis y enfermedad pulmonar), las cuales se categorizaron cada una: ausencia (0) o presencia (1) de dichas enfermedades. Cabe señalar que para la construcción de esta variable también se tuvo en cuenta si las personas declararon estar tomando medicamentos para estos padecimientos. Por lo tanto, se consideró que la persona padecía la enfermedad sólo si declaró haber sido diagnosticada por un médico y si se encontraba tomando medicamentos. La multimorbilidad se definió como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo: sin multimorbilidad (0) o con multimorbilidad (1). Las ABVD (bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa) y las limitaciones en AIVD (usar el teléfono, tomar medicamentos, realizar tareas domésticas básicas, comprar comestibles, manejar dinero, lavar ropa, entre otros) se clasificaron: sin limitación (0) o con limitación (al menos una limitación en alguna de dichas actividades) (1). El IMC se clasificó de acuerdo con los criterios de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): desnutrición (<18.5), normal ($18.5-24.9$), sobrepeso (25.0 a 29.9) y obesidad (≥ 30.0). El consumo de tabaco y de alcohol se diferenció de la siguiente manera: no fumador (0), no fumador en los últimos dos años (1) y fumador (2); sin consumo de alcohol (0) y con consumo de alcohol (1).

También se incluyeron variables sociodemográficas como sexo: hombre (0) o mujer (1); grupos de edad: 50-59 años, 60-69 años, 70-79 años y 80 años o más; años de escolaridad: 0-5 años, 6-8 años y 9 años o más; condición de unión: no unido (0) o unido (1). Esta última variable se conformó por aquellas personas que declararon estar casadas/os o en unión libre, mientras que la categoría de no unida/o incluyó a las personas solteras, divorciadas, separadas o viudas; con afiliación a servicios médicos (1) o no (0). Esta última variable se calculó si las personas declararon tener derecho a servicios médicos por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Seguro Popular,

Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), seguro de salud privado u otro.

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon las prevalencias de las diferentes medidas de salud para cada categoría de persona migrante (no migrantes, migrantes de corto plazo y migrantes de largo plazo). Segundo, se realizó la prueba Chi-cuadrada de Pearson para determinar la independencia entre las categorías de migración y el resto de las variables. Posteriormente, se estimó una serie de modelos de regresión logísticos (binomiales o multinomiales, según el caso) para modelar la posibilidad de presentar las características de salud estudiadas (autopercepción de salud, enfermedades crónicas, multimorbilidad, limitaciones en AIVD o en ABVD, IMC y consumo de tabaco o alcohol), para lo cual se controló por las variables sociodemográficas (sexo, grupos de edad, escolaridad, estado marital y afiliación a servicios de salud). Los resultados de dichos modelos se presentan como razones de momios (OR) y se interpretan en términos de los momios de probabilidad (o posibilidad) de que suceda el evento, si la persona es migrante de retorno de corto o de largo plazo (tomando como categoría de referencia a quienes no migraron). En este estudio se utilizó un nivel de significancia estadística de 5% y los datos fueron procesados a través de Stata 14.0[®] (Stata Corp, College Station, Texas, EUA), tomando en cuenta en todos los cálculos los ponderadores de la encuesta.

Es de señalar que el protocolo y los instrumentos del Enasem fueron aprobados por la Universidad de Texas, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Instituto Nacional de Salud Pública. El consentimiento informado oral se solicitó de conformidad con los principios éticos para la investigación en humanos en la declaración de Helsinki. La base de datos es totalmente anónima y no contiene información personal que permita la identificación de las personas que hacen o hicieron parte del estudio. Los datos son de acceso público.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica de la población de estudio

Los datos del Enasem muestran que, para 2015, de las 15,458 personas de 50 años o más que formaron parte de este análisis, 6.5% declaró haber vivido o laborado en Estados Unidos por menos de cinco años; 2.5% por cinco años o más, mientras que 91% informó no haber migrado previamente. En el cuadro 1 se muestran las principales características sociodemográficas de las PMR de corto y de largo plazo y de las personas que no migraron. Si bien la mayoría de las personas no migrantes estuvo constituida por mujeres, en la población migrante (de corta y larga estancia) hubo predominio masculino (con porcentajes superiores a 70%). De igual forma, tres cuartas partes de las personas encuestadas tenían menos de 70 años en 2015, pero las PMR de largo plazo mostraron una menor distribución por edad que las otras dos categorías (PMR de corto plazo y no migrantes). Asimismo, dos terceras partes de las personas de 50 años o más declararon estar unidas, en tanto el porcentaje de personas unidas se incrementó en las PMR, independientemente de si fueron de corto o de largo plazo. La gran mayoría tuvo una baja escolaridad, ya que siete de cada diez personas indicaron tener menos de nueve años de escolaridad (lo que se traduce en menos de secundaria terminada) y en aquellos que tuvieron un antecedente de migración, el porcentaje que declaró tener cinco años de escolaridad o menos superó el 50%. En cuanto a la afiliación a servicios de salud, nueve de cada diez personas declararon tenerla. Destaca que una mayor proporción de PMR de largo plazo manifestó no estar afiliada a los servicios de salud. Cabe aclarar que todas las variables sociodemográficas analizadas tuvieron una asociación estadísticamente significativa con las diferentes categorías de migración.

Cuadro 1
Principales características sociodemográficas de las/os mexicanas/os de 50 años o más, por categoría de migración, 2015

Características	Persona migrante de retorno			Total
	No	De corto plazo	De largo plazo	
Sexo*	100	100	100	100
Hombre	41.1	70.9	84.3	44.1
Mujer	58.9	29.1	15.8	55.9
Edad*	100	100	100	100
50-59 años	37.9	35.6	45.4	37.9
60-69 años	33.8	28.2	24.3	33.2
70-79 años	19.6	22.0	18.0	19.7
80 años y más	8.7	14.2	12.2	9.1
Estado conyugal*	100	100	100	100
Unida/o	65.9	73.9	72.4	66.5
No unida/o	34.1	26.1	27.6	33.5
Años de escolaridad*	100	100	100	100
0-5 años	45.1	52.1	51.9	45.7
6-8 años	25.0	21.4	21.0	24.7
9 años o más	29.9	26.5	27.1	29.7
Afiliación a servicios de salud*	100	100	100	100
No	9.6	12.8	16.0	10.0
Sí	90.4	87.2	84.0	90.0

* Significancia de la prueba Chi-cuadrada $p < 0.01$.

Fuente: Elaboración propia con datos del Enasem, 2015.

Características de salud por categoría de migración

En el cuadro 2 se muestran las prevalencias de las diferentes categorías que conforman el perfil de salud de las personas de 50 años o más, según su antecedente migratorio. Se puede observar que dos terceras partes declararon tener una salud mala o regular, porcentaje que fue similar para las personas no migrantes y las PMR de corto plazo, mientras que las PMR de largo plazo tuvieron una mejor autopercepción de salud. La prevalencia de hipertensión en la población bajo estudio fue superior a 35%, y entre los grupos de migrantes, las PMR de largo plazo presentaron el valor más bajo. El porcentaje de diabetes fue de 20% y, nuevamente, en las PMR de largo plazo la prevalencia fue menor. La prevalencia de cáncer en esta población fue menor a 1% y las diferencias entre las categorías de personas migrantes no fueron estadísticamente significativas. En la artritis se observó una prevalencia menor a 10% y aquellas

PMR de corta estancia fueron los que declararon en un menor porcentaje tener dicha enfermedad, aunque las diferencias entre los grupos tampoco fueron estadísticamente significativas. Para la enfermedad pulmonar se obtuvo una prevalencia de 3% con diferencias no significativas entre las categorías de personas migrantes. En cuanto a la multimorbilidad, se encontró que las PMR de corto plazo declararon en mayor porcentaje tener dos o más enfermedades crónicas, en tanto que las PMR de largo plazo fueron las que tuvieron menor presencia de multimorbilidad.

Una de cada seis personas informó tener limitación en al menos una ABVD, siendo las PMR de largo plazo quienes tuvieron una menor prevalencia de estas limitaciones (diferencias no significativas estadísticamente). Igualmente, una de cada diez personas tuvo al menos una limitación en AIVD, presentando las PMR de largo plazo la menor prevalencia entre los grupos analizados. Poco más de dos terceras partes de las personas encuestadas tuvieron sobrepeso u obesidad, con el mayor porcentaje en dichas categorías para las PMR de corto plazo y el menor para las PMR de largo plazo. Frente al consumo de tabaco, se evidenció que las PMR tuvieron un mayor consumo que sus contrapartes no migrantes; situación similar ocurrió con el consumo de alcohol, siendo las PMR de largo plazo quienes presentaron el mayor porcentaje.

Cuadro 2
Prevalencia de las diferentes características de salud de las/os mexicanas/os de 50 años o más, por categoría de migración, 2015

Variable	Categorías	Persona migrante de retorno (%)			Total (%)	P-valor
		No	De corto plazo	De largo plazo		
Autopercepción de salud	Mala/Regular	66.7	68.8	61.5	66.7	0.057
	Buena/muy buena/excelente	33.3	31.3	38.5	33.3	
Hipertensión	Sí	35.7	37.3	28.9	35.6	0.016
Diabetes	Sí	20.1	24.1	16.9	20.3	0.004
Cáncer	Sí	1	0.7	0.4	0.9	0.432
Artritis	Sí	8.7	7	8.6	8.6	0.199
Enfermedad pulmonar	Sí	3	3.6	2.3	3	0.422
Multimorbilidad	Sí	17.5	18.4	16.6	17.6	0.71
Limitaciones en ABVD	Sí	16.8	17.3	13.8	16.7	0.301
Limitaciones en AIVD	Sí	10.4	10.6	5.2	10.3	0.007
Índice de masa corporal	Normal	30.8	25.1	44.8	30.8	0.000
	Sobrepeso	41.5	44.8	33.8	41.5	
	Obesidad	25.6	27.6	20.6	25.6	
	Bajo peso	2.1	2.6	0.8	2.1	
Consumo de tabaco	No	62.4	40.4	35	60.3	0.000
	No, últimos dos años	23.6	35.5	31.6	24.5	
	Sí, últimos dos años	14.1	24.2	33.4	15.2	
Consumo de alcohol	Sí	24.4	30.6	44.1	25.2	0.000

El p-valor se refiere a la significancia de la prueba Chi-cuadrada.

Fuente: Elaboración propia con datos del Enasem, 2015.

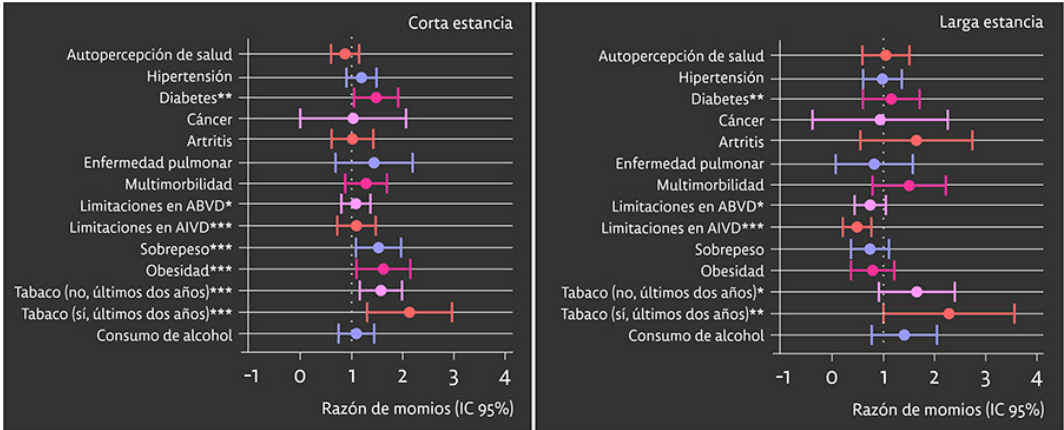
Asociación del antecedente migratorio con el perfil de salud de las personas de 50 años o más

En la gráfica 1 se presentan los resultados de los modelos logísticos binomiales y multinomiales para las diferentes características de salud de las PMR con 50 años o más. Los coeficientes son presentados en términos de razones de momios (OR). En todos los modelos se controló el efecto de las variables sociodemográficas, es decir, sexo, edad, escolaridad, categoría de unión y afiliación a servicios de salud. Esto implica que todos los resultados presentados se deben interpretar con base en las mismas categorías de cada una de dichas variables sociodemográficas (personas del mismo sexo, mismo grupo de edad, mismo número de años de escolaridad, misma categoría de unión y misma categoría de afiliación a servicios médicos). La categoría base

para la variable de migración fue ser personas no migrantes, lo que significa que los OR se deben interpretar comparando cada categoría de migrante (de corto o largo plazo) con las personas que declararon no haber migrado.

Se puede observar que, para las diferentes enfermedades crónico-degenerativas incorporadas en el análisis, solamente en la diabetes, el ser las PMR de corto plazo incrementó los momios de probabilidad de sufrir dicha enfermedad al comparar con las personas que no habían migrado. De igual forma, para las limitaciones en ABVD se pudo ver que ser personas migrantes de largo plazo disminuyó la posibilidad de que presentaran al menos una limitación tanto en ABVD (en casi 30%) como en AIVD (en poco más de 50%). Por otro lado, se encontró que ser una persona migrante de corto plazo incrementó los momios de tener sobrepeso u obesidad en más de 45%. En ambas categorías de migración (de corto o de largo plazo) hubo un aumento en los momios de consumir tabaco, tanto en los últimos dos años como en un periodo previo.

Gráfica 1
Razón de momios para los diferentes componentes del perfil de salud de las/os mexicanas/os de 50 años o más, según su antecedente de migración, 2015



IC 95%-Intervalo de confianza a 95%; ABVD-Actividades básicas en la vida diaria; AIVD-Actividades instrumentales de la vida diaria; IMC-Índice de masa corporal. * $p<0.1$; ** $p<0.05$; *** $p<0.01$

Fuente: Elaboración propia con datos del Enasem, 2015.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se tuvo como objetivo analizar las características sociodemográficas de las/os mexicanas/os de 50 años o más de acuerdo con su

experiencia migratoria hacia los Estados Unidos: personas no migrantes, personas migrantes de corta estancia (menos de cinco años) y personas migrantes de larga estancia (cinco años o más) y su efecto en distintas dimensiones de la salud. De manera global se puede decir que dichas características difirieron entre los tres grupos en cuestión, aunque no se pudo dilucidar claramente el papel que la migración juega en las diferentes vertientes de la salud.

En primera instancia, se comparó el contexto sociodemográfico de la población por categoría de migración. La mayor proporción de PMR fue de sexo masculino, con una estructura por edad más joven, menor escolaridad y casados, principalmente. En relación con el perfil de salud, destaca que las PMR de largo plazo tuvieron una mejor autopercepción de salud que sus contrapartes no migrantes; una menor prevalencia de hipertensión, diabetes, artritis y multimorbilidad, aunque dichos resultados sólo fueron estadísticamente significativos en el caso de la diabetes, una vez que se controló el efecto del sexo, la edad, la escolaridad, el estatus marital y la afiliación a los servicios de salud. Respecto a las limitaciones funcionales, se observó que las PMR de largo plazo tuvieron una menor prevalencia de limitaciones en ABVD y AIVD, asociación que se mantuvo aún después de controlar por las distintas covariables. Por otro lado, las PMR de corto plazo presentaron, en mayor proporción, sobrepeso y obesidad. Asimismo, quienes migraron tuvieron un mayor consumo de tabaco y alcohol —frente a las personas que no emigraron—, aunque esta relación únicamente fue significativa para el consumo de tabaco.

Estos hallazgos presentan similitudes con otras investigaciones en cuanto a las características sociodemográficas de las personas migrantes adultas y adultas mayores de retorno (Aguila y Zissimopoulos, 2013; Aguila *et al.*, 2013). En cambio, en este estudio, las PMR tuvieron una estructura por edad más joven que aquellas personas que no migraron, lo cual difiere de lo reportado previamente (Aguila y Zissimopoulos, 2013; Aguila *et al.*, 2013).

Destaca el hecho de que las PMR de largo plazo tuvieron una mejor autopercepción de salud que sus pares no migrantes. Sin embargo, una vez que se ajustó por edad, sexo, escolaridad, condición de unión y afiliación a los servicios de salud, no hubo diferencias entre los grupos, aspecto que está en consonancia con reportes hechos por otros autores (Goldman *et al.*, 2014;

Ullmann *et al.*, 2011). Este patrón se mantuvo al analizar las demás enfermedades crónicas, excepto para la diabetes. Al respecto, las PMR de corto plazo fueron quienes tuvieron las mayores posibilidades de padecer diabetes, en contraste con las no migrantes.

Sobre las condiciones de salud de las PMR se han planteado dos posibles explicaciones. La primera indica que la experiencia migratoria incide en una mayor prevalencia de dichas enfermedades (Ullmann *et al.*, 2011). Esto es, puede ser factible que en los Estados Unidos las personas migrantes estén expuestas a un ambiente distinto que contribuye a estilos de vida más sedentarios y con un mayor consumo de azúcares y grasas, lo que a su vez incrementa el riesgo de padecer diabetes (Handley *et al.*, 2013; Riosmena *et al.*, 2012), aunque es posible que esto ocurra solamente en el corto plazo. La segunda es que algunas personas migrantes retornan a México debido a que tienen problemas de salud que prefieren atender en sus lugares de origen, ya que allí los servicios de salud pueden ser de menor costo y, por lo tanto, más asequibles para ellas (Ullmann *et al.*, 2011).

Los resultados alrededor de las limitaciones en las ABVD y las AIVD, en los cuales se muestra que las PMR de largo plazo tuvieron una menor prevalencia de dichas condiciones (resultado que se mantuvo aún después de controlar por las variables sociodemográficas), apuntan a favor de la hipótesis del migrante saludable. Esto significa que la migración no es aleatoria, sino que hay un proceso de selección en el cual las personas migrantes son elegidas de acuerdo con sus características de salud y que, quienes migran, tienden a tener mejor salud que las que no lo hacen. También se ha mencionado que, a pesar de los riesgos que corren las personas migrantes, tanto en el trayecto como en la estancia hacia y en los Estados Unidos, las PMR presentan mejor estado de salud que las no migrantes (Ullmann *et al.*, 2011). Estos resultados son opuestos a los encontrados en otra investigación, en donde se sugiere que las PMR tienen una mayor carga de enfermedad y las limitaciones funcionales comparadas con las que permanecen en el lugar de origen (Angel *et al.*, 2008).

Las personas migrantes con una estancia menor a cinco años en Estados Unidos exhibieron prevalencias de sobrepeso y obesidad por encima del resto de personas de 50 años o más (personas no migrantes y personas migrantes de larga estancia). Ullmann y colaboradores (2011) sostienen que las personas migrantes tienden a adoptar comportamientos malsanos, como consumir

alimentos procesados y en mayores cantidades, influidas por los patrones alimentarios de la población estadounidense, mientras que otros consideran que tener sobrepeso y obesidad es el resultado de un mayor bienestar económico, lo que les permite adquirir alimentos nutritivos (Wong y González-González, 2010). Por último, las PMR tuvieron un consumo más elevado de tabaco que las personas no migrantes, lo que podría entenderse como un hábito que fue adquirido en el lugar de destino y que también se facilita por el aumento del poder adquisitivo (Li, 2018; Ullmann *et al.*, 2011).

CONCLUSIÓN

Si bien los resultados de este estudio no son concluyentes respecto a la dirección de la hipótesis sobre el “migrante saludable” *versus* la del “sesgo de retorno selectivo”, permiten una primera aproximación al estudio de la salud de las PMR, en particular de aquellas que se encuentran en proceso de envejecimiento (50-59 años) o que ya son parte del contingente de adultos mayores (60 años o más). Esto se traduce en que, dependiendo de la dimensión de salud que se considere, el resultado puede ser mejor o peor en comparación con las personas que permanecieron en el lugar de origen.

Se recomienda seguir explorando el binomio migración de retorno-envejecimiento, así como las implicaciones y consecuencias en la salud de las personas migrantes, teniendo en cuenta el contexto económico, social y político de ambos países (México y Estados Unidos). También deberán contrastarse los desenlaces en la salud, comparando a la población en distintas etapas: juventud, adultez y vejez. De igual forma, es fundamental seguir trabajando en la recolección de información que permita ahondar en estos fenómenos de manera más precisa, desde enfoques cuantitativos y cualitativos que contemplen perspectivas longitudinales y de curso de vida.

Limitaciones del estudio

A pesar de la relevancia de los resultados obtenidos, el estudio tiene algunas limitaciones que merecen mencionarse. Primero, este fue un estudio transversal, lo cual limita la interpretación de causalidad entre las distintas covariables y los desenlaces de salud. A pesar del carácter longitudinal del estudio, no fue factible reconstruir una “trayectoria de migración”, pues las

preguntas están formuladas respecto a la última ronda de recolección de datos (véase estrategia metodológica). Por ejemplo, se desconoce en qué etapa de la vida ocurrió la migración, lo cual sería de gran valor para analizar las características de salud y los factores de riesgo asociados. El Enasem no dispone de información acerca del número de veces que las personas migraron, si estas migraciones fueron por largos periodos —o no— o subsecuentes, lo que no permite hacer una trazabilidad de la migración y los cambios en el estado de salud de las personas.

Segundo, los resultados de salud son autorreportados y en varios de ellos, como la diabetes o la hipertensión, es posible que exista un subreporte, porque en muchos casos dichas enfermedades son asintomáticas y las personas desconocen que las padecen hasta que ya presentan un estado avanzado de la enfermedad. Adicionalmente, dado que se trabajó con población de 50 años o más, el autorreporte del estado de salud puede estar sesgado debido a problemas de memoria y de interpretación, que son más comunes en estas edades (Knäuper *et al.*, 2016).

Tercero, no se midieron los resultados sobre la salud de las PMR inmediatamente después de su regreso a México, por lo que es posible que éstas hayan adquirido alguna de las enfermedades analizadas después de su regreso, o bien su autopercepción de salud pudo haber cambiado con el tiempo, una vez que se retornó al país.

Finalmente, en este estudio se tomó como referencia una migración de corto plazo (si fue menor a cinco años) y de largo plazo (con cinco años o más). Sin embargo, esta es una decisión meramente metodológica. Los criterios pueden variar ampliamente. Así, se pueden ver investigaciones donde la migración de corto plazo es la que ocurre durante al menos un año (Aguila y Zissimopoulos, 2013) y la de largo plazo la que cubre periodos que van de diez hasta quince años (Riosmena *et al.*, 2013; Mudrazija *et al.*, 2016).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguila, Emma; José Escarce; Mei Leng, y Leo Morales (2013). “Health status and behavioral risk factors in older adult Mexicans and Mexican immigrants to the United States”. *Journal of Aging and Health* 25 (1): 136-58.
- Aguila, Emma, y Julie Zissimopoulos (2013). “Retirement and health benefits for Mexican migrant workers returning from the United States”.

International Social Security Review 66 (2): 101-25.

- Angel, Ronald; Jacqueline Angel, y Terrence Hill (2008). "A comparison of the health of older Hispanics in the United States and Mexico: Methodological challenges". *Journal of Aging and Health* 20 (1): 3-31.
- Borges, Guilherme; Joshua Breslau; Ricardo Orozco; Daniel Tancredi; Heather Anderson; Sergio Aguilar-Gaxiola, y María Elena Medina-Mora (2011). "A cross-national study on Mexico-US migration, substance use and substance use disorders". *Drug and Alcohol Dependence* 117 (1): 16-23.
- Bustamante, Lineth; Raphael Cerqueira; Emilie Leclerc, y Elisa Brietzke (2018). "Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review". *Brazilian Journal of Psychiatry* 40 (2): 220-225.
- Canales, Alejandro (2017). "La migración internacional en los modelos neoclásicos. Una perspectiva crítica". *Huellas de la Migración* 2 (3): 11-36.
- Canales, Alejandro, y Sofía Meza (2018). "Tendencias y patrones de la migración de retorno en México". *Migración y Desarrollo* 16 (30): 123-155.
- Castañeda, Heide; Seth M. Holmes; Daniel S. Madrigal; María Elena DeTrinidad Young; Naomi Beyeler, y James Quesada (2015). "Immigration as a social determinant of health". *Annual Review of Public Health* 18 (36): 375-392.
- Consejo Nacional de Población (2020). *Indicadores demográficos* [en línea]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html>. (Consulta: 9 de junio de 2020).
- Davies, Anita; Rosilyne Borland; Carolyn Blake, y Haley West (2011). "The dynamics of health and return migration". *PLoS Medicine* 8 (6): 1-4.
- Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (2015). *Informe de resultados del operativo de campo de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) 2015*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (2020). *Documento metodológico* [en línea]. Disponible en: <http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2015/Documento_Metodologico_2015.pdf>. (Consulta: 9 de junio de 2020).
- Fernández-Niño, Julián; Carlos Ramírez-Valdés; Diego Cerecero-García, e Ietza Bojórquez-Chapela (2014). "Deported Mexican migrants: Health status and access to care". *Revista de Saúde Pública* 48 (3): 478-485.

- Flores, Yvonne; Hal Yee; Mei Leng; José Escarce; Roshan Bastani; Jorge Salmerón, y Leo Morales (2008). "Risk factors for chronic liver disease in blacks, Mexican Americans, and whites in the United States: Results from NHANES IV, 1999-2004". *American Journal of Gastroenterology* 103 (9): 2231-2238.
- Frank, Reanne, y Elizabeth Wildsmith (2005). "The grass widows of Mexico: Migration and union dissolution in a binational context". *Social Forces* 83 (3): 919-947.
- García-Zamora, Rodolfo (2014). "Crisis, Nafta, and international migration". *International Journal of Political Economy* 43 (2): 27-46.
- Goldman, Noreen; Anne Pebley; Mathew Creighton; Graciela Teruel; Luis Rubalcava, y Chang Chung (2014). "The consequences of migration to the United States for short-term changes in the health of Mexican immigrants". *Demography* 51 (4): 1159-1173.
- González-Barrera, Ana, y Jens Krogstad (2019). *What We Know About Illegal Immigration from Mexico* [en línea]. Disponible en: <<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/28/what-we-know-about-illegal-immigration-from-mexico/>>. (Consulta: 9 de junio de 2020).
- Gonzalez-Vazquez, Tonatiuh; Pastor Bonilla-Fernandez; Berenice Jauregui-Ortiz; Thespina Yamanis, y Nelly Salgado-de-Snyder (2007). "Well-being and family support among elderly rural Mexicans in the context of migration to the United States". *Journal of Aging Health* 19 (2): 334-355.
- Handley, Margaret; Marisela Robles; Eric Sanford; Natalie Collins; Hilary Seligman; Triveni Defries; Ramona Pérez, y Jim Grieshop (2013). "Navigating changing food environments: Transnational perspective on dietary behaviors and implications for nutritional counseling". *Global Public Health* 8 (3): 245-257.
- Ham-Chande, Roberto (2011). *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. La situación demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2022). *GBD Compare* [en línea]. Disponible en: <<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>>. (Consulta: 5 de mayo de 2022).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Estadística a propósito del día internacional de las personas adultas mayores* [en línea]. Disponible en:

- <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf>. (Consulta: 6 de mayo de 2022).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2021 (Preliminar)* [en línea]. Disponible en: <<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>>. (Consulta: 5 de mayo de 2022).
- Knäuper, Bärbel; Kimberly Carrière; Melodie Chamandy; Zhen Xu; Norbert Schwarz, y Natalie Rosen (2016). "How aging affects self-reports". *European Journal of Ageing* 13 (2): 185-193.
- Li, Shan (2018). "Investment and interruption: Effects of the us experience on the earnings of return migrants in Mexico". *Applied Economics* 50 (4): 426-440.
- Loría, María Vignau (2017). "Back in Mexico: The Health of Returned Migrants and its Relationship with Health in the U.S.". Tesis presentada en University of Washington. Population Association of America Annual Meeting 2017.
- Montes de Oca, Verónica; Telésforo Ramírez-García; Rogelio Sáenz, y Jennifer Guillén (2011). "The linkage of life course, migration, health, and aging: Health in adults and elderly Mexican migrants". *Journal of Aging and Health* 23 (7): 1116-1140.
- Mudrazija, Stipica; Mariana López-Ortega; William A. Vega; Luis Gutiérrez-Robledo, y William Sribney (2016). "Household composition and longitudinal health outcomes for older Mexican return migrants". *Research on Aging* 38 (3): 346-373.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Determinantes sociales de la salud* [en línea]. Disponible en: <https://www.who.int/social_determinants/es/>. (Consulta: 9 de junio de 2020).
- Riosmena, Fernando; Reanne Frank; Ilana Akresh, y Rhiannon Kroeger (2012). "U.S. migration, translocality, and the acceleration of the nutrition transition in Mexico". *Annals of the Association of American Geographers* 102 (5): 1209-1218.
- Riosmena, Fernando; Rebeca Wong, y Alberto Palloni (2013). "Migration selection, protection, and acculturation in health: A binational perspective on older adults". *Demography* 50 (3): 1039-1064.

- Rubalcava, Luis; Graciela Teruel; Duncan Thomas, y Noreen Goldman (2008). "The healthy migrant effect: New findings from the Mexican family life survey". *American Journal of Public Health* 98 (1): 78-84.
- Torres, Jacqueline (2014). "A life-course perspective on U.S. migration experience and later-life diabetes, hypertension, and depression for middle-aged and older Mexican adults". Tesis de doctorado en Salud Pública. Los Ángeles: University of California-Los Ángeles.
- Ullmann, Heidi; Noreen Goldman, y Douglas Massey (2011). "Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico". *Social Science & Medicine* 73 (3): 421-428.
- Villareal, Andrés (2014). "Explaining the decline in U.S.-Mexico migration: The effect of the Great Recession". *Demography* 51 (6): 2203-2228.
- Wassink, Joshua (2016). "Implications of Mexican health care reform on the health coverage of nonmigrants and returning migrants". *American Journal of Public Health* 106 (5): 848-850.
- Wassink, Joshua (2018). "Uninsured migrants: Health insurance coverage and access to care among Mexican return migrants". *Demographic Research* 38: 17.
- Wilson, Fernando A.; Jim P. Stimpson, y Jose A. Pagan (2014). "Disparities in health outcomes of return migrants in Mexico". *International Journal of Population Research* [en línea]. Disponible en: <<https://link.gale.com/apps/doc/A419269101/AONE?u=anon~41f4cd30&sid=googleScholar&xid=680ab30b>> (Consulta: 17 de abril de 2023).
- Wong, Rebeca, y César González-González (2010). "Old-age disability and wealth among return Mexican migrants from the United States". *Journal of Aging and Health* 22 (7): 932-954.
- Wong, Rebeca; Alberto Palloni, y Beth Soldo (2007). "Wealth in Middle and Old Age in Mexico: The role of international migration". *The International Migration Review* 41 (1): 127-151.

[Notas]

- [1] El Seguro Popular fue una política pública que buscaba, a través del aseguramiento público en salud, brindar protección financiera a la población sin seguridad social, garantizando su acceso a servicios de salud. Era el brazo operativo del Sistema Nacional de Protección Social. A partir del 1° de enero de 2020 fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).

Capítulo 6

Malestar psicológico y consumo de drogas: comparación entre hombres y mujeres retornados de Estados Unidos y mexicanos que nunca han migrado

Shoshana Berenzon

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Jorge Villatoro

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Nayelhi Saavedra

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Marycarmen Bustos

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla sobre salud mental y migración en el contexto mexicano, generalmente se piensa en los compatriotas que residen en el país vecino y se consideran problemas como el estrés que los acompaña en el trayecto y el que experimentan debido a las desventajas que padecen (indocumentación, hacinamiento, discriminación, etcétera) durante su estancia en el país receptor. También se toman en cuenta condiciones como la tristeza o nostalgia por las personas que dejaron en México. Sin embargo, se ha prestado menor atención al malestar psicológico que pueden experimentar los mexicanos que regresan al país (Castillo, 1997; Mestries, 2013; Gandini *et al.*, 2015).

Es importante señalar que las condiciones y características del flujo de retorno desde Estados Unidos a México han cambiado a lo largo de los años puesto que responden a las políticas migratorias estadounidenses y mexicanas, así como a otros factores de orden económico y social. Un ejemplo de las políticas migratorias estadounidenses es el Programa Comunidades Seguras (PCS), de orden federal, puesto en marcha durante la administración de Obama,

considerado el periodo de mayores deportaciones. Otro ejemplo fueron los discursos xenófobos del presidente Donald Trump, debido a los cuales se fomentó un clima local antiinmigrante (Durand, 2003, 2019).

Los estudios que abordan la salud mental de la población migrante retornada han encontrado que algunas personas experimentan tanto el costo acumulativo de las exposiciones migratorias en el bienestar físico y psicológico, como las demandas de la reintegración a la vida familiar, comunitaria, al mercado laboral y al sistema educativo (Rosales *et al.*, 2017; Zimmerman *et al.*, 2011). Este costo suele traducirse en la presencia de malestares psicológicos como la depresión y/o la ansiedad, así como el consumo de drogas. Las investigaciones interesadas en el tema han buscado responder preguntas como: ¿quiénes tienen mayor riesgo de presentar alguno de estos problemas: los hombres o las mujeres y por qué?, ¿cuán amplia es la diferencia entre la prevalencia de este tipo de malestares entre los migrantes y aquellos que nunca han migrado?

Considerando lo anterior, este trabajo tiene el objetivo de comparar la presencia de malestar psicológico y consumo de drogas entre mexicanos retornados de Estados Unidos y mexicanos que nunca han migrado. Para alcanzar este objetivo se analizaron algunos datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2017 (Villatoro *et al.*, 2017), aplicada en diversas comunidades urbanas y rurales de las 32 entidades federativas de México. Con ello nos proponemos ampliar la información sobre las condiciones de salud mental y el consumo de sustancias de los migrantes de retorno y de esta forma contribuir a encaminar la atención para que logre cubrir las necesidades específicas de este grupo de mexicanos.

El capítulo está organizado de la siguiente manera: primero se presenta una definición de malestar psicológico; después se describen algunos estudios sobre salud mental, adicciones y migración, de los cuales se seleccionaron aquellos en los que se comparó la población migrante con la no migrante, de forma tal que el lector cuente con un breve estado de la cuestión. Más adelante se expone de manera pormenorizada la metodología utilizada, para luego presentar los resultados y cerrar con algunas consideraciones.

MALESTAR PSICOLÓGICO

El concepto de malestar psicológico hace referencia a una alteración emocional con diversas manifestaciones clínicas asociadas a un evento disruptivo específico. Este malestar no cumple con los criterios para ser considerado un trastorno mental, pero sí tiene un impacto en el bienestar del individuo por lo que requiere una atención específica (Espíndola *et al.*, 2006).

El malestar psicológico no es un diagnóstico, sino una descripción que evidencia alteraciones; autores como Kessler *et al.* (2002) y Mirowsky *et al.* (2003) señalaron que las principales manifestaciones del malestar emocional son similares a algunos de los síntomas que se presentan en la depresión (pérdida de interés, tristeza, desesperanza) o la ansiedad generalizada (insomnio, dolores de cabeza, falta de energía).

El estudio de los malestares psicológicos y el consumo de sustancias en migrantes y no migrantes

En la mayoría de las investigaciones que compararon migrantes mexicanos de retorno con personas que nunca han migrado, se encontró que el primer grupo presentó mayor probabilidad de tener síntomas, algún trastorno mental o mayor consumo de drogas (Familiar *et al.*, 2011; Ullman *et al.*, 2011; Borges *et al.*, 2015; Waldman *et al.*, 2019; Donato *et al.*, 2020). No obstante, ninguno de los autores afirma que existe una relación exclusiva o causal entre migración y salud mental; consideran que más bien se trata de una asociación diferenciada, compleja y dinámica que depende de un conjunto de factores que modelan la experiencia de retorno para cada grupo. Las características que pueden hacer tan variable el retorno al país incluyen el nivel de pobreza económica; el estado de salud antes de la migración; el sexo, la edad, las redes sociales, las condiciones laborales en el país de destino; el motivo de regreso; contar o no con documentos que acrediten la nacionalidad mexicana o padecer alguna enfermedad.

En cuanto a la presencia de malestar psicológico, decidimos presentar en dos grandes grupos los trabajos en los que se comparan migrantes de retorno con personas que nunca han migrado, puesto que los autores de esos estudios señalan que las distintas metodologías utilizadas, los tamaños de las muestras, entre otros aspectos, influyen en los resultados obtenidos y en la capacidad explicativa de los mismos. En seguida mencionaremos los estudios en los cuales se aplicaron instrumentos para establecer el riesgo y/o la presencia de trastornos mentales y consumo de drogas como el Inventario de Ansiedad de

Beck, la Escala de Depresión (CES-D), la International Neuropsychiatric Interview (MINI) o encuestas de adicciones.

Familiar *et al.* (2011) encuestaron a un total de 1,630 personas en cuatro ciudades: Tijuana (Baja California), Ciudad Juárez (Chihuahua), Querétaro (Querétaro) y Monterrey (Nuevo León). Encontraron que la prevalencia general para los síntomas de ansiedad leve en la semana anterior a la encuesta fue de 15.66% y que para los retornados los riesgos se incrementaban en 30%. Además, los migrantes de retorno tenían 1.48 veces más probabilidades de tener síntomas depresivos que los sujetos sin experiencia migratoria.

Otro estudio realizado en las ciudades fronterizas de México y Estados Unidos que incluyó no migrantes, migrantes residentes en Estados Unidos, mexico-americanos y migrantes retornados mostró que la sintomatología ansiosa aumenta de acuerdo con la fase de experiencia migratoria: entre los no migrantes la prevalencia fue de 6.7%, mientras que para los retornados fue de 13.1% y para los mexico-americanos de tercera generación alcanzó 25.9% (Borges *et al.*, 2015).

En otra investigación realizada en Guanajuato, que analizó las diferencias por sexo y migración, se reportó que las tasas de trastornos mentales en las mujeres retornadas fueron mayores que las observadas en las no migrantes; las diferencias más importantes se presentaron en las prevalencias de ansiedad generalizada (Bridget *et al.*, 2017).

Ullman *et al.* (2011), en un estudio con 2,121 varones, observaron que la percepción de los retornados en cuanto a su salud cuando tenían 14 años era mejor que la percibida por los no migrantes. Sin embargo, al momento de la entrevista, los retornados reportaron con mayor frecuencia hipertensión ($p < 0.05$), enfermedad cardíaca ($p < 0.05$) y trastornos emocionales/psiquiátricos ($p < 0.001$). Resultados similares fueron reportados por Waldman y colaboradores (2019) al aplicar una encuesta en hogares asentados en comunidades con tradición migrante.

Donato *et al.* (2020) compararon tres grupos: no migrantes, migrantes domésticos y migrantes retornados. Los migrantes retornados y los domésticos presentaron prevalencias más elevadas de sintomatología ansiosa que los no migrantes, pero no se observaron diferencias significativas en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva. Las variables que aumentaron la probabilidad de presentar síntomas de depresión y/o ansiedad fueron: haber

migrado, ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo, no tener trabajo, estar casado y tener un menor número de hijos.

Un par de investigaciones que difieren de las anteriores, ya que sólo estudian a la población de retorno, son las de Bojórquez *et al.* (2015) y García *et al.* (2016). La primera contó con una muestra probabilística de personas deportadas (N=1,110), captadas en diferentes puntos de repatriación distribuidos a lo largo de la frontera. Se encontró que 12.0% de los hombres y 39.8% de las mujeres reportaron síntomas de algún trastorno mental común.

El segundo estudio abordó el impacto del retorno y para ello aplicaron una encuesta en hogares de los estados de Michoacán, Oaxaca, Zacatecas, Puebla, Guerrero y Chiapas a 1,800 informantes, además de que realizaron entrevistas y grupos focales. Concluyeron que el impacto lo resienten más los niños, los jóvenes y las mujeres, quienes presentan mayores necesidades y demandas específicas para su reinserción familiar y comunitaria. El retorno de un miembro de la familia altera la organización previa y genera múltiples fricciones y disfuncionalidades que obligan a nuevos acuerdos y funciones. Cuando el retorno se vive como un fracaso, cuestiona la autoestima y la valoración que hace la familia y la comunidad sobre los retornados (García *et al.*, 2016).

Del mismo modo, la literatura confirma la asociación entre la migración y el consumo de alcohol y drogas. Aquellos que han migrado (que siguen en Estados Unidos o que ya regresaron a México), presentan mayor probabilidad de usar drogas que aquellos que no han migrado (Sánchez-Huesca *et al.*, 2006; Borges *et al.*, 2007; Torres *et al.*, 2014; Borges *et al.*, 2011). Por ejemplo, de acuerdo con lo encontrado por Arellanez (2016) en un estudio con 352 hombres repatriados, 69.4% había consumido alguna bebida alcohólica en el último año y 22.8% había usado una droga ilícita alguna vez en la vida, principalmente marihuana, cocaína y crack. Los hallazgos cualitativos descritos por Torres *et al.* (2014) señalan que los migrantes retornados reconocieron consumir alcohol antes de migrar y que durante su estancia en Estados Unidos intensificaron su consumo y utilizaron otras drogas como la marihuana, “ácidos” o crack.

Al comparar el consumo de drogas entre migrantes retornados y aquellos que iniciaban su viaje, se observó que el riesgo de consumir bebidas alcohólicas era superior entre los hombres retornados, mientras que el riesgo fue mayor para las mujeres que empezaban el viaje. No se observaron diferencias significativas relacionadas en el consumo de tabaco (Zhang *et al.*, 2015).

Con base en esta revisión de la literatura, para este trabajo se presenta la siguiente pregunta de investigación e hipótesis.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los mexicanos retornados de Estados Unidos presentan mayores probabilidades de tener malestar psicológico y un mayor consumo de drogas que los mexicanos que nunca han migrado?

HIPÓTESIS

Las mujeres mexicanas retornadas de Estados Unidos presentan mayor malestar psicológico y mayor consumo de drogas que las que nunca han migrado. Los hombres mexicanos retornados de Estados Unidos presentan mayor malestar psicológico y consumo de drogas que los que nunca han migrado.

OBJETIVO

Comparar la presencia de malestar psicológico y la prevalencia de consumo de drogas entre mexicanos retornados de Estados Unidos y mexicanos que nunca han migrado, con el propósito de ampliar la información sobre las condiciones de salud mental de los migrantes de retorno.

MÉTODO

Los datos que se analizan forman parte de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (Villatoro *et al.*, 2017). Esta medición es la más actual de una serie de encuestas que se han realizado de manera periódica hace más de 30 años (1988, 1998, 2002, 2008, 2011), en población de 12 a 65 años que habita en hogares ubicados en comunidades urbanas y rurales de México. El principal objetivo de estas encuestas es estimar las prevalencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas, evaluar las tendencias del consumo, las necesidades de atención y el uso de servicios. Sin embargo, a lo largo de las

diferentes mediciones, se han incorporado otros temas que resultan relevantes, entre ellos la migración.

En su última versión, la Encodat se conforma de las siguientes secciones: datos sociodemográficos, tabaco, drogas médicas, drogas ilegales, alcohol, violencia por parte de la pareja, conducta antisocial, intento suicida, ludopatía, uso de internet, migración internacional y malestar psicológico. Para este trabajo se utilizaron solamente las secciones de datos sociodemográficos, alcohol, migración internacional y malestar psicológico. Se utilizó un muestreo aleatorio, probabilístico y estratificado. El marco de muestreo lo conformó el listado de AGEB's (Áreas Geoestadísticas Básicas) construido por el INEGI, mismo que se estratificó por entidad federativa y por la condición de urbanidad; posteriormente se seleccionaron de manera aleatoria manzanas, viviendas y finalmente la persona a encuestar. La información se recopiló del 1 de junio al 30 de octubre del 2016 (Reséndiz *et al.*, 2018).

Población y muestra

La muestra fue representativa a nivel nacional y estatal, se calculó con un intervalo de confianza de 90% y contó con una tasa de respuesta individual de 73.6 %. En cada vivienda seleccionada y cuando la composición del hogar lo permitió, se entrevistó a un adulto de 18 a 65 años y a un adolescente de 12 a 17; esta selección se realizó mediante un muestreo aleatorio simple en cada uno de los dos grupos de edad. La muestra quedó conformada por 44,032 personas (17,198 hombres y 26,834 mujeres); se excluyó a los menores de 18 años y a las personas que habían migrado a Estados Unidos con visa; a estos últimos se les excluyó porque muy pocos informaron viajar bajo esta condición y no fue posible realizar análisis estadísticos.

Instrumento

Los datos fueron recolectados a partir de un cuestionario estandarizado, utilizado en encuestas anteriores y previamente validado (Villatoro *et al.*, 2003; Reséndiz *et al.*, 2018). Se analizaron algunos reactivos de las siguientes secciones: *a)* datos sociodemográficos, *b)* migración internacional y *c)* escala de malestar psicológico de Kessler 6 (K6). En el cuadro 1 se describen cada una de las variables.

Cuadro 1 Variables analizadas

Variable	Categorías	Observaciones
Datos sociodemográficos		
Sexo	1= Hombre 2 = Mujer	
Edad	1 = 18 a 29 años 2 = 30 a 45 años 3 = 46 a 65 años	Estos grupos de edad son los que se utilizan en la Encodat por las siguientes razones: a) se pueden hacer comparaciones entre generaciones en cuanto a los patrones de consumo, actitudes y motivaciones asociadas, y b) conocer las tendencias del consumo de los grupos mayores permite comprender mejor a las de generaciones más jóvenes.
Estado civil	0 = Con pareja 1 = Sin pareja	Las opciones de respuesta en la Encodat son: casado, unión libre, separado, divorciado, viudo y soltero; sin embargo, se elaboró una variable dicotómica porque el número de casos por separado no permitía realizar los análisis estadísticos. Además del supuesto teórico sobre el impacto de tener o no tener pareja en la presencia de malestar emocional.
Hijos	0 = Tiene hijos 1= Sí tiene hijos	
Religión	0 = Ninguna 1 = Cristiana 2 = Otras (principalmente católica)	Las opciones de respuesta para esta pregunta son católica, protestante o evangélica, judía, cristiana, ninguna. Se elaboró la variable con estas opciones partiendo del supuesto de que en las comunidades donde se profesan las religiones cristianas se han observado importantes disminuciones en las prevalencias de consumo de alcohol y drogas.
Condición laboral	0 = No trabaja 1 = Trabaja 2 = Labores en el hogar	Las opciones de respuesta son profesionista, maestro, propietario de empresa o negocio, propietario de pequeño comercio, empleado, obrero, agricultor, campesino, estudiante, ama de casa, pensionado o jubilado y desempleado. Se elaboró una variable con tres categorías porque el número de casos por separado no permitía realizar los análisis estadísticos y bajo el supuesto teórico del impacto que puede ser el no tener un trabajo o actividad laboral en la presencia de malestar psicológico.
Migración internacional		
Migración	0 = Nunca ha migrado 1 = Migró a Estados Unidos sin visa	En el cuestionario solamente se incluye un par de preguntas en torno a la migración para conocer si habían ido alguna vez a Estados Unidos en busca de trabajo, el tipo de trabajo realizado y si lo habían hecho con visa. No se desglosó por tipo de trabajo porque no permitía realizar los análisis estadísticos. Tampoco se incluyó a los que habían ido a trabajar con visa porque el porcentaje era muy reducido y no permitía realizar ningún análisis.

(Continuación)

Variable	Categorías	Observaciones
Consumo de tabaco, alcohol y drogas		
Tabaco	Fumadores actuales	Personas que informaron haber consumido tabaco en los 30 días previos a la encuesta.
	Posible adicción	Fumadores actuales que reportaron que fumaban su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse.
Alcohol	Consumo alguna vez en la vida	Aquellas personas que informaron consumir al menos una copa de alcohol alguna vez en la vida.
	Consumo último año	Aquellas personas que informaron consumir al menos una copa de alcohol en los doce meses previos a la encuesta.
	Consumo último mes	Aquellas personas que informaron consumir al menos una copa de alcohol en los 30 días previos a la encuesta.
	Consumo excesivo	Aquellas personas que en el último año han consumido cinco o más copas en una sola ocasión en el caso de los hombres, o cuatro copas en una sola ocasión en el caso de las mujeres.
Drogas	Usuarios de cualquier droga	Se refiere al uso de una o más sustancias médicas fuera de prescripción médica o por más tiempo del indicado por los médicos (como opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos, anfetaminas o estimulantes) o ilegales (tales como marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, metanfetamina y otras drogas como ketamina, GHB, etcétera).
	Dependencia de drogas	Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento que incluyen la presencia de distintivos síntomas tales como tolerancia, abstinencias, deseo persistente, incapacidad de control, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Se consideró como dependientes a los individuos que presentaron tres o más de estos síntomas en los doce meses previos a la encuesta (APA 2002, WHO, 1993).
Escala de malestar psicológico de Kessler (K6)		
Escala de malestar psicológico	Los puntajes totales de la escala oscilan entre 0 y 24 puntos. Se utilizan dos puntuaciones de corte: ≥ 13 para identificar a las personas con malestar psicológico grave, es decir, las personas que tienen una alta probabilidad de presentar un trastorno mental diagnosticable lo suficientemente grave como para causar limitaciones funcionales y que requieren tratamiento (Kessler et al., 2003; Kim et al., 2012; Pratt, 2009) y ≥ 5 , que indica un malestar psicológico moderado que sigue siendo clínicamente relevante y, por lo tanto, requiere algún tipo de intervención (Prochaska et al., 2012).	La K6 está conformada por seis reactivos a través de los cuales se pregunta: ¿con qué frecuencia en los últimos 30 días se sintió 1) nervioso(a); 2) sin esperanza; 3) inquieto(a) o intranquilo(a); 4) tan deprimido(a) que nada podía levantarle el ánimo; 5) que todo le costaba mucho esfuerzo; 6) que no valía nada. Para cada pregunta hay cinco opciones de respuesta: "nunca", "casi nunca", "a veces", "casi siempre" y "siempre". Las respuestas se puntuaron en el rango de 0 ("nunca") a 4 ("todo el tiempo"), generando una escala con un rango de 0 a 24 (Kessler et al., 2002). La K6 se ha traducido a 14 idiomas y se ha incorporado en diversas encuestas de salud mental internacionales como la coordinada por la Organización Mundial de la Salud (Kessler et al., 2002) y nacionales, que se realizan de forma periódica en países como Estados Unidos, Australia y Canadá (Sunderland et al., 2011). México participó en la validación internacional de la K6 cuando se aplicó como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental realizada en 14 países (Kessler et al., 2010). Un análisis factorial evaluó su consistencia interna en la atención primaria, mostrando un factor único que explicaba 53.4% de la varianza total con una consistencia interna de $\alpha = 0.901$ (Vargas et al., 2011). La escala se ha utilizado en diversas poblaciones migrantes, entre ellas, mexicanos que viven en Estados Unidos desempleados (Caicedo y Van Gameren, 2016); personas que han participado en la Acción Diferida para los que llegaron en la infancia a Estados Unidos, conocida como DACA (Venkataramani et al., 2017) y comparando la presencia de malestar psicológico entre los nacidos en Estados Unidos y diversos grupos de migrantes (Bratter et al., 2005). No encontramos estudios con migrantes de retorno.

PROCEDIMIENTO

Recolección de la información

La información se recopiló en los hogares y las personas fueron seleccionadas por medio de un cuestionario aplicado a través de ACASI (entrevistas autoadministradas por computadoras); la aplicación tuvo una duración aproximada de 90 minutos. Los encuestadores explicaron a los participantes los objetivos y las características del estudio, garantizaron el anonimato de la información y revisaron que los cuestionarios estuvieran debidamente contestados.

Análisis estadísticos

Para conocer las características sociodemográficas de la población estudiada se realizaron análisis univariados entre hombres y mujeres y por condición migratoria. Se llevó a cabo un procedimiento similar para conocer la presencia de malestar psicológico y la prevalencia de consumo de drogas. Los niveles de significancia se obtuvieron utilizando la prueba de Pearson X^2 . Para obtener los valores de cada uno de los reactivos de la escala de malestar psicológico se utilizaron pruebas t.

Se utilizó un análisis de regresión múltiple para predecir la probabilidad de malestar psicológico tanto grave como moderado. Se incluyó en el modelo la condición de migración, la interacción entre sexo y migración y las variables sociodemográficas. Para ello se utilizaron los programas de SPSS versión 25 y de STATA versión 13, modelando el diseño de la muestra del estudio para tener estimaciones del error más precisas.

Consideraciones éticas

La encuesta fue aprobada por la Comisión de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública (IRB 0000676P) y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (IRB 00006105). Los responsables de aplicar los cuestionarios leyeron a cada participante el formato de consentimiento, les informaron sobre los objetivos de la encuesta, su participación voluntaria y la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Como se observa en el cuadro 2, del total de los migrantes retornados, 10.1% de los hombres y 1.7% de las mujeres migraron a los Estados Unidos sin

documentos en busca de trabajo. Los hombres y las mujeres retornados presentaron mayor edad que sus contrapartes que nunca habían migrado. Aproximadamente 30% de los no migrantes de ambos sexos tenía al momento de la encuesta entre 46 y 65 años; el porcentaje ascendió a 41% para los hombres con experiencia migratoria y a 45.4% para las mujeres. Del mismo modo, los migrantes retornados respondieron con mayor frecuencia tener pareja e hijos y un trabajo remunerado. Se observaron diferencias significativas por sexo y por condición migratoria en todas las variables mencionadas. En el caso de la religión, solamente fue significativa para los hombres, observándose un mayor número de ateos y cristianos entre aquellos que no migraron.

Cuadro 2
Características sociodemográficas de la población de 18 a 65 años

	Hombres (n ¹ = 17,198)				Mujeres (n ¹ = 26,834)			
	Migrantes		No migrantes		Migrantes		No migrantes	
	F	%	f	%	F	%	f	%
Sexo*	2,294	10.1	14,904	89.9	608	1.7	26,226	98.3
Edad								
18-29	175	10.0	4,731	40.1**	43	8.2	7,115	34.8**
30-45	1,136	49.1**	5,199	30.3	321	46.4**	10,382	35.6
46-65	983	41.0**	4,974	29.6	244	45.4**	8,729	29.5
Religión								
Sin religión	198	7.3	1,689	10.8**	32	6.1	1,651	6.7
Cristiana	119	5.3	1,161	7.1**	53	8.9	1,873	6.9
Otra	1,977	87.3	12,054	82.1	523	85.0	22,702	86.4
Estado civil								
Sin pareja	492	16.2	5,528	39.6**	206	30.9	9,032	35.4
Con pareja	1,802	83.8**	9,376	60.4	402	69.1	17,194	64.6
Trabajo durante los últimos 30 días								
No	166	6.9	2,051	16.6**	24	3.7	1,527	8.0**
Sí	2,121	92.9**	12,660	82.2	262	47.2**	9,886	37.7
En el hogar	7	0.2	193	1.2**	322	49.1	14,813	54.3**
Hijos								
No tiene hijos	279	11.6	4,965	38.0**	42	8.7	4,327	22.1**
Tiene hijos	2,015	88.4**	9,939	62.0	566	91.3**	21,899	77.9

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra por sexo y por condición migratoria.

**significativos <= 0.05 y 0.01.

1 Las frecuencias están sin ponderar, los porcentajes están con los datos ponderados.

Tanto los hombres como las mujeres migrantes presentaron porcentajes más elevados de una posible adicción a la nicotina (5.4% hombres y 2.4% mujeres) que aquellos que nunca habían migrado (4% hombres y 1.1% mujeres); estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En cuanto al consumo de alcohol, se observaron diferencias significativas entre los hombres y en todos los casos las prevalencias fueron superiores en el grupo de los migrantes. Para las mujeres sólo se observaron diferencias entre las que nunca habían consumido alcohol; el número de abstemias fue mayor entre las que nunca habían migrado (32.8% no migrantes vs 26.5% migrantes).

En relación con el consumo de otras drogas, 22.2% de los hombres que migraron consumieron alguna sustancia, en contraste con 16.3% de los no migrantes. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de los que presentaron problemas de dependencia a cualquier tipo de droga. El número de mujeres que informaron consumir drogas fue muy similar en ambos grupos (véase cuadro 3).

Cuadro 3
Consumo de tabaco, alcohol y drogas

	Hombres (n ¹ = 17,198)				Mujeres (n ¹ = 26,834)			
	Migrantes		No migrantes		Migrantes		No migrantes	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Consumo de tabaco								
Fumadores actuales	603	26.6	5,452	27.2	43	10.3	2,083	8.6
Posible adicción	122	5.4*	805	4.0	10	2.4*	256	1.1
Consumo de alcohol								
No consumen alcohol	157	6.9	2,472	12.3*	111	26.5	7,948	32.8*
Alguna vez en la vida	2,114	93.1*	17,573	87.7	308	73.5	16,262	67.2
Último año	1,596	70.3*	13,214	65.9	155	37.1	10,013	41.4
Último mes	1,323	58.3*	10,891	54.3	106	25.2	6,339	26.2
Consumo excesivo último año	971	42.8*	8,001	39.9	93	22.1	5,237	21.6
Consumo de drogas								
Usuarios de cualquier droga	504	22.2*	3,261	16.3	19	4.5	1,069	4.4
Dependencia	19	0.8	254	1.3	0	0	44	0.2

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra por sexo y por condición migratoria.

** Significativos <= 0.05 y 0.01.

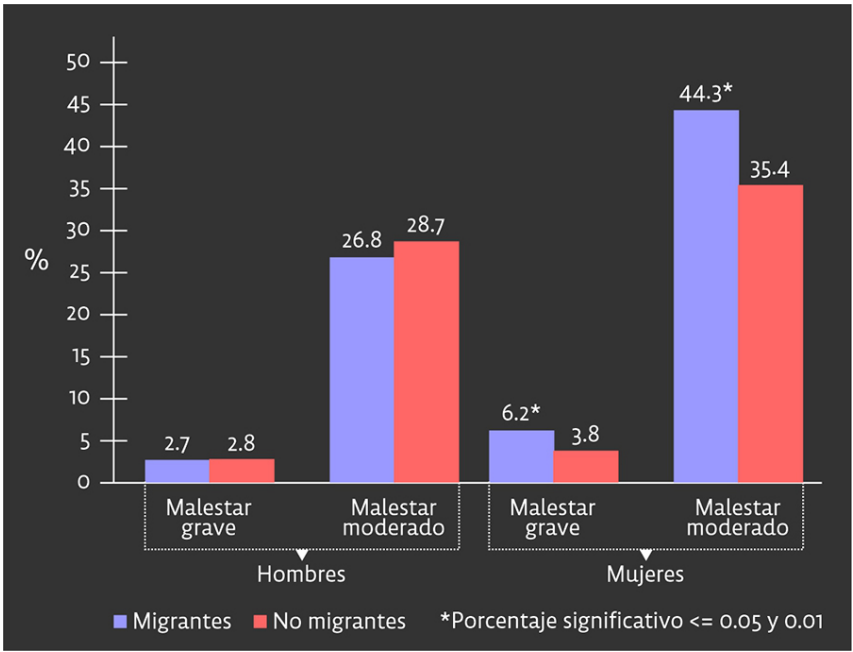
1 Las frecuencias están sin ponderar, los porcentajes están con los datos ponderados.

Como ya se mencionó, se utilizaron dos puntos de corte para evaluar la presencia de malestar psicológico grave y moderado. Aproximadamente una tercera parte de los hombres, sin observarse diferencias significativas de acuerdo con su experiencia migratoria, cumplieron los criterios de malestar psicológico moderado y 3% los de malestar grave.

Entre los grupos de mujeres (migrantes y no migrantes) sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de malestar

psicológico; la condición moderada se presentó en 44.3% de las mujeres migrantes, en contraste con 35.3% de las no migrantes, y el malestar grave en 6.2% de las primeras y 3.8% de las segundas (véase gráfica 1).

Gráfica 1
Presencia de malestar psicológico grave y moderado por sexo y condición migratoria



En el cuadro 4 se presenta el análisis de cada reactivo de la escala K6. En todos los casos, las mujeres migrantes mostraron mayor malestar psicológico, de manera particular en los reactivos de “sentirse nerviosa”, “sentirse inquieta” y “sentirse deprimida”, todos ellos presentes en más de 30% de dicho grupo. Al comparar con los hombres, sólo se observaron diferencias significativas en el reactivo de “se sintió nervioso”, con un porcentaje mayor en el grupo de los no migrantes, 26.8%, por 24.4% de los migrantes.

Cuadro 4
Malestar psicológico según sexo y condición migratoria

	Hombres (n ¹ = 17,198)				Mujeres (n ¹ = 26,834)			
	Migrantes		No migrantes		Migrantes		No migrantes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Presencia de malestar grave	53	2.7	349	2.8	34	6.2**	1,143	3.8
Presencia de malestar moderado*	612	26.8	4,033	28.7	262	44.3**	9,490	35.4
Reactivos individuales: ¿Con qué frecuencia...								
se sintió nervioso(a)?* ²	525	24.4	3,577	26.8**	251	42.7**	8,852	34.1
se sintió sin esperanza?*	301	12.5	1,676	11.1	149	26.9**	4,708	16.7
se sintió inquieto(a) o intranquilo(a)?*	550	25.0	3,590	25.5	248	39.0**	8,391	31.8
se sintió tan deprimido(a) que nada podía levantarle el ánimo?	357	14.6	2,099	14.3	172	32.1**	6,015	21.2
sintió que todo le costaba mucho esfuerzo?	323	14.1	2,118	14.3	153	29.6**	5,564	20.2
sintió que no valía nada?	171	7.5	1,053	7.4	72	12.4	2,920	9.9

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra por sexo y por condición migratoria.

** Significativos < 0.05 o p < 0.01.

1 Las frecuencias están sin ponderar, los porcentajes están con los datos ponderados.

2 De cada reactivo de K6, se juntaron las categorías a veces, casi siempre y siempre.

Para conocer cuáles son las variables que se asocian con la presencia de malestar psicológico se realizó un análisis de regresión logística. Los predictores más significativos para el malestar psicológico grave fueron tener más de 30 años, particularmente entre 46 y 65, que incrementa la probabilidad en 80%, así como ser mujer y ser migrante retornada, que la aumenta en 64%. Otros predictores fueron el no tener pareja, con 24%, y el tener hijos, con 17%. Se observó que el no estar trabajando implica mayor riesgo que si se tiene una ocupación o se realizan actividades domésticas.

Los factores que predijeron con mayor fuerza el malestar psicológico moderado fueron el ser mujer y migrante retornada (53%) y tener más de 45 años (30%). También resulta significativo no tener pareja (22%) y, nuevamente, realizar una actividad laboral reduce la probabilidad de malestar psicológico (cuadro 5).

Cuadro 5
Modelos de regresión logística de malestar psicológico grave y moderado

	Malestar psicológico grave ¹					Malestar psicológico moderado ¹				
	n	%	OR	Sig.	95% C.I.	n	%	OR	Sig.	95% C.I.
Migración										
No	1,868	3.3	1.00			17,827	32.9	1.00		
Migró sin visa	87	3.2	0.91	0.514	0.70-1.20	877	29.5	0.92	0.103	0.83-1.02
Sexo										
Hombre	541	2.6	1.00			6,698	29.2	1.00		
Mujer	1,425	3.9	1.36	<0.001	1.20-1.55	12,122	36.1	1.30	<0.001	1.24- 1.37
Migración*Sexo	34	6.2	1.64	0.047	1.01-2.66	262	44.3	1.53	<0.001	1.23-1.90
Edad										
18 a 29	342	2.7	1.00			3,697	30.9	1.00		
30 a 45	563	2.9	1.16	0.049	1.00-1.34	5,386	31.1	1.10	<0.001	1.04-1.16
46 a 65	685	4.6	1.80	<0.001	1.56-2.08	5,428	34.9	1.30	<0.001	.23-1.37
Religión										
Ninguna	196	3.4	1.00			1,548	32.2	1.00		
Cristiana	146	3.8	1.03	0.812	0.80-1.32	1,448	33.2	0.97	0.597	0.88-1.08
Otras	1,624	3.2	0.84	0.061	0.70-1.01	15,824	32.8	0.95	0.201	0.89-1.03
Estado civil										
Con pareja	885	3.3	1.00			9,091	31.1	1.00		
Sin pareja	1,081	3.3	1.24	0.001	1.09-1.42	9,729	34.7	1.22	<0.001	1.16-1.28
Condición laboral										
No trabaja	474	3.4	1.00			4,636	34.4	1.00		
Sí trabaja	807	3.0	0.74	<0.001	0.63-0.87	8,269	30.5	0.82	<0.001	0.77-0.87
Labores del hogar	685	3.8	0.79	0.019	0.65-0.96	5,915	35.9	0.91	0.021	0.84- 0.99
Tiene hijos										
No	656	2.8	1.00			7,287	33.4	1.00		
Sí	1,310	3.6	1.17	0.050	1.00-1.38	11,533	32.4	1.03	0.356	0.97-1.09

1 Las frecuencias están sin ponderar, los porcentajes están con los datos ponderados y se refieren a la presencia de malestar psicológico grave o moderado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las diversas prevalencias de consumo de alcohol fueron superiores en el grupo de los migrantes. Una tendencia similar se presentó en el consumo de drogas. Pero no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de personas con dependencia a cualquier tipo de droga. Lo anterior coincide con lo reportado por Borges *et al.* (2011).

Tanto los hombres como las mujeres migrantes presentaron porcentajes más elevados de una posible adicción a la nicotina. Estos resultados apoyan lo expuesto por Tong *et al.* (2012), quienes encontraron que los migrantes retornados y sus familiares fumaban con mayor frecuencia que los mexicanos que vivían en Estados Unidos. Por el contrario, en el estudio de Zhang *et al.* (2015), no se observaron diferencias significativas entre las etapas de migración

con respecto al tabaquismo para ninguno de los sexos. Las diferencias en los estudios pueden estar relacionadas con el uso de estrategias y muestras disímiles. Sin embargo, debido a que son pocos los estudios que analizan el consumo de tabaco en estas poblaciones, resulta complicado dar una aseveración concluyente.

A partir del modelo de regresión, podemos decir que la migración por sí sola no es un factor significativo para la presencia de malestar psicológico, sólo cobra relevancia cuando se asocia con ser mujer. Las participantes de este estudio que vivieron en Estados Unidos tuvieron mayor probabilidad de padecer malestar psicológico, ya sea grave o moderado; asimismo, se encontró que no tener pareja y tener hijos son también aspectos asociados. Donato *et al.* (2020), además de lo anterior, lo asocian con carecer de apoyo económico y de una de red social.

En el caso de la población masculina, se encontró que la presencia de malestar psicológico no se relacionó con la condición migratoria; solamente se observaron diferencias significativas en la pregunta “se sintió nervioso”, lo cual fue más frecuente entre los no migrantes. Estos resultados difieren en cierta medida de los estudios que afirman que las personas sin experiencia migratoria tienden a presentar más trastornos de depresión y ansiedad que quienes han migrado (Vega *et al.*, 1998; Ortega *et al.*, 2000; Grant *et al.*, 2004; Breslau y Chang, 2006; Salas-Wright *et al.*, 2018; Kerridge *et al.*, 2019).

Lo anterior muestra la importancia de ser cauteloso en el momento de asociar la migración de manera directa con los malestares psicológicos, pues si bien se cuenta con evidencia suficiente para establecer la relación entre sexo, migración y estos malestares, como advierte Santillanes (2017), sería necesario comprender cuáles aspectos interactúan, en qué forma y en cuál periodo de la trayectoria: antes, durante y/o después de migrar. Es decir, los factores que predicen en las mujeres la presencia de malestares psicológicos son el ser madre, no tener pareja o no contar con una actividad laboral, independientemente de ser migrante. Confirmamos que la asociación entre diversas variables es diferenciada, compleja y dinámica, dependiendo de un conjunto de factores que modelan la experiencia de retorno.

Las fortalezas de este trabajo tienen que ver con que los datos provienen de una muestra representativa a nivel nacional, por lo que se contó con un grupo numeroso de retornados y gracias al tamaño de la muestra se logró un número importante de mujeres retornadas, quienes suelen estar subrepresentadas en

los estudios de migración. Entre las limitaciones del estudio se encuentran: carecer de información sobre la fecha y tipo de retorno a México (voluntario o forzado) y que el K6 resulta poco sensible ante la expresión emocional de los hombres y las diferencias culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Estados Unidos: APA.
- Arellanez, Jorge (2016). “Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos Frontera Norte”. *Frontera Norte* 28 (56): 113-133.
- Bojórquez, Ietza; Rosa Aguilar; Jacobo Ramírez; Diego Cerecero, y Silvia Mejía (2015). “Common mental disorders at the time of deportation: A survey at the Mexico-United States border”. *Journal of Immigrant and Minority Health* 17 (6): 1732-1738.
- Borges, Guilherme; María Elena Medina Mora; Joshua Breslau, y Sergio Aguilar-Gaxiola (2007). “The effect of migration to the United States on substance use disorders among returned Mexican migrants and families of migrants”. *American Journal of Public Health* 97 (10): 1847-1851.
- Borges, Guilherme; Joshua Breslau; Ricardo Orozco; Daniel Tancredi; Heather Anderson; Sergio Aguilar-Gaxiola, y María Elena Medina Mora (2011). “A cross-national study on Mexico-US migration, substance use and substance use disorders”. *Drug and Alcohol Dependence* 117 (1): 16-23.
- Borges, Guilherme; Beatriz Zamora; José García; Ricardo Orozco; Cherlyl Cherpitel; Sarah Zemore, y Joshua Breslau (2015). “Symptoms of anxiety on both sides of the US-Mexico border: The role of immigration”. *Journal of Psychiatric Research* 61: 46-51.
- Bratter, Jenifer, y Karl Eschbach (2005). “Race/ethnic differences in nonspecific psychological distress: Evidence from the National Health Interview Survey”. *Social Science Quarterly* 86: 620-644.
- Breslau, Joshua, y Diana Chang (2006). “Psychiatric disorders among foreign-born and US-born Asian-Americans in a US national survey”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41 (12): 943-950.

- Caicedo, Maritza, y Edwin Van Gameren (2016). "Unemployment and mental health among Mexican immigrants and other population groups in the United States". *Migraciones Internacionales* 8 (4): 167-200.
- Castillo, José (1997). "Teorías de la migración de retorno". En *Políticas de retorno de emigrantes*, coordinado por Antonio Izquierdo Escribano y Gabriel Álvarez Silva, 29-44. Coruña: Universidad.
- Durand, Jorge (2019). "Política migratoria: entre el discurso, la práctica y la coyuntura". *Foro Internacional* 59 (3-4): 1021-1047.
- Durand, Jorge, y Douglas Massey (2003). *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas y Porrúa.
- Donato, Katharine; Laura Caron, y Erin Hamilton (2020). "Migration and mental health in Mexico: Domestic migrants, return US migrants, and non-migrants". *Frontiers in Psychiatry* 10: 1-10.
- Espíndola, José; Francisco Morales Carmona; Edgar Díaz; Diana Pimentel; Pilar Meza; Consuelo Henales; Jorge Carreño, y Anna Ibarra (2006). "Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada". *Perinatología y Reproducción Humana* 20 (4): 112-122.
- Familiar-Lopez, Itziar; Guilherme Borges; Ricardo Orozco, y María Elena Medina Mora (2011). "Mexican migration experiences to the US and risk for anxiety and depressive symptoms". *Journal of Affective Disorders* 130 (1-2): 83-91.
- Gandini, Luciana; Fernando Lozano, y Selene Gaspar (2015). *El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos*. México: Consejo Nacional de Población.
- García, Rodolfo, y Rosa Del Valle (2016). "Migración de retorno y alternativas de reinserción. Hacia una política integral de desarrollo, migración y desarrollo humano". *Huellas de la Migración* 1 (1): 1-14.
- Gorman, Bridget; Claire Altman, y Sergio Chávez (2017). "Experiencia migratoria en EE. UU. y estado de salud mental de hombres y mujeres adultos que viven en Guanajuato". En *Migración y salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante*, editado por la Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población, 99-110. México: Consejo Nacional de la Población.

- Grant, Bridget; Frederick Stinson; Deborah Hasin; Deborah Dawson; Patricia Chou, y Karyn Anderson (2004). "Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions". *Archives of General Psychiatry* 61 (12): 1226-1233.
- Kessler, Ronald; Gavin Andrews; Lisa Colpe; Eva Hiripi; Daniel Mroczek; Sharon Normand; Helen Walters, y Alan Zaslavsky (2002). "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress". *Psychological Medicine* 32 (6): 959-976.
- Kessler, Ronald; Peggy Barker; Lisa Colpe; Joan Epstein; Johan Gfroerer; Eva Hiripi; Mary Howes; Sharon Normand; Roland Manderscheid; Ellen Walters, y Alan Zaslavsky (2003). "Screening for serious mental illness in the general population". *Archives of General Psychiatry* 60 (2): 184-189.
- Kessler, Ronald; Jennifer Greif; Michael Gruber; Nancy Sampson; Evelyn Bromet *et al.* (2010). "Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative". *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19 (S1): 4-22.
- Kerridge, Bradley; Patricia Chou, y Roger Pickering (2019). "Substance use and psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites by immigration status". *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 21 (1).
- Kim, Giyeon; Ami Bryant, y Patricia Parmelee (2012). "Racial/ethnic differences in serious psychological distress among older adults in California". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27 (10): 1070-1077.
- Mestries, Francis (2013). "Los migrantes de retorno ante un futuro incierto". *Sociológica* 28 (78): 171-212.
- Mirowsky, John, y Catherine Ross (2003). *Social Causes of Psychological Distress*. Nueva Jersey: Transaction Publishers.
- Ortega, Alexander; Robert Rosenheck; Margarita Alegría, y Rani Desai (2000). "Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics". *Journal of Nervous and Mental Disease* 188 (11): 728-735.

- Pratt, Laura (2009). "Serious psychological distress, as measured by the K6, and mortality". *Annals of Epidemiology* 19 (3): 202-209.
- Prochaska, Judith; Hai-Yen Sung; Wendy Max; Yanling Shi, y Michael Ong (2012). "Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization". *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 21 (2): 88-97.
- Reséndiz, Esbehidy; Marycarmen Bustos; Roxana Mújica; Sayuri Soto; Vianey Martínez *et al.* (2018). "Tendencias nacionales del consumo de alcohol en México: resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017". *Salud Mental* 41 (1): 7-15.
- Rosales, Yetzi; Ietza Bojórquez; René Leyva, y César Infante (2017). "Oferta de servicios de salud a migrantes repatriados por Tijuana, Baja California: cooperación y capacidad de respuesta interinstitucional". *Frontera Norte* 29 (57): 107-130.
- Salas-Wright, Christopher; Michael Vaughn; Trenette Goings; Daniel Miller, y Seth Schwartz (2018). "Immigrants and mental disorders in the United States: New evidence on the healthy migrant hypothesis". *Psychiatry Research* 267: 438-445.
- Sánchez-Huesca, Ricardo; Jorge Luis Arellanez-Hernández; Verónica Pérez-Islas, y Solveig Rodríguez-Kuri (2006). "Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos". *Salud Mental* 29 (1): 35-43.
- Santillanes, Nadia (2017). "El proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes poblanas que residen en la ciudad de Nueva York". En *Migración y salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante*, editado por la Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población. México: Consejo Nacional de Población.
- Sunderland, Matthew; Tim Slade; Gavin Stewart, y Gavin Andrews (2011). "Estimating the prevalence of DSM-IV mental illness in the Australian general population using the Kessler Psychological Distress Scale". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45 (10): 880-889.
- Tong, Elisa; Naomi Saito; Daniel Tancredi; Guilherme Borges; Richard Kravitz *et al.* (2012). "A transnational study of migration and smoking behavior in the Mexican-origin population". *American Journal of Public Health* 102 (11): 2116-2122.

- Torres, Teresa; José Luis López; Miguel Mercado, y Amparo Tapia (2014). “Vivencias de migrantes mexicanos sobre estados emocionales experimentados durante su proceso migratorio y el consumo de alcohol y drogas”. *Estudios Fronterizos* 15 (29): 247-270.
- Ullmann, Heidi; Noreen Goldman, y Douglas Massey (2011). “Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico”. *Social Science & Medicine* 73 (3): 421-428.
- Vargas, Blanca; Valerio Villamil; Carmen Rodríguez; Jazmín Pérez, y José Cortés (2011). “Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas”. *Salud Mental* 34 (4): 323-331.
- Vega, William; Bohdan Kolody; Sergio Aguilar-Gaxiola; Ethel Alderete; Ralph Catalano, y Jorge Caraveo (1998). “Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California”. *Archives of General Psychiatry* 55 (9): 771-778.
- Venkataramani, Atheendar; Sachin Shah; Rourke O’Brien; Ichiro Kawachi, y Alexander Tsai (2017). “Health consequences of the US Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) immigration programme: A quasi-experimental study”. *The Lancet Public Health* 2 (4): e175-e181.
- Villatoro, Jorge; María Elena Medina Mora; Patricia Cravioto; Clara Fleiz; Fernando Galván *et al.* (2003). “Uso y abuso de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002”. En *Observatorio Mexicano Tabaco, Alcohol y Otras Drogas*, coordinado por la Secretaría de Salud, 71-84. México: Secretaría de Salud.
- Villatoro, Jorge; Esbehidy Reséndiz; Michelle Bretón; Vianey Cañas; Itzia Soto *et al.* (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.
- Waldman, Kyle; Julia Wang, y Hans Oh (2019). “Psychiatric problems among returned migrants in Mexico: Updated findings from the Mexican Migration Project”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54 (10): 1285-1294.
- World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Génova: World Health Organization.

- Zhang, Xiao; Ana Martinez-Donate; Jenna Nobles; Melbourne Hovell; Gudelia Rangel, y Natalie Rhoads (2015). "Substance use across different phases of the migration process: A survey of Mexican migrants flows". *Journal of Immigrant and Minority Health* 17 (6): 1746-1757.
- Zimmerman, Cathy; Ligia Kiss, y Mazedra Hossain (2011). "Migration and health: A framework for 21st century policy-making". *PLOS Medicine* 8 (5): e1001034. Disponible en:
<<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>>.

Capítulo 7

Percepciones de salud en los migrantes de retorno: aproximaciones empíricas en contextos mexicanos

Josefina Franzoni Lobo

Social Research Consulting Agency A.C.

Salvador Cobo

Escuela Superior de Economía del Instituto Politécnico Nacional

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

La investigación acerca de las percepciones de salud de los migrantes de retorno tiene la dificultad de aproximarse a un fenómeno biosocial y biocultural a partir del reporte que hacen los individuos de su condición de salud-enfermedad, y no necesariamente de un diagnóstico médico o resultado de estudios de laboratorio. Las percepciones son apropiaciones subjetivas de la realidad y el punto de partida del comportamiento de las personas. En el capítulo nos proponemos analizar las percepciones de salud en las que se refleja el estado de bienestar o malestar físico y/o emocional que reportan los migrantes mexicanos de retorno, para discutir la incidencia de la experiencia migratoria en Estados Unidos en sus percepciones de salud. Con este propósito estudiamos una muestra de migrantes retornados de distintas generaciones, con diferentes trayectorias migratorias, y la comparamos con una muestra de población no migrante a manera de contraste.

Las investigaciones sobre la salud de los migrantes mexicanos señalan que las malas condiciones de vida, la precariedad laboral, la dificultad para acceder a los servicios de salud y la discriminación en todas sus formas, entre otros factores, están asociadas, de cierta manera, con el deterioro de su salud, sobre todo de los migrantes indocumentados que viven en condiciones de vulnerabilidad. En otras palabras, la experiencia migratoria propicia condiciones de desventaja y desigualdad social que se reflejan en el deterioro de las condiciones y percepciones de salud en el mediano y largo plazo

(particularmente cuando los migrantes no cuentan con documentos migratorios).

En contraste, cierta evidencia apunta a que los migrantes mexicanos en Estados Unidos tienen menores tasas de mortalidad en algunas enfermedades crónico-degenerativas (cardiovasculares, cáncer de pulmón, colon, mama y próstata), comparados con los blancos no hispanos e incluso con otros migrantes latinoamericanos. Esta situación, de entrada, cuestionaría la hipótesis de que la migración *per se* propicia problemas de salud que derivan en mayores niveles de mortalidad.^[1] Para explicar la menor tasa de mortalidad de los hispanos comparados con otros grupos de población (en los que se incluye a la población de origen mexicano) en Estados Unidos, algunas investigaciones sobre adolescentes (Arenas *et al.*, 2015) sostienen que este resultado obedece a que las personas que migran son más sanas. En nuestra opinión, la hipótesis de Arenas *et al.* (2015) es débil, porque si bien la migración es selectiva, en el sentido de que migran las personas con mejores condiciones de salud, esto sucede en todos los países expulsores y, al no ser una condición exclusiva de un grupo de migrantes, no es un argumento suficientemente sólido para explicar las menores tasas de mortalidad de los mexicanos en Estados Unidos. Es más, la mayor tasa de mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas en migrantes de otros países de la región de Centro y Sudamérica debilita el supuesto del migrante saludable.

Bojórquez, González y Guillén (2014) plantean que tampoco son concluyentes los resultados de investigación para explicar la paradoja hispana sobre la menor tasa de mortalidad y mejor condición de salud de los migrantes mexicanos con respecto a los blancos no hispanos, con la explicación de que hay un subregistro en la tasa de mortalidad porque muchos mexicanos regresan a México una vez jubilados, desempleados y/o cuando están enfermos para recibir atención médica o para morir en México. La paradoja hispana y otros temas problemáticos todavía no resueltos sobre salud y migración, confirman la necesidad de continuar investigando sobre el tema. En este artículo se plantean dos preguntas de investigación: ¿en qué medida las percepciones de salud son diferentes entre la población con experiencia y sin experiencia migratoria? y ¿cómo inciden las condiciones de estancia en Estados Unidos en las percepciones de salud que tienen los migrantes retornados?

Este texto está estructurado en cuatro apartados. En el primero se revisa el concepto de percepciones de salud y su importancia en contextos migratorios

de retorno; aquí se pretende avanzar en una narrativa basada en la discusión de otros trabajos de investigación que dan cuenta de cómo la experiencia migratoria influyó en las percepciones de salud. En el segundo apartado se presentan la fuente de información y la estrategia metodológica para el análisis de las percepciones de salud de la población con y sin experiencia migratoria. El tercer apartado presenta el análisis descriptivo de las percepciones de salud de la población con y sin experiencia migratoria en Estados Unidos, según algunas características sociodemográficas y la condición migratoria. En el cuarto apartado se analizan los resultados de los modelos de regresión logísticos multivariados que discuten las percepciones de salud en migrantes de retorno y no migrantes, y las características migratorias en las percepciones de salud al momento del regreso, poniendo atención al nivel de adaptación social durante la experiencia migratoria. Por último, se presentan las conclusiones generales y los hallazgos de investigación.

PERCEPCIÓN DE SALUD Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL: UN REPASO TEÓRICO

Las percepciones, en términos generales, son apropiaciones subjetivas de la realidad. Es la forma en que los individuos reconocemos la experiencia inmediata teniendo como parámetro lo aprendido en nuestra historia de vida en un determinado espacio temporal y social. Así lo señala Vargas Melgarejo: “el reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los que se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno” (Vargas, 1994: 47). Ahora bien, Razo *et al.* (2018) apuntan que la percepción es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva porque las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. En esencia, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo.

Conviene aclarar que las percepciones de salud se relacionan con la calidad de vida, entendida como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, que a su vez está influida por el contexto cultural y el sistema de valores con respecto a sus metas, expectativas, normas, preocupaciones y la satisfacción de sus expectativas (World Health Organization, 1995). Siguiendo a Ardila (2003), la calidad de vida se entiende como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Existen aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social en la que se incluyen aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Entre los aspectos objetivos están el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Por su parte, Fernández *et al.* (2010) señalan que las percepciones de salud de los individuos abarcan dos dimensiones básicas: la capacidad de actuación que nosotros llamamos funcionalidad de los individuos para la satisfacción de las necesidades de su vida cotidiana y el bienestar físico, psíquico y social. Las personas nos percibimos sanas cuando gozamos de autonomía para realizar de manera independiente las actividades cotidianas para la sobrevivencia, como son la alimentación, el aseo, el libre desplazamiento y la capacidad vital para el trabajo con bienestar. El desarrollo funcional en el día a día es la base con la que construimos nuestra percepción de salud. La enfermedad, por el contrario, es el malestar, los signos y síntomas que restan funcionalidad, producen dolor e incomodidad. En estas circunstancias las personas migrantes y no migrantes, con el conocimiento que tienen a mano, evalúan su estado de salud y el de otros.[\[2\]](#)

Ahora bien, la mayoría de los migrantes laborales deja su lugar de origen en busca de oportunidades de trabajo para enviar remesas a su familia con la expectativa de lograr mejores condiciones de vida. En su medio social aprenden que los malestares que produce la enfermedad tienen un tiempo de vigencia, después del cual el cuerpo recupera su equilibrio y, por tanto, la salud. Con esta perspectiva de la salud-enfermedad, cuando los migrantes están enfermos, pasan por tres estrategias terapéuticas: el uso de la medicina doméstica, la automedicación alópata y, sólo cuando las dos estrategias anteriores no resultan, recurren a los servicios de salud (Lamarque y Moro, 2020). Este recorrido se apoya en la creencia de que la salud depende de la adecuada

alimentación, las condiciones apropiadas de la vivienda, la disponibilidad de servicios, la estabilidad laboral y la adaptación al medio social de llegada (Fernández-Niño *et al.*, 2018). Con estos presupuestos, los migrantes construyen su configuración de la salud y la enfermedad en donde no intervienen necesariamente la medicina preventiva ni la revisión médica de rutina. De hecho, los migrantes indocumentados tienen más dificultad para acceder a los servicios de la medicina privada y pública y es menos frecuente en ellos la revisión médica de rutina.

Sin embargo, la percepción de los migrantes sobre las causas de la enfermedad y la manera de mantener la salud se modifica con la duración de la migración (Lara *et al.*, 2005). Aquellos con mayor antigüedad que tienen acceso a servicios médicos, utilizan la medicina preventiva y, cuando tienen síntomas y signos de enfermedad, recurren a los servicios médicos y mantienen el apego al tratamiento; pero también estos migrantes de larga estancia o ya asentados en Estados Unidos, presentan mayores problemas de salud. Es posible que la adopción de patrones de consumo dañinos, malos hábitos alimenticios y un estilo de vida poco saludable (largas jornadas de trabajo y poca actividad deportiva), afecten su condición y percepción de salud en el mediano y largo plazo.

Para los hombres y las mujeres mexicanos migrantes en Estados Unidos, la salud tiene un significado biosocial e instrumental para el trabajo. Tiene un valor económico, por cuanto les permite la funcionalidad, la continuidad y el buen desempeño en el trabajo que es, precisamente, el recurso para adquirir los bienes y servicios que requieren para vivir y cumplir el compromiso de enviar remesas a la familia que se quedó en México. A cambio, muchos de ellos sacrifican su calidad de vida y autocuidado durante la experiencia migratoria.

Ciertamente, hay poca evidencia de que los migrantes regresen al país de Estados Unidos por sus malas condiciones de salud (Díaz, Koning y Martínez Donate, 2016; Bostean, 2013, y Palloni y Arias, 2004). Por su parte, un trabajo de corte cualitativo reporta que un tercio de una muestra de migrantes recién deportados de Estados Unidos en Tijuana, declararon muy buenas condiciones de salud (Ojeda *et al.*, 2018). En este sentido, se busca que este trabajo contribuya al debate acerca de las percepciones de salud de la población migrante de retorno y de las características asociadas. Se planteó la hipótesis de que la percepción de salud de los migrantes de retorno se relaciona con el mayor o menor nivel de bienestar, calidad de vida y adaptación social que

tuvieron durante su estancia en Estados Unidos, así como el acceso a servicios médicos.

DATOS Y MÉTODO

Se utilizaron las bases de datos del Proyecto sobre Migración Mexicana (MMP por sus siglas en inglés). El MMP recoge información sociodemográfica y socioeconómica de una muestra de hogares migrantes y no migrantes en comunidades seleccionadas en México. El trabajo de campo del MMP se basa en la aplicación de una etnoencuesta que recopila evidencia empírica de las trayectorias laborales y migratorias de los jefes de hogar y sus parejas.[3] A partir de 2007, el MMP incluyó un batería de preguntas sobre sus características físicas y condiciones de salud, como peso y talla, y sobre su condición de fumadores y presencia de enfermedades crónico-degenerativas (como hipertensión arterial, diabetes, entre otras), así como sus percepciones de salud en distintos momentos de su curso de vida. En este capítulo se revisaron 55 comunidades de las que se cuenta información de la percepción de salud de población migrante y no migrante.[4]

Particularmente, las percepciones de salud se recogen de los jefes de hogar y sus parejas, con y sin experiencia migratoria en Estados Unidos, con una escala (excelente, buena, regular y pobre). Dada la estrategia metodológica del MMP se conocen las percepciones de salud en el momento de la encuesta (para migrantes y no migrantes), y en el momento en el que ocurrió el retorno desde Estados Unidos (sólo población con experiencia migratoria). Con ello podemos aproximarnos al efecto de la experiencia migratoria en Estados Unidos, así como también a las características migratorias y su incidencia en la percepción de salud al retorno.

La población en estudio fueron los jefes de hogar y sus parejas de las comunidades entrevistadas. El análisis de las percepciones de salud de la población se centra en dos momentos en el tiempo. En primer lugar, se discute la percepción de salud por los migrantes y no migrantes, grupo de control, en el momento en que se aplicó la etnoencuesta y, en segundo lugar, se revisan las percepciones de salud de los migrantes en el retorno. Se ajustaron modelos de regresión logísticos multinomiales para dar cuenta de las probabilidades de percepción de salud. La categoría de referencia fue la percepción buena de

salud, dada la importancia significativa para la población en estudio, además de que analíticamente permite contrastar las peores percepciones de salud (pobre y regular) y el otro extremo (excelente).

En un primer momento se ajustó un modelo de regresión para los migrantes y los no migrantes, en el que se busca dar cuenta de las diferencias en las percepciones de salud según la experiencia migratoria en Estados Unidos. Se controlan por variables sociodemográficas (edad, sexo, educación y condición de ocupación) y el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial y diabetes). El segundo modelo de regresión se interesa en dar cuenta de las características de la experiencia migratoria sobre la percepción de salud de los migrantes al momento del retorno. Se incluyen variables sociodemográficas y de las condiciones en las que se vivió la última experiencia migratoria en Estados Unidos (véase anexo 2).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MIGRANTES Y NO MIGRANTES DE RETORNO Y SU PERCEPCIÓN DE SALUD: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

¿Qué diferencias se observan en las percepciones de salud entre la población migrante y la no migrante? ¿Hay diferencias por sexo, edad y condición migratoria? Para ello se revisan las percepciones de salud según características sociodemográficas y condición migratoria. En términos generales, los migrantes de retorno y los no migrantes de la muestra comparten algunas semejanzas, pero también tienen diferencias. En los migrantes de retorno es mayor el número de hombres que de mujeres (son cerca de dos mujeres por cada 10 hombres), mientras que entre los no migrantes se presentó una distribución más equitativa. En promedio la población, independientemente de su condición migratoria, es adulta, con un promedio de 48 años. La mayoría (migrantes y no migrantes) está en unión, aunque es ligeramente mayor la proporción de personas unidas entre los migrantes. El promedio de escolaridad en ambos casos es de siete años cursados, por debajo de la media nacional (véase anexo 1).

La población ocupada en los migrantes es de 81.4% y en los no migrantes es de 56.1%. En ambos grupos se aprecia un alto nivel de ocupación. La proporción de desempleados es mínima en ambas poblaciones. Entre los migrantes retornados, el desempleo ascendió a 1.4%. Las actividades domésticas se

destacaron entre la población no migrante: se estimó que cuatro de cada diez se encontraban realizando labores del hogar. A partir de esta diferencia es razonable pensar que las mujeres, después de la migración, se ocupan en actividades retribuidas. Finalmente, la condición de pensionado y jubilado representó en los migrantes 4.4%, y en los no migrantes 3.3%.

Con respecto a la condición física, la talla promedio en los migrantes es de 1.66 metros y 1.60 metros en no migrantes, pero el peso promedio es mayor en los migrantes (75.1 kg. vs 69.4 kg. en los no migrantes). El índice de masa corporal nos indica la presencia de preobesidad en ambas poblaciones. El hábito del consumo de tabaco (que es un marcador de mayor riesgo de enfermedad) es más alto (antes y actualmente) entre los migrantes. Este dato explica, en cierta forma, que haya más afecciones pulmonares y cardiacas en este grupo (2.5%) contra 2.2% en los no migrantes.

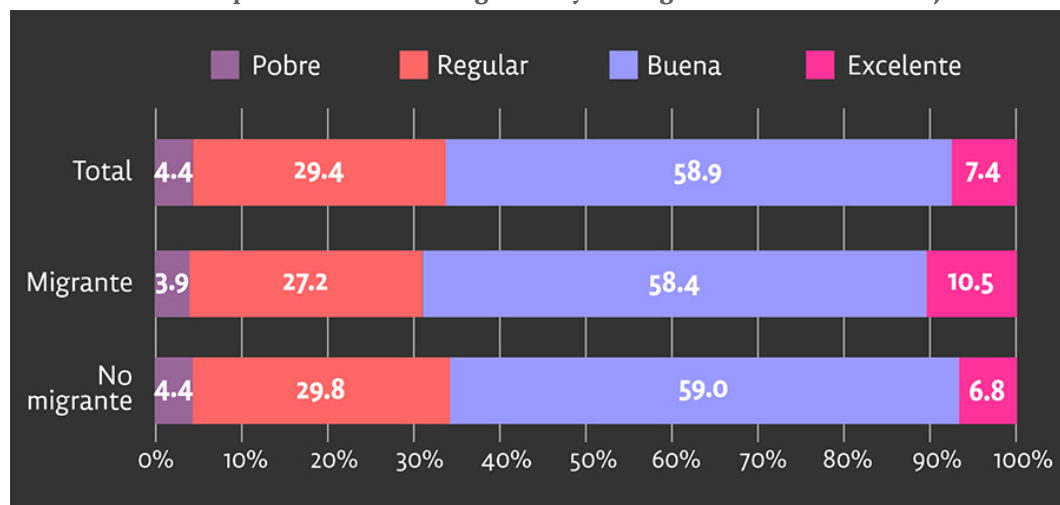
En general, se observan algunas diferencias estadísticamente significativas en las enfermedades crónico-degenerativas.[\[5\]](#) En el caso de los no migrantes, se estimó una mayor proporción de diabetes en comparación con los migrantes de retorno. Por su parte, estos últimos padecen en mayor proporción daño cerebral, pulmonar y problemas emocionales. Ni en la hipertensión ni en los problemas cardiacos se detectaron diferencias significativas entre ambas poblaciones (véase anexo 2).

De acuerdo con la evidencia de los datos, en los dos grupos hay algunas diferencias en sus condiciones de salud (anexo 2), particularmente para la población migrante en ciertas enfermedades. En principio, este primer resultado descriptivo llevó a presuponer que las percepciones de salud mostrarían diferencias desfavorables para los migrantes. En apoyo a lo anterior, Ullman *et al.* (2011) señalan que entre los migrantes de retorno es más probable que se reporten enfermedades cardiacas, desórdenes emocionales y psiquiátricos. Asimismo, los migrantes reportan mayores niveles de obesidad y consumo de tabaco.

Ahora bien, al revisar las percepciones de salud de la población migrante y no migrante podemos apreciar algunas diferencias. En la percepción reportada como pobre y buena salud no hay diferencias en los dos grupos. No sucede así en la percepción de salud regular y excelente, en donde es mayor la proporción de no migrantes que reportan tener regular condición de salud, mientras que los migrantes reportan tener excelente condición de salud (10% vs 6.8%)

(gráfica 1). La prueba de la chi-cuadrada indica que hay asociación entre la percepción de salud y la condición migratoria.

Gráfica 1
Percepciones de salud. Migrantes y no migrantes. MMP. Porcentajes



Fuente: Elaboración propia con base en el MMP, 115. N total = 102,406; N migrante = 15,786 y N no migrante = 86,620.

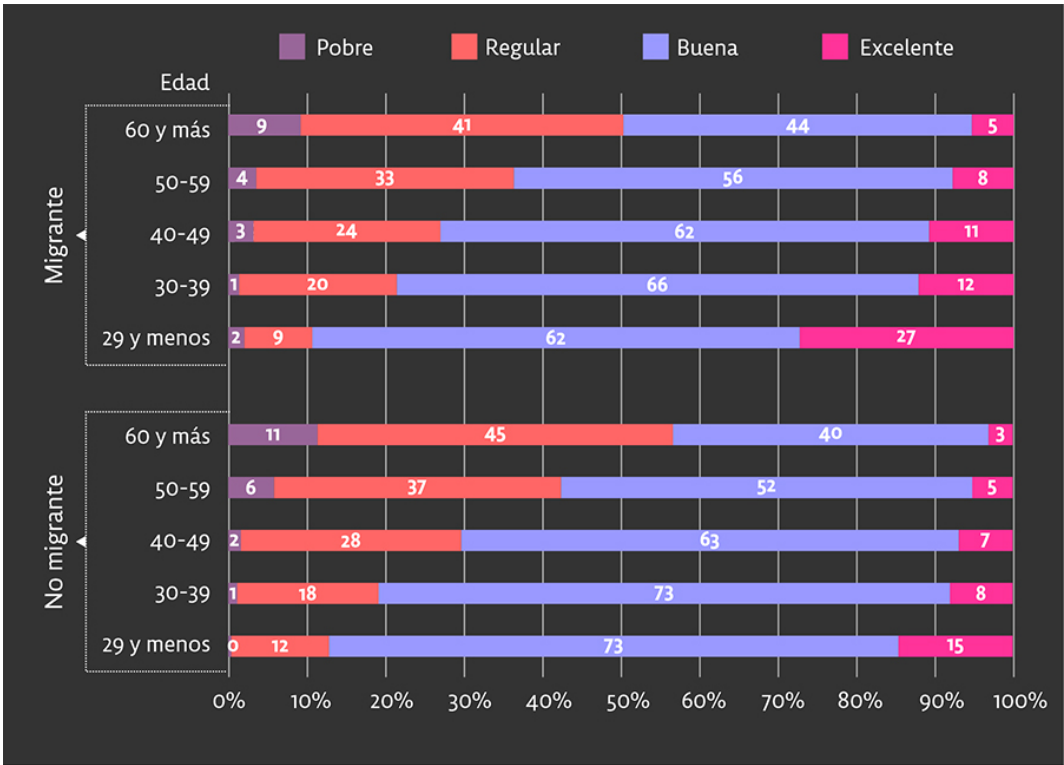
¿Cuáles podrían ser las explicaciones de que los migrantes reporten mayor percepción de excelente salud? Pese a que diversas investigaciones argumentan que los trabajadores migrantes en el país de destino enfrentan precariedad laboral, viven en hacinamiento, tienen mala alimentación, la mayoría no tienen acceso a servicios de salud, son víctimas de discriminación, viven en pobreza y con malestar emocional (Arias Vaca *et al.*, 2017; Zarza y Sobrino, 2007, y Valiente *et al.*, 1996). El análisis descriptivo muestra una mejor percepción de salud en los migrantes de retorno.

Para responder a esta pregunta partimos de tres ideas, en parte exploradas en la siguiente sección. En primer lugar, se apuntaría que los migrantes más jóvenes serían quienes reportaron tener excelente condición de salud. Del mismo modo, el sexo influiría en el reporte de la percepción de la salud. Algunos trabajos apuntan a que las mujeres que retornan reportan mayores niveles de depresión y problemas emocionales que sus contrapartes no migrantes (Gorman *et al.*, 2018).^[6] Otra posibilidad es que este grupo (migrantes de retorno) padezca enfermedades silenciosas; que al momento de la encuesta no haya tenido síntomas y signos de enfermedad y, por consiguiente, haya respondido que tiene buena condición de salud, no siendo

así necesariamente. La tercera idea es el tiempo de retorno desde la última migración, que supondría que los migrantes con mayor tiempo de haber retornado se adaptan nuevamente a las condiciones socioeconómicas, y con la poca accesibilidad a servicios de salud sus percepciones puedan verse disminuidas o transformadas.

Con respecto a la edad, la percepción de salud se deteriora en relación directa con el paso cronológico del tiempo en las personas (gráfica 2). La distribución de los datos indica que entre los migrantes se aprecia un deterioro más acentuado conforme aumenta la edad. La prueba de la chi-cuadrada indica asociación entre las variables percepción de salud y edad.

Gráfica 2
Percepciones de salud según grupos por edad. Migrantes y no migrantes. MMP.
Porcentajes



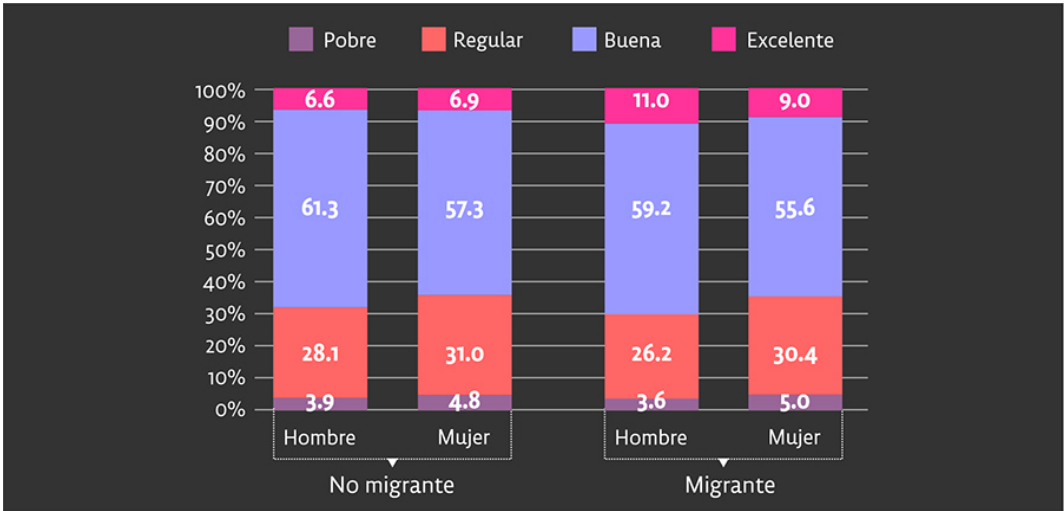
Fuente: Elaboración propia con base en el MMP. N total = 102,406; N migrante = 15,786 y N no migrante= 86,620.

Estos resultados son consistentes con otras investigaciones que informan que la autopercepción de mayor deterioro de salud en las mujeres migrantes se relaciona con el duelo por la separación familiar, las dificultades que enfrentan

en el país de llegada, la ocupación en trabajos precarios, las condiciones de vida adversas, el racismo y la discriminación (Jiménez Blasco y Redondo González, 2007). La mayor parte de las veces los problemas de salud de las mujeres migrantes se relacionan con trastornos de adaptación y somatizaciones relacionados con el duelo migratorio (Niño Fuentes, 2020).

En términos generales, de acuerdo con la gráfica 3, domina la percepción de buena salud entre hombres y mujeres migrantes y no migrantes. La percepción de salud está asociada al sexo. Al contrastar por condición migratoria, las diferencias de proporciones no fueron significativas entre los varones, con excepción de la percepción de pobre salud que fue mayor entre los no migrantes. En este sentido, este resultado contribuye al debate más general acerca de que la migración a Estados Unidos provoca un deterioro de las condiciones de salud en los varones. Comparando el caso de las mujeres, la condición de salud buena y regular fue significativa en mujeres no migrantes, mientras que la percepción pobre de salud fue mayor en las mujeres migrantes.

Gráfica 3
Percepciones de salud según sexo. Migrantes y no migrantes. MMP. Porcentajes



Fuente: Elaboración propia con base en el MMP, 115. N total = 102,406; N migrante = 15,786 y N no migrante = 86,620.

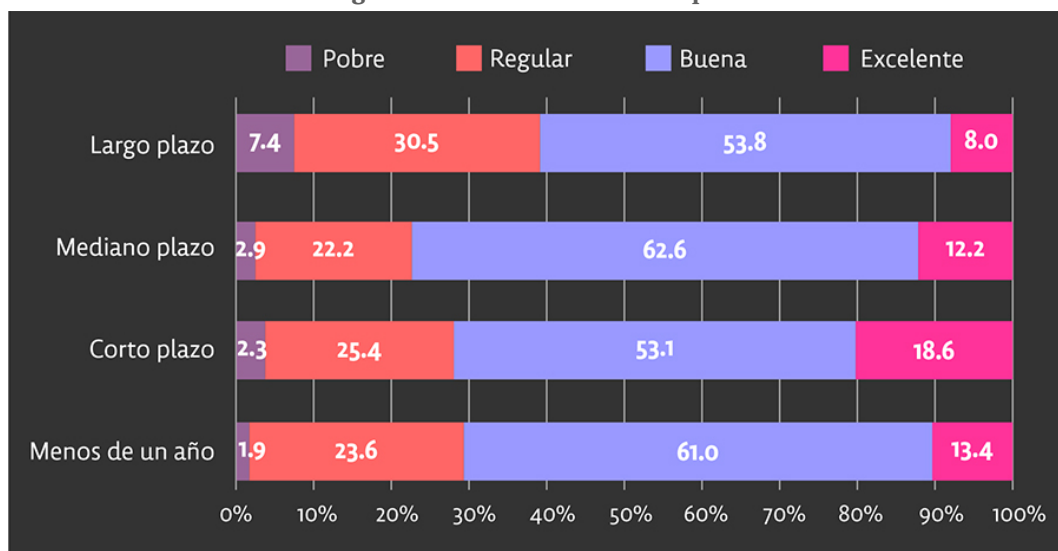
En cambio, los hombres tienen mejor percepción de salud porque la salud se relaciona positivamente con la percepción de satisfacción vital, entendida como el logro de sus expectativas (Videra García y Reigal Garrido, 2013). Congruente con estos resultados de investigación, es más probable que las mujeres al retorno tengan mayor percepción de enfermedad, por la experiencia

migratoria y los cambios en el estilo de vida que implica regresar a su lugar de origen. En general hay consenso en diferentes investigaciones de que las mujeres migrantes valoran siempre más baja su salud que los hombres.[7]

Para explorar más la relación entre migración y percepción de salud, decidimos indagar cómo se comportaba esa relación según el tiempo de haber regresado a México, bajo el supuesto de que entre quienes tenían más tiempo de haber regresado, el deterioro de salud bien podía relacionarse con factores distintos a la migración. Para este propósito, el tiempo de retorno lo dividimos en los lapsos de reciente retorno, corto, mediano y largo plazo.[8] La prueba de chi-cuadrada es significativa y las variables salud y tiempo de retorno están asociadas.

La gráfica 4 sugiere que la percepción de salud entre los migrantes retornados es buena, en general, independientemente del tiempo transcurrido desde el retorno. No obstante, entre los migrantes de largo plazo (con más tiempo en México) se incrementó ligeramente la proporción de pobre percepción de salud (7.4%). Del mismo modo, se aprecia una disminución en la percepción de excelente salud (8%). Es posible que el efecto positivo de la experiencia migratoria en Estados Unidos sobre la percepción de salud (buena o excelente) se acentúa antes de que se cumpla el mediano plazo de haber retornado.

Gráfica 4
Percepciones de salud según tiempo desde el retorno a México
Migrantes de retorno. MMP. Proporciones



Fuente: Elaboración propia con base en el MMP, 115. N migrante = 15,786. Nota: El tiempo de retorno se agrupó en diferentes lapsos: a) reciente retorno (menos de un año); b) corto plazo (de 1 a 3 años); c) mediano plazo (de 3.1 a 10 años), y d) largo plazo (más de 10 años). Se tomó como una condicionante de la autopercepción de salud.

Tal vez este resultado obedezca a diversas situaciones: por un lado, porque el retorno genera nuevas expectativas personales y proyectos productivos y los retornados de corto y mediano plazo todavía cuentan con ahorros que facilitan su reinserción socioeconómica. Es posible que algunos más piensen en una nueva migración y sólo esperan que las condiciones sean adecuadas para realizarla. Otros comparan las condiciones de vulnerabilidad en las que vivieron durante la experiencia migratoria —particularmente si no contaban con documentos— y, a su llegada a la comunidad o al país, estas incertidumbres desaparecen o disminuyen porque los espacios de retorno, al final de cuentas, son sus lugares de origen, a los que pertenecen y en los que potencialmente se pueden desenvolver con menos vicisitudes.

En la siguiente sección se presentan los resultados del análisis multivariado, centrado en los ajustes de dos modelos de regresión logística multinomial. El primero se aproxima a comparar la percepción de salud en migrantes y no migrantes. Y el segundo ajuste busca dar cuenta de las características de la última experiencia migratoria en Estados Unidos sobre la percepción de salud al momento de retorno.

PERCEPCIONES DE SALUD DE MIGRANTES DE RETORNO Y NO MIGRANTES: EFECTO DE LA EXPERIENCIA MIGRATORIA EN ESTADOS UNIDOS

Los resultados del modelo de regresión logístico multinomial acerca de la percepción de salud entre migrantes y no migrantes, indica que esta percepción se asocia con la edad, el sexo, la escolaridad, el estado civil (unido o no unido), la condición de ocupación (trabaja o no trabaja), el tipo de localidad (rural-urbana) y con los diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes. A continuación se discuten los principales resultados relacionados con las diferentes percepciones de salud, donde la variable dependiente es la percepción de salud y la categoría de referencia es la percepción de salud buena.

Cuadro 1
Resultados del modelo de regresión logística multinomial que predicen la percepción de salud.
México, MMP. Probabilidades. Migrantes y no migrantes de retorno

Características seleccionadas	Percepción de salud					
	Pobre		Regular		Excelente	
Edad	1.050	*	1.024	*	.983	*
Edad al cuadrado	1.000	*	1.000	*	1.000	*
Años de escolaridad	.929	*	.958	*	1.032	*
Sexo						
Mujer	*****		*****		*****	
Hombre	.907	*	.908	*	.892	*
Estado civil						
Unido	*****		*****		*****	
No unido	1.363	*	1.204	*	1.301	*
Condición de ocupación						
PNEA	*****		*****		*****	
Ocupado	0.810	*	.979		1.030	
Desocupado	2.006	*	1.150		1.849	*
Presión arterial						
No diagnóstico	*****		*****		*****	
Sí diagnosticado	4.606	*	3.237	*	.989	

(Continuación)

Diabetes					
No diagnóstico	*****		*****		*****
Sí diagnosticado	6.549	*	3.385	*	.725 *
Condición de fumador					
No	*****		*****		*****
Sí	.861		.958		1.164 *
Tipo de localidad					
Rural	*****		*****		*****
Urbana	.753	*	.933	*	.846 *
Tiempo desde retorno	1.018	*	1.002		.999
Estatus migratorio					
No migrante	*****		*****		
Migrante	.674	*	.883	*	1.602 *
Intercepto	0.140		0.615		-1.636
Pseudo			.204		
Chi-cuadrada			23176.554		

Fuente: Elaboración propia con base en MMP. * $p < .001$, categoría de referencia VD: Percepción buena de salud, **** Categoría de referencia.

Percepción pobre de salud

La percepción de pobre salud aumenta por cada año de edad. Es previsible que a mayor edad se incrementa la probabilidad del deterioro de la salud. Asimismo, la propensión de percepción pobre de salud es menor (10%) en los hombres en comparación con las mujeres. Por su parte, por cada año de escolaridad disminuye en 7.1%. Pese al perfil educativo promedio de la población (siete años de educación), se aprecia un efecto de la escolaridad sobre la condición pobre de salud. La escolaridad tiene incidencia porque mayor nivel de escolaridad implicaría mayor comprensión de la información sobre la importancia de las revisiones médicas, la sana alimentación y los hábitos saludables, entre otros. Con respecto a la condición de estado civil, concretamente no estar unidos, aumenta 36% la propensión de pobre condición de salud en contraste con las personas unidas. Esta situación posiblemente se explica porque la soledad, la falta de apoyo y de cuidados de una pareja incrementa el nivel de malestar físico y emocional.

Sin embargo, las variables que mejor definen la percepción de tener pobre salud son la ocupación, el diagnóstico médico y el tipo de localidad (rural o urbana). Con respecto a la ocupación, los resultados apuntan a que entre quienes están ocupados disminuye en 23% la proporción de percibirse con

pobre salud, comparado con la población no económicamente activa (PNEA), mientras que los desempleados tienen el doble de probabilidad de percibirse con pobre salud. Este resultado posiblemente se relaciona con el malestar que produce no tener ingreso y un empleo remunerado en torno al cual se organice la rutina de la vida cotidiana, que disminuye el nivel de insatisfacción. En un estudio realizado en Estados Unidos con nativos y población de origen mexicano, Caicedo y Van Gameren (2016) encontraron que los desempleados y subempleados reportan mayor malestar psicológico con respecto a quienes estaban empleados.

Con respecto al diagnóstico médico, se observa que en las personas con hipertensión arterial aumenta cuatro veces la probabilidad de percibirse con pobre situación de salud en relación con quienes no tienen el diagnóstico de esta enfermedad. Y en el caso de la diabetes, aumenta la propensión seis veces más. Por último, la localidad es importante, pues entre quienes viven en comunidades urbanas disminuye la proporción alrededor de 32% de percibirse con pobre salud, en contraste con quienes viven en localidades rurales, porque es más fácil que puedan acceder a servicios médicos, recibir un diagnóstico, atención y tratamiento para al menos estas dos enfermedades crónico-degenerativas.

Ahora bien, una vez controlando por características sociodemográficas y por condición de salud, la propensión a percibirse con pobre salud es 48% menor entre los migrantes de retorno en comparación con los no migrantes. Así entonces, nuestro resultado apunta a que no necesariamente la experiencia migratoria en Estados Unidos implicó un deterioro en su percepción de salud.

Percepción regular de salud

En este caso, por cada año aumenta la probabilidad de percibirse con regular condición de salud. Como es de esperarse, la escolaridad hace que disminuya ligeramente tener esta percepción de salud (4%). La educación (más años de escolaridad) se confirma como una condición asociada al autocuidado y a prácticas preventivas que ayudan a conservar un mejor estado de salud. El sexo también influye en la percepción de salud, puesto que los varones tienen una menor probabilidad (10%) de percibirse con regular condición de salud, en comparación con las mujeres.

En forma similar, en la percepción de salud regular tiene un peso importante el diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes, pues saber que padecen cada una de estas dos enfermedades aumenta tres veces más la percepción de salud regular. Vivir en localidades urbanas disminuye 7% esta percepción comparado con quienes viven en comunidades rurales. Al igual que en la pobre percepción de salud, consideramos que este resultado se relaciona con el acceso a los servicios de salud y su calidad, que no tienen generalmente poblaciones que viven en localidades rurales. Finalmente, la condición de migración en Estados Unidos disminuye la propensión de percibirse con regular salud (13%) con respecto a los no migrantes. La experiencia migratoria muestra, de cierto modo, un efecto positivo en la percepción de salud en los contextos de retorno.

Percepción excelente de salud

En sintonía con los resultados previos, con el aumento de la edad disminuye la propensión de excelente salud en la población. Por su parte, los varones tuvieron una menor probabilidad de percepción de salud excelente (12%) en comparación con las mujeres. Este resultado, en contraposición al consenso de que las mujeres reportan peores condiciones de salud, llama la atención; es posible que esta percepción de excelente salud de las mujeres no refleje necesariamente la realidad objetiva, ya que muchas veces estas percepciones responden a situaciones culturales y sociales que inhiben el reconocimiento por parte de las mujeres de sus dolencias físicas (Gómez, 2002).

Asimismo, la escolaridad tiene un efecto significativo, pues por cada año de escolaridad aumenta la probabilidad de percepción excelente de salud. Es presumible que en este grupo haya personas con mayor escolaridad que el promedio y sean más las personas jóvenes comparadas con quienes se perciben con salud pobre y regular. Por su parte, el resultado del estado civil (no unido) es ciertamente paradigmático. La probabilidad de percepción excelente de salud aumenta (30%) entre las personas no unidas en comparación con las unidas.

El diagnóstico de diabetes disminuye la probabilidad (37%) de percepción de excelente salud. Pese al amplio consenso acerca del deterioro de la salud con el consumo de tabaco, nuestro resultado apunta que la condición de fumador aumenta (85%) esta percepción (excelente). Es posible que la normalización del consumo de tabaco en la sociedad y la baja escolaridad de la población en

estudio explique esta relación en contrasentido, entre la condición de fumar y esta percepción de salud. Este resultado paradójico requiere de investigación que revise la relación entre el consumo de tabaco y las percepciones de salud, particularmente en contextos de baja escolaridad y con experiencia migratoria.

La percepción de excelente salud disminuyó (18%) en contextos urbanos: el estilo de vida, las situaciones de mayor estrés asociadas a la vida urbana (tráfico, contaminación, ritmo de vida, entre otros), así como el acceso a diagnósticos médicos que indican la presencia de enfermedades que darían cuenta del deterioro de la salud. Finalmente, una vez controlando por características sociodemográficas y de condición física, la población con experiencia migratoria en Estados Unidos tuvo una mayor propensión de percepción de salud excelente (60%) en contraste con los que no migraron. Es razonable pensar que el resultado, contrario a las ideas de que la migración genera un deterioro en la salud, sugiere que ésta es una condición asociada al bienestar físico y emocional para las personas que cumplieron sus expectativas durante la migración (ahorros, trabajo y/o superación personal y desarrollo de habilidades) y, a su regreso, se sienten más satisfechos y ello se refleja en sus reportes de salud.^[9] Hasta aquí los resultados muestran que la percepción de salud (pobre, regular y excelente) está mediada por las características sociodemográficas como la edad, la escolaridad, el estado civil, el tipo de localidad y la condición de ocupación, y por las condiciones físicas como la hipertensión arterial y la diabetes (diagnosticadas). Un resultado de interés se desprende de la condición de migración en Estados Unidos. En términos generales, la experiencia migratoria influye en la percepción de salud en los contextos de retorno. La migración a Estados Unidos no significa una percepción de deterioro general de la salud. En realidad, suponemos que la relación entre la percepción de salud y la migración está mediada por las condiciones en las que se vivió la experiencia migratoria, en la lógica de la mayor o menor adaptación social y cultural, las condiciones de trabajo que se tuvieron y el cumplimiento o no de sus expectativas.

CARACTERÍSTICAS DE LA EXPERIENCIA MIGRATORIA EN ESTADOS UNIDOS Y LAS PERCEPCIONES DE SALUD

Partimos de la hipótesis de que la experiencia migratoria es satisfactoria cuando hay adaptación laboral, social y la acumulación de riquezas (ahorros,

envío de remesas), y esa satisfacción influye en el estado de bienestar y en la percepción de salud de los migrantes de retorno. Para probar esta asociación, consideramos necesario analizar el nivel de bienestar socioeconómico que lograron durante su experiencia migratoria en Estados Unidos, a través de la ocupación, el salario, el número de viajes, la experiencia acumulada y las remesas, entre otros. Y, por otro lado, exploramos el nivel de adaptación por medio del manejo del idioma, la relación laboral y/o de cercanía y amistad con blancos no hispanos, afroamericanos y chicanos durante su estancia.

En términos generales, las características sociodemográficas tuvieron los efectos esperados sobre la percepción de salud de los migrantes al retorno (véase cuadro 2). La edad aumenta la propensión de pobre y regular percepción de salud y, por el contrario, disminuye la percepción excelente de salud. La educación sólo mostró un efecto significativamente menor (4%) en la percepción regular de salud. Para la variable sexo, los resultados indican que los hombres tuvieron menor probabilidad de percepción en salud (pobre y regular, 2.3 veces menos) en comparación con las mujeres. En contraste, las migrantes de retorno tienen mayor percepción de excelente de salud, resultado que contrasta con los de otras investigaciones que señalan mayor deterioro de salud de las mujeres. Sin embargo, a partir de nuestro resultado es posible suponer que las mujeres que regresan y declaran mejores condiciones de salud obtuvieron mayor bienestar económico y social en Estados Unidos que sirvió para su empoderamiento, y cuando regresan asumen un papel diferente en la comunidad. También cabe suponer que sean mujeres las que tengan el propósito de una nueva migración en el futuro. Los migrantes que al momento del retorno no estaban unidos tienen 30% mayor probabilidad de reportar una percepción regular de salud en comparación con los unidos. Tal vez este es el caso de los migrantes que fueron deportados, y sus familias en los contextos de origen ofrecen una importante contención emocional y económica para enfrentar las nuevas circunstancias.[\[10\]](#)

Con respecto al salario en la última migración en Estados Unidos, se aprecia un efecto positivo sobre la percepción de la condición de salud al retorno a México. Ha sido ampliamente documentado que las condiciones laborales de los migrantes mexicanos en Estados Unidos son adversas; que incluso muchas veces involucran dobles o triples jornadas de trabajo diarias para obtener mejores ingresos. De tal suerte que, al retorno, estos migrantes tienen mayor desgaste debido a las jornadas extendidas y tiempos excesivos de trabajo que

repercuten en sus condiciones de salud. En efecto, la precariedad laboral que experimentan los migrantes indocumentados afecta la percepción de salud al retorno, pues es más factible que éstos hayan estado sujetos a mayores niveles de estrés debido a la falta de estabilidad en el empleo, los riesgos de deportación y la vulnerabilidad que los lleva aceptar empleos en donde no tienen o poseen pocas medidas de seguridad física, así como bajos salarios. Estas condiciones indudablemente les producen malestar emocional y deterioran su salud.

Cuadro 2
Resultados del modelo de regresión logística multinomial al predecir la percepción de salud. México.
Migrantes de retorno. MMP. Probabilidades

Características seleccionadas	Percepción de salud					
	Pobre		Regular		Excelente	
Edad al regreso	1.051	*	1.027	*	0.989	*
Edad al regreso al cuadrado	1.000		1.000		1.000	*
Años de escolaridad	1.022		0.953	*	0.993	
Sexo						
Mujer	*****		*****		*****	
Hombre	.404	*	0.431	*	0.743	*
Estado civil						
Unido	*****		*****		*****	
No unido	.884		1.308	*	0.975	
Estatus de última migración						
Documentado	*****		*****		*****	
Indocumentado	1.711	*	1.336	*	0.804	*
Salario diario dólares	1.000		1.007	*	0.998	
Número de viajes	.993		1.003		1.022	
Experiencia migratoria acumulada	1.000		1.001	*	1.001	*
Última ocupación						
Trabajadores agrícolas	*****		*****		*****	
PNEA	.601		1.458	*	0.670	*
No manuales	.588		1.230		0.895	
Manuales calificados	2.185	*	1.098		0.819	*
Manuales semicalificados	2.011	*	1.133		0.858	*

Características seleccionadas	Percepción de salud		
	Pobre	Regular	Excelente
Dominio de inglés			
Bajo nivel	*****	*****	*****
Ninguno	.926	0.422	0.854 *
Otro nivel	.688 *	0.685 *	0.898
Remesas			
No envió	*****	*****	*****
Envío	1.893 *	0.593 *	1.153
Visitas médicas			
No visitó	*****	*****	*****
Visitó	2.871 *	1.627 *	1.183 *
Contacto con blancos no hispanos			
Ninguno	*****	*****	*****
Vínculo laboral	0.889	0.689 *	0.638 *
Vínculo de amistad y cercanía	1.434 *	0.607 *	1.043
Contacto con afroamericanos			
Ninguno	*****	*****	*****
Vínculo laboral	0.208 *	0.798 *	1.392 *
Vínculo de amistad y cercanía	0.942	0.782 *	1.011
Contacto con chicanos			
Ninguno	*****	*****	*****
Vínculo laboral	2.261 *	1.337 *	1.605 *
Vínculo de amistad y cercanía	0.745	1.971 *	1.881 *
Tipo de localidad en México			
Rural	*****	*****	*****
Urbana	1.082	0.955	1.159 *
Intercepto	-4.594	-1.426	-1.116
Pseudo	0.11		
Chi-cuadrada	896.53 *		

Fuente: Elaboración propia con base en MMP. * p <.001, categoría de referencia VD: Percepción buena de salud, **** Categoría de referencia.

Los empleos manuales, independientemente de su calificación, colocan a los migrantes mexicanos en Estados Unidos en situaciones de mayor vulnerabilidad social y económica porque no tienen servicio médico y los bajos salarios dificultan el acceso a la medicina privada. Esto sin restar importancia a los riesgos de trabajo, porque muchas veces tienen que manejar herramientas y/o equipos como maquinaria pesada, utilizar químicos y solventes peligrosos que ponen en riesgo su salud, o realizar trabajos pesados que exigen esfuerzos

físicos excesivos que incrementan la probabilidad de accidente y enfermedad. Del mismo modo, este tipo de empleos involucran relaciones sociales desiguales y asimétricas con sus compañeros de trabajo de otros grupos étnicos, así como de subordinación y explotación por parte de los supervisores y jefes inmediatos. Nuestros resultados apuntan que los migrantes mexicanos que se ocuparon en trabajos manuales en Estados Unidos tuvieron un poco más de dos veces mayor probabilidad de percepción pobre de salud.

Por otra parte, el envío de remesas es una variable que vincula a los migrantes con sus lugares de origen, ya sea para aportar a la reproducción de la unidad doméstica o como parte de un proyecto productivo a su regreso. En cualquiera de los dos escenarios, el envío de dinero tiene un efecto en sus condiciones de salud (pobre y regular). En el primer resultado, en el que se incrementa la percepción pobre, se explica por el mayor esfuerzo, la extensión de sus jornadas de trabajo y aceptar empleos precarios en condiciones de riesgos durante largo tiempo para poder reunir los recursos y enviar las remesas. En cambio, en las personas con regular percepción de salud al retorno, el envío de remesas suponemos que se ajustó a una experiencia migratoria de la cual se sienten más satisfechos. Sin embargo, se requiere continuar avanzando en futuros ejercicios de análisis del efecto de las remesas en las percepciones de salud de los migrantes al retorno.

El contacto con los servicios médicos en Estados Unidos ya sea para valoración, diagnóstico o tratamiento mostró un efecto positivo en las percepciones de salud de los migrantes. Éstos pueden acudir a los servicios de salud en los lugares de destino por malestares físicos o accidentes de trabajo y, como consecuencia, tendrán una percepción de salud fundamentada en un diagnóstico. Los resultados del modelo de regresión logística indican que las visitas al médico en Estados Unidos tienen un efecto positivo en la percepción de salud (pobre, regular y excelente). Sin embargo, en el caso de los migrantes de retorno que se perciben con pobre salud, la visita al médico refuerza esta percepción casi tres veces más en comparación con quienes nunca fueron al médico en Estados Unidos. Por su parte, en quienes reportaron regular salud las probabilidades aumentan 62% y en las que se declaran con excelente salud la probabilidad aumenta 18%. La visita médica está asociada a las distintas percepciones de los migrantes al regreso.

Por otra parte, en la construcción del segundo ajuste econométrico partimos de la idea de que la adaptación social y cultural en Estados Unidos que logren

desarrollar los migrantes, incide en su mayor o menor nivel de bienestar y salud. Sabemos por otros trabajos (Flynn *et al.*, 2014) que la adaptación social y cultural en el trabajo influye en su mejor estado de salud. Este hallazgo despertó nuestro interés en indagar la relación entre la adaptación social y la percepción de salud.

Nosotros exploramos la relación entre adaptación social de migrantes mexicanos (vista por el aprendizaje del idioma y la relación laboral, de cercanía y amistad con blancos no hispanos, afroamericanos y chicanos) y percepción de salud. El manejo del idioma facilita la adaptación social en la sociedad de destino porque quienes hablan el inglés se pueden comunicar y recibir información, establecer relaciones laborales, de amistad y de apoyo con otros grupos sociales que no hablen español. Hablar inglés permite establecer redes más allá de su comunidad étnica y entender códigos culturales que se expresan en el lenguaje. El idioma acerca a los migrantes a las instituciones y al sistema de salud, en particular les permite acudir a los servicios médicos sin temor de no poder explicar síntomas y recibir información comprensible sobre el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

En este sentido, los migrantes de retorno con un manejo mayor del inglés tienen menor probabilidad de percibirse con pobre y regular salud. De ahí que el acercamiento a los servicios de salud está vinculado con el idioma; por esta razón quienes no hablan inglés, según los resultados del modelo, tuvieron menor probabilidad (17%) de percepción excelente de salud.

En general, los resultados sobre el contacto con otros grupos étnicos (blancos no hispanos, afroamericanos y chicanos) mostró efectos sobre la percepción de salud. En particular, quienes tuvieron contacto laboral con los blancos no hispanos tuvieron menor probabilidad de percibirse con regular (45%) y excelente (56%) salud. Consistente con este resultado, quienes tuvieron contacto de amistad y cercanía con este grupo aumentaron 1.4 veces más la percepción pobre de salud. Es posible que este resultado obedezca a la adopción de prácticas del estilo de vida norteamericano, incluidas aquellas dañinas para la salud, como el consumo de tabaco, alcohol y la ingesta de comidas y bebidas con alto contenido calórico. Además del estrés que implica la condición subordinada con este grupo étnico.

Por otra parte, el vínculo laboral con las personas afroamericanas es favorable para la percepción de salud de los migrantes, pues esta relación disminuyó la percepción pobre (4.8 veces menos) y regular (1.2 veces menos) y

aumentó (1.3 veces más) la de excelente salud. Con este grupo habría cierta identificación como grupo socialmente discriminado, y con el grupo de mexicanos se logra tender redes de apoyo y solidaridad que repercuten en sus percepciones de salud en Estados Unidos y que se reflejan en las que se reportan al regreso.

Con respecto al contacto con los chicanos en materia laboral, los resultados indican que aumenta la percepción pobre (2.2 veces más), regular (1.3 veces más) y excelente (1.6 veces más) de salud. Este hallazgo podría ser atribuible a que el trato de los chicanos con los nacidos en México es más heterogéneo, es decir, que hay grupos de chicanos que apoyan y se comportan de manera solidaria con los mexicanos en Estados Unidos y que propician relaciones de trabajo menos estresantes y más equitativas. Pero también hay otros chicanos que posiblemente reproducen prácticas discriminatorias y relaciones de mayor asimetría y exclusión social hacia los migrantes indocumentados. En sintonía con lo antes comentado, la relación de amistad y cercanía con los chicanos muestra un resultado ambivalente en las percepciones de salud regular y excelente.

A MANERA DE CONCLUSIONES

Ciertamente, la migración a Estados Unidos ha sido vista como una opción de empleo, de mejores salarios y expectativas de movilidad social para la población mexicana, ante las condiciones adversas de pobreza, desempleo, bajos ingresos y violencia política y social. No obstante, la experiencia migratoria conlleva algunas otras condiciones socioeconómicas en los migrantes y sus familias. Una de ellas se ha referido a las condiciones de salud. Es ampliamente aceptada la idea de que la migración tiene un fuerte vínculo laboral y algunos trabajos de investigación señalan que la experiencia migratoria afecta las condiciones de salud de los migrantes.

Desde la perspectiva del sesgo de salmón se dice, incluso, que los migrantes ante la poca accesibilidad a servicios de salud y debido a los riesgos asociados a sus ocupaciones en Estados Unidos, enferman y regresan para recibir atención de salud en México. Ello supone que poseen peores condiciones de salud que la población no migrante. Este capítulo buscó contribuir justo al debate en torno a la salud de los migrantes de retorno, tomando como punto de partida sus percepciones al respecto. Con base en una muestra de población con y sin

experiencia migratoria en Estados Unidos, se investigó qué tan cierto o falso es que los migrantes retornados tienen peor salud. Para ello se ajustaron modelos de regresión logística multinomiales que nos permitieron dar cuenta de cómo la experiencia migratoria en Estados Unidos incidió en la percepción de salud en dos momentos. En primer término, se revisaron las percepciones de la población migrante y no migrante en el momento de la encuesta y, en segundo, se discutieron las características de la experiencia migratoria en Estados Unidos sobre la percepción de los migrantes al regreso a México.

El principal hallazgo de la investigación es que las percepciones de salud no guardan diferencias sustantivas entre la población estudiada, con y sin experiencia migratoria. Inclusive, los migrantes tienden a percibirse con mejor salud al considerar algunas variables sociodemográficas, como la edad y el sexo. Y el efecto de la migración sobre la percepción de salud se diluye conforme pasa el tiempo en México. En otras palabras, cuando los migrantes regresan, algunos reportan mejores percepciones de salud que los no migrantes en el corto plazo. Una vez transcurrido el tiempo, los migrantes tienden a percibirse con pobre salud.

En realidad podemos sugerir, con base en nuestros resultados multivariados, que la relación entre la migración y la percepción de salud no es lineal. Esta relación está mediada por las condiciones en las que se vivió la experiencia migratoria: el mayor o menor proceso de adaptación sociocultural y el cumplimiento de los objetivos y las expectativas que tenían al migrar. Los resultados apuntaron, por ejemplo, que la situación de indocumentación y el tipo de empleo inciden en las percepciones de salud. Concretamente, la no posesión de documentos migratorios y el empleo manual están asociados a peores percepciones de salud. No obstante, también podemos apuntar que el mayor tiempo de estancia en Estados Unidos incide ligeramente en más percepción de salud excelente, posiblemente porque se trate de migrantes más adaptados a la sociedad norteamericana.

Ahora bien, se buscó revisar la dimensión de adaptación social y su relación con la percepción de salud al retorno. Se puede decir que, efectivamente, la convivencia laboral y de cercanía y amistad con los grupos étnicos se asoció a las percepciones de salud al retorno. Particularmente, el contacto social con el grupo predominante, el de blancos no hispanos, influyó negativamente en la percepción de salud. Por el contrario, se encontró que el contacto con los afroamericanos, grupo con altos niveles de discriminación, se vinculó con

mejores resultados de salud. Es paradójico el efecto en la percepción de salud de los mexicanos que tuvieron contacto con los chicanos. Se muestran efectos positivos y negativos en la salud al retorno.

De acuerdo con Lindstrom y Klaas (2019), la autopercepción de pobre salud se relaciona directamente con el mayor nivel de integración social que logren tener los migrantes en la sociedad de destino. Los mexicanos documentados que se integran formalmente a la sociedad norteamericana tienen mayor percepción de pobre salud porque en ese proceso de integración social —nos dicen los autores—, una de las causas del deterioro de la salud de los migrantes asentados es el estrés causado por la mayor carga económica de la manutención de la familia, los pagos de la vivienda y los activos en Estados Unidos, por una parte. Y por otra, el malestar que les produce no alcanzar el nivel del estilo de vida estadounidense y cuando comparan su menor movilidad social con respecto a los nativos, lo cual les produce insatisfacción, malestar y, en muchos casos, depresión.

Sin duda, los hallazgos de Lindstrom y Klaas (2019) hacen un aporte importante para explicar la autopercepción de pobre condición de salud a partir del mayor estrés que implica la integración social de los documentados en Estados Unidos. Aunque los migrantes de retorno de la muestra que estudiamos son indocumentados, comparten algunas características que coinciden con el planteamiento de estos autores. Se adaptan de manera subalterna a la sociedad norteamericana porque en su último empleo se ocuparon en actividades calificadas y semicalificadas que demandaban más habilidades que no tienen los trabajadores agrícolas que migran en temporadas definidas del año. El hecho de que hablen inglés es otro dato que muestra que se trata de migrantes de larga estancia en Estados Unidos, que utilizan los servicios médicos porque conocen la forma de acceder a las instituciones de salud. Por su parte, las relaciones cercanas y de amistad con anglosajones hablan de lo que hemos llamado adaptación social y no integración social, por cuanto no son naturalizados ni residentes; la mayoría tuvieron larga estancia en Estados Unidos probablemente porque se vieron obligados a permanecer más tiempo por la necesidad de enviar remesas y la dureza de la política migratoria. Y en ese tiempo tuvieron un proceso de adaptación laboral y social a la sociedad norteamericana con costos para su nivel de bienestar y calidad de vida. Es razonable pensar que este grupo cumplió de cierta manera sus expectativas, porque mejoró sus condiciones de vida con respecto a las condiciones que

tenían en sus comunidades de origen. Sin embargo, la adaptación laboral y social con los nativos blancos implica mayor estrés para estos trabajadores mexicanos indocumentados, que se sujetan a relaciones asimétricas de poder entre el empleador blanco norteamericano y el trabajador mexicano indocumentado que se somete a condiciones de precariedad laboral y a todas las exigencias del empleador. Sin lugar a duda, su mayor esfuerzo de trabajo y el estrés se traducen en un deterioro de su salud, si tenemos en cuenta que la percepción de salud se relaciona con la satisfacción vital del individuo

En este orden de ideas, nuestros resultados coinciden parcialmente con los hallazgos de estos autores, porque los migrantes indocumentados de larga estancia en Estados Unidos (que aprenden inglés, tienen relaciones laborales y de cercanía y amistad con blancos no hispanos) son quienes regresan envejecidos y tienen pobre percepción de salud.

En cambio, la relación laboral, de cercanía y amistad con los afroamericanos, en el caso de los migrantes de retorno que reportaron excelente salud, presuponemos que obedece a que se trata de migrantes de retorno de estancia temporal en México o activos porque van a volver a migrar, y su relación social menor o no asimétrica con este grupo permite una adaptación social de mayor bienestar. Finalmente, este trabajo deja algunos planteamientos para seguir investigando acerca de las percepciones de salud y la relación con la experiencia migratoria en contextos de retorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo-Suárez, Andrés; Elena Ronda-Pérez; Diana Gil-González, y Carmen Vives-Cases (2008). “Percepción sobre condiciones de trabajo y salud de la población inmigrante colombiana en Alicante, España”. *Revista de Salud Pública* 10 (1): 160-167.
- Arenas, Erika; Noreen Goldman; Anne Pebley, y Graciela Teruel (2015). “Return migration to México: Does health matter?” *Demography* 52 (6): 1853-1868.
- Ardila, Rubén (2003). “Calidad de vida: una definición integradora”. *Revista Latinoamericana de Psicología* 35 (2): 161-164.
- Arias Vaca, Nicol Stefany; Deisy Lorena Galvis Molano, y Jaime Andrés Sarmiento Espinel (2017). “Migración internacional y percepción de la salud de los colombianos”. *Federación Nacional de Estudiantes de Economía (Fenadeco)* 9 (enero-diciembre): 5-16.

- Bostean, Georgina (2013). "Does selective migration explain the Hispanic paradox? A comparative analysis of Mexicans in the US and Mexico". *Journal of Immigrant and Minority Health* 15 (3) (junio): 624-635.
- Beltrán, Hiram, y Fernando Riosmena (2018). "Desigualdades socioeconómicas en el riesgo de contraer enfermedades crónicas entre mexicanos residentes en EE.UU.: sus contrapartes estadounidenses y aquellos que viven en México". En *Migración y salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante*. México: Conapo/Iniciativa de las Américas-Universidad de California.
- Bojórquez, Ietza; Eduardo González Fagoaga, y Tonatiuh Guillén (2014). "Estado de salud e intención de volver a Estados Unidos en migrantes mexicanos: ¿evidencia de un sesgo de retorno selectivo?" *Estudios Demográficos y Urbanos* 29 (1): 165-182.
- Caicedo, Maritza, y Edwin van Gameren (2016). "Unemployment and mental health among Mexican immigrants and other population groups in the United States". *Migraciones Internacionales* 8 (4): 168-194.
- Calva, Luis, y Ana María López (2018). "La salud y el acceso a los servicios de salud asociados al retorno y permanencia en México de los migrantes provenientes de Estados Unidos". En *Migración y salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante*. México: Conapo/Iniciativa de las Américas-Universidad de California.
- Contreras-Soto, Ricardo, y Roberto Hernández-Sampieri (2011). "Percepción de los afroamericanos por parte del migrante laboral mexicano en Estados Unidos". *Papeles de Población* 17 (67): 9-55. Recuperado el 25 de enero de 2021, de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000100002&lng=es&tlng=es>.
- Díaz, Christina; Stephanie Koning, y Ana Patricia Martínez Donate (2016). "Moving beyond salmon bias: Mexican return migration and health selection". *Demography* 53 (6): 2005-2030.
- Fernández-Niño, Julián Alfredo; Karen Luna-Orozco; Edgar Navarro-Lechuga; Víctor Flórez-García; Jorge Acosta-Reyes; Alma Solano; Elsa Bravo, y Eloina Goenaga (2018). "Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas-Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública". *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* 3 (50): 269-276. Disponible en:

<<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343856318010> DOI:
<https://doi.org/10.18273/revsal.v50n3-2018002>>.

- Fernández-López, Juan Antonio; María Fernández-Fidalgo, y Alarcos Cieza (2010). “Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)”. *Revista Española de Salud Pública* 84 (2): 169-184.
- Flynn, Michael; Tania Carreón; Donald Eggerth, y Antoinette I. Johnson (2014). “Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre migración entre México y los Estados Unidos”. *Revista de la Escuela de Trabajo Social* 6 (mayo-agosto): 129-149, séptima época, UNAM.
- Fuertes, Carmen, y Martín Laso (2006). “El inmigrante en la consulta de atención primaria”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 9-25.
- García Cofrades, María de la Encina (2010). “Apoyo social, satisfacción con la vida y salud en mujeres autóctonas e inmigrantes en Málaga”. *Documento de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social* 48: 55-83.
- Gómez, Elsa (2002). “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”. *Revista Panamericana de Salud* 11 (5/6).
- Gorman, Bridget; Claire Altman, y Sergio Chávez (2018). “Experiencia migratoria en E.E.U.U. y estado mental de hombres y mujeres adultos que viven en Guanajuato, México”. En *Migración y salud. Reflexiones y retos de la salud de la población migrante*, 125-134. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población e Iniciativa de la salud de las Américas, Escuela de Salud Pública-Universidad de California.
- Jiménez Blasco, Beatriz Cristina, y Ángela Redondo González (2007). “Mujeres inmigrantes en la ciudad de Madrid: algunos aspectos sobre su inserción laboral, conciliación familiar y salud”. *Anales de Geografía* 2 (27): 59-76. Universidad Complutense de Madrid.
- Kochanek, Kenneth; Sherry Murphy; Jiaquan Xu, y Elizabeth Arias (2019). *Deaths: Final Data for 2017. National Statistics Report* 68 (9) (junio): 1-77. National Center for Health Statistics.
- Lamarque, Muriel, y Lourdes Moro (2020). “Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones”. *Migraciones internacionales*. México: El Colegio de la Frontera Norte.

- Lara, Marielena; Cristina Gamboa; M. Iya Kahramanian; Leo Morales, y David Hayes Bautista (2005). "DEH. Acculturation and Latino health in the United States: A review of the literature and its sociopolitical context". *Annual Review of Public Health* 26: 367-397.
- Lindstrom, David, y Katherine Klass (2019). "Integración de migrantes y estado de salud entre México y Estados Unidos". *Migración y salud. Publicación para la acción*. México: Conapo-Segob e Iniciativa para la salud de las Américas-Universidad de California.
- Massey, Douglas, y René Zenteno (2000). "A validation of the ethnosurvey: The case of Mexico-U.S. migration". *International Migration Review* 34 (3): 766-793.
- Niño Fuentes, Martha (2020). "Salud y duelo en el proceso migratorio". *ESAMEC. Education Journal. Health. Environment and Citizenship* (1): 47-55.
Recuperado a partir de:
<<https://revistascientificas.us.es/index.php/ESAMEC/article/view/11739>>.
- Ojeda, Victoria; José Burgos; Sara P. Hiller; Miguel Pinedo, y Gudelia Rangel (2018). "Un estudio piloto de factibilidad para reclutar y retener a migrantes mexicanos recién deportados en investigaciones longitudinales sociales y de salud. En *Migración y salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante*, primera edición. México: Conapo-Segob/Iniciativa de salud de las Américas-Escuela de Salud Pública, Universidad de California.
- Palloni, Alberto, y Elizabeth Arias (2004). "Paradox lost: Explaining the Hispanic adult mortality advantage". *Demography* 3 (41): 385-415.
- Phelan, Jo; Bruce Link, y Parisa Tehranifar (2010). "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications". *Journal of Health and Social Behavior* (51)1: S28-S40. DOI: <<http://jhsb.sagepub.com>>.
- Razo, Angélica María; Ricardo Díaz, y Martha López (2018). "Percepción de salud y calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores". *Revista Conamed* 23 (2): 58 -65.
- Riosmena, Fernando; César González, y Rebeca Wong (2012) "El retorno reciente de Estados Unidos: salud, bienestar y vulnerabilidad de los adultos mayores". *Coyuntura Demográfica* 2: 63-67.

- Somoano, María Fernanda (2011). *Sociedad civil y democracia en México*, primera edición. México: El Colegio de México.
- Ullmann, Heidi; Noreen Goldman, y Douglas Massey (2011). "Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrant in Mexico". *Social Science and Medicine* 73 (3): 421-428.
- Sandín, Bonifacio; Miguel Ángel Santed; Paloma Chorot, y Rosa María Valiente (2016). "Alexitimia, afecto positivo y negativo, y reactividad al estrés: relaciones con sintomatología somática y enfermedad". *Análisis y Modificación de Conducta* 22 (84): 435-460.
- Valiente, Rosa María; Bonifacio Sandín; Paloma Chorot; Miguel Ángel Santed, y José Luis González de Rivera (1996). "Sucesos vitales mayores y estrés. Efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración". *Psiquis. Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática* 5 (17): 12-32.
- Vargas Melgarejo, Luz María (1994). "Sobre el concepto de percepción". *Alteridades* 4 (8): 47-53. México: UAM-Iztapalapa.
- Vargas-Palacios, Armando; Juan Pablo Gutiérrez, y Víctor Carreón-Rodríguez (2006). "Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México". *Salud Pública de México* 6 (48) (noviembre-diciembre): 482-489.
- Videra García, Antonio, y Rafael Reigal Garrido (2013). "Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes". *Anales de Psicología/Annals of Psychology* 29 (1) (enero): 141-147.
- World Health Organization (1995). "Quality of life assessment, position paper from the World Health Organization". *Social Science and Medicine* 4 (10): 1403-1409.
- Zarza, María J., y María Isabel Sobrino Prados (2007). "Acculturation stress among Latin American immigrants residing in the United States vs Spain: A literature review". *Anales de Psicología* 1 (23): 72-84. Revista de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección de Psicología, Universidad de Murcia.

Anexo 1

Características sociodemográficas de la población, según condición de migración en Estados Unidos

Características seleccionadas	Condición de experiencia en Estados Unidos		Total
	No migrante	Migrante retorno	
Sexo			
Hombre	41.3	80	47.1
Mujer	58.7	20	52.9
Total	100%	100%	100%
Edad promedio	48	48	48
Desviación estándar	15	14	15
Estado civil			
Soltero	10.6	7.4	10.1
Unido	89.4	92.6	89.9
Total	100%	100%	100%
Años de escolaridad	7	7	7
Principal actividad			
Ocupada	56.1	81.4	59.9
Desempleado	0.5	1.4	0.6
PNEA	0.6	0.6	0.6
Labores domésticas	39.5	12.1	35.4
Jubilado o pensionado	3.3	4.4	3.4
Total	100%	100%	100%
Medidas físicas			
Altura	1.6	1.66	1.61
Peso	69.4	75.1	70.2
Índice de masa corporal			
Hábitos de consumo de tabaco			
Condición actual	10.3	18.1	11.5
Condición previa	16.8	33.6	19.3
Enfermedades crónicas			
Hipertensión/presión arterial	17.6	16.2	17.4
Diabetes	11.5	11.1	11.4
Problemas cardíacos o infartos	2.8	3.5	2.9
Daño cerebral	0.4	0.5	0.4
Daño pulmonar	2.2	2.5	2.4
Problemas emocionales o psiquiátricos	5.7	6	5.8
Cáncer	1	0.5	0.9
Total	86,620	15,786	102,406

Fuente: Elaboración propia con base en el MMP, 115.

Anexo 2

Listado de variables incluidas en los análisis descriptivo y multivariado

Características seleccionadas	Primer modelo	Segundo modelo	Descripción general
	Momento de entrevista	Momento del retorno	
Variables sociodemográficas	*	*	
Edad	*	*	Edad cronológica
Sexo	*	*	Sexo de la persona, hombre o mujer
Escolaridad	*	*	Años de escolaridad
Estado civil	*	*	Condición de estado civil, unido o no unido
Condición de ocupación	*		Condición de ocupación de la persona: ocupado, desocupado, población no económicamente activa
Localidad	*	*	Tipo de localidad, rural o urbana
Hábitos y enfermedades crónico-degenerativas			
Hipertensión arterial	*		Diagnóstica o no diagnóstica
Diabetes	*		Diagnóstica o no diagnóstica
Condición de fumador	*		Condición actual de fumador o no
Estatus migratorio	*		Migrante o no migrante
Tiempo de retorno	*	*	Tiempo desde último retorno
Características migratorias		*	
Estatus migratorio		*	Posesión de documento en última migración: documentado o indocumentado
Salario diario		*	Ingreso por trabajo diario en dólares
Número de viajes		*	Número de viajes a Estados Unidos
Experiencia acumulada		*	Número de meses de experiencia migratoria
Ocupación		*	Tipo de ocupación en última migración: no manuales, manuales semicalificado, manuales calificados, trabajadores agropecuarios o población no económicamente activa
Dominio de inglés		*	Manejo de inglés: ninguno, bajo y otro nivel avanzado
Remesas		*	Envío o no de remesas
Visita médica		*	Visitas médicas en Estados Unidos
Contacto con grupos		*	Contacto laboral o de cercanía y amistad con grupos étnicos en Estados Unidos
Blanco no hispano		*	
Afroamericano		*	
Chicano		*	

Fuente: Elaboración propia con base en el MMP.

- [1] Las estadísticas vitales de Estados Unidos de 2017 sobre las tasas de mortalidad ajustadas por causa, origen y sexo, muestran diferencias en las tasas de mortalidad entre hispanos y blancos no hispanos. Las tasas de mortalidad entre los blancos no hispanos causadas por neoplasias malignas son más altas (186.6 para hombres y 136.2 para mujeres) que entre la población hispana (129.5 para hombres y 93.0 para mujeres). Lo mismo sucede con las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares, en donde los blancos no hispanos tienen tasas de 266.4 para hombres y 181.1 para mujeres (Kochanek *et al.*, 2019).
- [2] Los teóricos de la sociología como Heidegger, Gadamer y Schütz señalan que los individuos pueden experimentar al mismo tiempo una misma realidad, como la muerte de un miembro de la familia, el nacimiento de un niño, una gran catástrofe, un acto autoritario. La vivencia de cada uno sobre un mismo fenómeno es diferente: es una elaboración que hace la persona sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad (Somoano, 2011).
- [3] En esta sección nos referimos a los aspectos metodológicos del MMP que interesan para cumplir con los propósitos planteados acerca de las percepciones de salud. En caso de mayores detalles se pueden revisar los documentos técnicos y metodológicos del MMP en la página oficial de internet del proyecto: <<https://mmp.opr.princeton.edu/home-en.aspx>>.
- [4] El MMP no persigue propósitos de representatividad estadística del proceso migratorio. Las muestras provienen de comunidades no seleccionadas al azar. La metodología del MMP sí recoge información específica de la población migrante, que es precisa y permite delinear perfiles sociodemográficos y regularidades de las trayectorias migratorias (Massey y Zenteno, 2000). Las comunidades aquí revisadas se encuentran localizadas en estados del centro, del centro occidente y un par en el sur del país.
- [5] Se realizaron pruebas de hipótesis de proporciones, con nivel de significancia .01.
- [6] Desde la perspectiva de Gorman *et al.* (2018), se dice incluso que las migrantes de retorno tienen el doble de probabilidad de experimentar enfermedades emocionales y mentales que las mujeres no migrantes.
- [7] Una investigación comparada entre mujeres migrantes en Málaga y nativas relaciona el apoyo social con su percepción de salud. Las mujeres con menor apoyo emocional, material, social y afectivo autoperciben mayor deterioro de su salud y presentan problemas somáticos, de ansiedad y depresión (García Cofrades, 2010). Otra investigación realizada en Madrid con mujeres latinoamericanas que trabajan en el servicio doméstico, reporta que las mujeres que viven habitualmente con familias tradicionales, aceptan prácticas diferentes a las propias de su cultura y al serles más difícil relacionarse con las redes sociales tradicionales de su país, viven un aislamiento social que les produce síntomas y trastornos —en ocasiones muy vagos—, como son las cefaleas, las lumbalgias, el insomnio

u otros problemas emocionales (Jiménez Blasco y Redondo González 2007: 70). Las mujeres migrantes también padecen enfermedades de adaptación como las infecciones respiratorias, los trastornos alimentarios y las alergias, entre otras (Agudelo-Suárez *et al.*, 2007).

- [8] Véase nota de la gráfica 4 acerca de la agrupación del tiempo desde el retorno.
- [9] En este sentido, en el siguiente ajuste estadístico, centrado en las características migratorias, nos acercamos de alguna forma a la construcción del proyecto de retorno a partir del estatus migratorio. No fue posible identificar los motivos del retorno.
- [10] La población migrante de retorno aquí estudiada regresó al país en el periodo comprendido entre 2007 y 2018, que es considerado el momento de mayor deportación desde Estados Unidos.

TERCERA PARTE

**FORMAS DE MOVILIDAD, POLÍTICAS MIGRATORIAS Y
RIESGOS A LA SALUD**

Capítulo 8

Los riesgos a la salud durante el proceso migratorio

Miguel Ángel Fernández Ortega

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud.
Facultad de Medicina, UNAM

Jacqueline Beatriz Roo Prato

Directora del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, Secretaría de Salud, Ciudad de México

Rocío Dávila Mendoza

Facultad de Medicina, UNAM

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente capítulo es hacer una revisión de los aspectos generales de la migración internacional entre México y Estados Unidos, así como de los riesgos a la salud en las diferentes etapas del proceso migratorio en personas mexicanas. Para ello, se presentarán algunos de los factores que intervienen en la decisión de emigrar, así como diversos aspectos de los determinantes sociales que hacen más vulnerables a estas personas. Del mismo modo, se comentarán las rutas migratorias y los principales medios de transporte utilizados en México, que pueden influir en mayor o menor medida en el tipo de morbilidad que padece esta población. Comprender las etapas del proceso migratorio será indispensable para explicar los riesgos a la salud que se presentan desde la salida del hogar hasta el retorno. Por último, se presentarán algunas consideraciones finales.

La migración internacional es un fenómeno de gran complejidad, con fuertes implicaciones económicas, políticas, sociales y culturales. Puede ser entendida como “[...] el movimiento de personas a través de las fronteras con la intención de residir en un país diferente al suyo” (Consejo Nacional de Población *et al.*, 2017: 17). En el *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*

(McAuliffe y Khadria, 2019), se define a la migración como “[...] el proceso de trasladarse de un lugar a otro. Migrar es trasladarse, ya sea de una zona rural a una ciudad, de un distrito o provincia de un determinado país a otro en el mismo país, o de un país a otro”.

Se calcula que, en 2019, había aproximadamente 272 millones de migrantes internacionales en todo el orbe (3.5% de la población mundial), de los cuales casi dos tercios eran migrantes laborales; 74% con edades entre 20 y 64 años y 52% varones (McAuliffe y Khadria, 2019). Los flujos migratorios son difíciles de predecir, ya que obedecen a muy diversos factores: económicos, laborales, conflictos políticos y sociales, desastres naturales (Martínez de la Peña *et al.*, 2018: 34), violencia e inseguridad (Comisión Nacional de los Derechos Humanos e Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2018). Otros motivos pueden ser la familia y estudios (McAuliffe y Khadria, 2019). También hay factores biológicos como enfermedades o epidemias, plagas y problemas zoonos, así como el cambio climático o la degradación del medio ambiente causada por la sobreexplotación de bosques, zonas agrícolas y ganaderas, sequías e inundaciones, las cuales son difíciles de predecir (Calvillo *et al.*, 2019).

A nivel mundial, los principales países expulsores de migrantes son India, China y México (McAuliffe y Khadria, 2019; Consejo Nacional de Población *et al.*, 2017). Es importante mencionar que Estados Unidos es el país receptor del mayor número de migrantes a nivel mundial (McAuliffe y Khadria, 2019: 3).

Según datos de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en la región de las Américas los flujos migratorios también se han incrementado, incluso a un ritmo superior al mundial, alcanzando 17% anual en 2015, sin tener relación necesariamente con la migración de Centroamérica y el Caribe hacia Estados Unidos, sino con la movilización de personas entre otras subregiones de América Latina (Castro, 2016; Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo, 2016).

En 2017, aproximadamente 13 millones de mexicanos residían fuera del país; los principales países de destino fueron Estados Unidos con 12.7 millones (97.8%) y Canadá con 81.0 mil (0.63%). Otros países de destino fueron España, Alemania y Guatemala (Conapo, 2018: 18-46; Fernández *et al.*, 2018: 88). Los migrantes mexicanos cruzan a Estados Unidos en promedio 33% para trabajar y 60% para buscar trabajo. Por otra parte, los sectores de la economía a los que se dirige la actividad laboral de los trabajadores han venido cambiando;

originalmente, el sector primario era el más importante hasta hace algunas décadas. Para 2018, las principales ocupaciones de los mexicanos en Estados Unidos fueron: obreros, transportistas y trabajadores especializados de la construcción (25.6%); trabajadores de servicios (23.0%); construcción y ocupaciones de reparación (19.0%) (Conapo, 2018). Según el Consejo Nacional de Población, 88% de los emigrantes pertenecían al grupo etario entre 15 y 64 años, lo cual se traducía en que siete de cada 10 era población económicamente activa. De ellos, 53.3% eran hombres (Conapo, 2018: 18-46).

En 2018 vivían en Estados Unidos 38.4 millones de personas de ascendencia mexicana (incluyendo a los hijos de mexicanos nacidos en ese país), lo que los convierte en la primera minoría del país vecino (Ceja *et al.*, 2014: 291-306). El 62.8% de la población con matrícula consular residía en los estados de California (28.8%); Texas (22.6%); Illinois (8.1%), y Nueva York (3.3%). El 87.4% de la población migrante tenía en ese momento entre 15 y 64 años; 8.1 millones de las personas eran población económicamente activa y 95.7% era población ocupada (Conapo, 2019: 42-52).

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DE EMIGRAR

La migración es un fenómeno complejo, generado por las interacciones económicas, políticas y sociales que afectan la vida de las personas, que las impulsa a trasladarse a otra área geográfica que les ofrezca mejores expectativas de vida. Podría decirse que la emigración tiene un origen predominantemente económico, aunque también ocurre por motivos sociales (como la inseguridad), políticos, ambientales, etcétera.

Según Torres y Rojas, en sexenios anteriores (1993-2012) se pudo observar que la región centro del país poseía 59.6% de la riqueza generada, mientras que la región norte y sur tenían una participación de 29.89% y 10.95% respectivamente, siendo esta última la de mayor pobreza. Del total de las entidades, nueve concentraban 62% de la riqueza, pero de éstas, tan sólo la Ciudad de México y el Estado de México registraban una participación de 32%. En contraste, los estados de Hidalgo, Quintana Roo, Morelos, Aguascalientes, Yucatán, Guerrero, Oaxaca, Durango, Zacatecas, Baja California Sur, Colima, Tlaxcala y Nayarit, de manera conjunta, reportaban 14%, lo cual denotaba la desigualdad en la distribución territorial del crecimiento (Torres y Rojas, 2015: 41-65).

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), entre 1992 y 2012 el número de personas en condiciones de pobreza, medidas a través del ingreso, aumentó significativamente: la pobreza alimentaria (costo de adquirir una serie de bienes alimentarios básicos) (Székely y Ortega, 2014: 44), creció 24.27%; la de capacidades, 27.59% (cuando la población no cuenta con el ingreso suficiente para adquirir la canasta alimentaria y efectuar los gastos en salud y educación, a pesar de utilizar todo el ingreso familiar) (González, 2012), y finalmente, la de patrimonio (insuficiencia del ingreso para adquirir la canasta alimentaria, así como los gastos en salud, vestido, vivienda, transporte y educación), se incrementó en 37.97% (Székely y Ortega, 2014: 44; López, 2015). Sin embargo, uno de los saldos más desfavorables es el de la política económica: 19.70% de los mexicanos no puede comprar una canasta básica alimentaria (Torres *et al.*, 2013).

Resulta importante señalar que, hasta antes de 2008, la población que emigraba a Estados Unidos era predominantemente originaria del área rural, de muchos de los estados con bajos niveles de ingreso (Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Oaxaca, Guerrero, Zacatecas, Veracruz, entre otros). No obstante, después de ese año se han hecho equiparables las proporciones de emigrantes de áreas urbanas (como la Ciudad de México), siendo las principales motivaciones ir a trabajar o a buscar trabajo (Albo y Ordaz, 2011: 5-7). En este punto, es importante distinguir entre la migración regular y la irregular, tal como ocurre entre Estados Unidos, México y los países de Centroamérica.

El entorno político de México integra una gran diversidad de intereses fundamentales para la sociedad que favorecen o inhiben la emigración o inmigración de las personas, y a través del resultado de cuyas acciones se genera mayor pobreza o mejor calidad de vida. En este sentido se puede observar que, en la actualidad, los diversos detonantes de la emigración son: la falta de apoyo al campo; las dificultades para acceder a créditos para vivienda o generación de empresas, los cuales, aunque existen, suelen ser muy raquíticos o con intereses muy elevados; la falta de leyes y regulaciones que faciliten la inversión nacional y extranjera para la generación de empleos que impacten directamente en la economía familiar y en la riqueza del país.

Dentro de los factores que influyen en la decisión de emigrar se deben considerar los sociales, como el lugar donde viven las personas (rural o urbano); el nivel de pobreza; de educación; el tipo de trabajo; el acceso a los

servicios de salud; servicios religiosos; las costumbres y valores; incluso el tipo de redes en la comunidad, en el país o en el extranjero. Dependiendo de estas características se favorece o limita el desarrollo individual y familiar.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LOS MIGRANTES

No se puede hablar de los riesgos a la salud en los migrantes sin hablar de los determinantes sociales que intervienen en estos grupos, generando mayor vulnerabilidad respecto de dichos riesgos, tanto en su forma directa como indirecta.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de recabar información para llevar a cabo diversas intervenciones en favor de la equidad sanitaria, sobre todo en grupos vulnerables, definiendo dichos determinantes como “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Las investigaciones han arrojado un fuerte vínculo entre pobreza y bajo nivel de salud, lo que corresponde a personas con pobreza alimentaria, viviendo en situación de calle, desempleados, refugiados, inmigrantes indocumentados, etcétera (citado por Fuertes y Martín Laso, 2006: 11).

Si bien es cierto que la migración por sí misma es considerada un determinante social de salud, es importante distinguir entre los inmigrantes que ingresan al país receptor de forma regular, que en todo caso tienen derecho a prácticamente los mismos beneficios que la población local, a diferencia de la población que ingresa de forma irregular, que no tiene acceso a los satisfactores básicos como: trabajo, vivienda, educación, servicios médicos, personalidad jurídica, entre otros. A esto se debe agregar las características personales y sociales que acompañan a cada persona en lo individual, como el estilo de vida, la constitución física y el estado de salud, inteligencia, edad, género, cultura sanitaria, etcétera.

Los determinantes sociales de salud de las personas migrantes suelen cambiar y con frecuencia agravarse al llegar al país receptor. Las nuevas condiciones sociales con frecuencia los obligan a vivir en hacinamiento; malas condiciones de vivienda; inadecuada alimentación; desempleo o trabajos de mayor riesgo; limitadas relaciones personales por el pobre manejo del idioma o estatus migratorio irregular; deficiente conocimiento de sus derechos

humanos, sanitarios y jurídicos. Es importante destacar que, al inmigrar, las personas suelen estar sanas en su mayoría, no obstante, los nuevos determinantes sociales pueden incrementar su vulnerabilidad y predisponerlos a múltiples riesgos a su salud, como se verá más adelante (Secretaría de Salud, 2011; Flynn *et al.*, 2015; Vearey *et al.*, 2019). Véase cuadro 1.

Estos determinantes sociales de la salud de los migrantes generan enormes desigualdades en sus posibilidades de gozar de buena salud, respecto de la población general. Según el carácter de los entornos, las condiciones físicas de las personas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta, las personas serán más o menos vulnerables a la enfermedad (Fuentes y Martín Laso, 2006: 12).

Cuadro 1
Determinantes sociales de la salud de la población inmigrante

Estilos de vida
Malas condiciones de vida y hacinamiento
No residencia fija
Hábitos tóxicos, conductas de adicción
Alimentación
Estrés
Situación laboral y económica
Desempeño, deudas en el país de origen o para el viaje
Empleos precarios y condiciones laborales de riesgo
Falta de recursos económicos
Situación social y cultural
Cambios socioculturales respecto a su país de origen y necesidad de adaptación al país receptor
Xenofobia, discriminación, racismo
Exclusión social
Separación familiar
Situación legal
Legislación vigente respecto al inmigrante que va cambiando en el país receptor, itinerario burocrático, situación irregular
Educación
Problemas con el idioma
Titulaciones no convalidadas en el país receptor
Nivel de estudios bajo
Edad y género
En algunas culturas la mujer inmigrante está supeditada al hombre y tiene más dificultad de integración en el país receptor
Cultura sanitaria
Desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios
Diferente concepto salud/enfermedad
Prácticas de medicina tradicional
Medio ambiente
En clima diferente
El ambiente más ruidoso en países industrializados
Contaminación ambiental
Polución
Factores biológicos
Situación inmunitaria y cobertura vacunal a veces incompleta en el país de origen
Enfermedades de base genética

Fuente: Fuertes y Martín Laso (2006): 13.

RUTAS MIGRATORIAS POR MÉXICO HACIA LOS ESTADOS UNIDOS

Vale la pena destacar que en los 3,000 kilómetros de frontera norte que delimitan a México de Estados Unidos existen 23 localidades con cruce fronterizo, en las cuales 95% de las incursiones de migrantes ocurren a través de las ciudades de Tijuana y Mexicali en Baja California; Nogales en Sonora; Ciudad Juárez en Chihuahua; Piedras Negras en Coahuila, y Nuevo Laredo,

Reynosa y Matamoros en Tamaulipas (Organización Internacional para las Migraciones *et al.*, 2017: 11-52).

Es difícil hablar de las rutas migratorias que siguen los migrantes mexicanos sin hablar de las rutas que siguen otros emigrantes no mexicanos desde la frontera sur, ya que en general van mezclados y sólo cambian las proporciones en cada una de las rutas. En el caso de las personas no mexicanas que utilizan el territorio como “andador” (centroamericanos y de otras nacionalidades como Cuba, África y Asia), se ha observado la exacerbación de la violencia y la violación de los derechos humanos (Médicos Sin Fronteras, 2019; Casillas, 2008).

A partir de 2014, el gobierno mexicano puso en marcha el Plan Frontera Sur (PFS), establecido como un medio de contención migratoria que se propone reforzar la seguridad de los estados fronterizos con Guatemala e instaurar programas que faciliten el ingreso regular al país (Nájar, 2015). Durante 2019 dichos programas se fortalecieron con el apoyo de la recién formada Guardia Nacional y bajo la presión política y económica de Estados Unidos; sin embargo, no han tenido el impacto que se esperaba en la mayor seguridad de los migrantes en tránsito (Noticieros Televisa, 2020).

Es importante destacar que, desde finales de la década de los noventa, se ha realizado una labor sostenida por parte de diversas instituciones promigrante (albergues y casas de migrante), donde participan organizaciones sociales, instituciones académicas, religiosas y de gobierno, conformando una red de apoyo a lo largo del territorio mexicano (Leyva *et al.*, 2016; Recamier, 2018).

Investigaciones recientes han identificado que las migraciones siguen rutas más o menos definidas, que van desde los sitios de origen y llegan hasta la frontera con Estados Unidos. Según Nájar (2015); Chávez y Landa (2015), y Casillas (2008), son las siguientes: 1. Ruta Suroeste (Chiapas); Ruta La Mesilla (Chiapas); Ruta alrededor del Tacaná (Guatemala). 2. Ruta del Sureste (Tabasco). 3. Ruta del Centro. 4. Ruta Noroeste u Occidente. 5. Ruta del Norte. 6. Ruta Noreste. Véase mapa 1.

Mapa 1
Principales rutas migratorias en territorio mexicano



Fuente: Elaborado por G. Ledezma y X. Alfaro. Tomado de Alfaro M. Relato: De paso en un refugio para migrantes centroamericanos en México. *La Nación*, Revista Dominicana, 2017.

Principales medios de transporte utilizados en los diferentes tipos de rutas

a. Ruta terrestre

- Tren de carga llamado “La Bestia”. Diariamente viajan entre 200 y 300 migrantes, la mayor parte de ellos de Centroamérica o de los estados del sur del país. No está acondicionado para transportar personas, por lo que los migrantes viajan en el techo y el estribo de los vagones, exponiéndose a caídas, a ser arrollados y a diversas lesiones graves. Además, en este tren se producen extorsiones, violaciones, secuestros y asesinatos por parte de grupos delictivos (Chávez y Landa, 2015).
- Autobús. Lo utilizan los migrantes de medianos recursos: predominan las personas que han obtenido documentos mexicanos de forma temporal y los guatemaltecos. Las líneas de autobuses particulares llamados “tijuaneños” viajan desde Chiapas hasta Tijuana, recorriendo alrededor de 3000 kilómetros de carretera (Chávez y Landa, 2015).

- Caminando. Muchos tratan de seguir caminando en el tramo de Veracruz (ruta corta), cruzando por Tamaulipas, hasta llegar a la frontera con Estados Unidos, sin embargo, esta ruta es considerada una de las más peligrosas por la presencia del crimen organizado y sus ataques hacia los migrantes (secuestro, asesinato, robo, extorsión, trata de personas, etcétera).

b. Ruta aérea

- Avión. Es la ruta menos utilizada por los migrantes, ya que sólo algunos pueden pagarla por los altos costos.

c. Ruta marítima

- Esta ruta es la menos utilizada por migrantes mexicanos: la utilizan con mayor frecuencia centroamericanos, caribeños o personas de África y Asia que pretenden ingresar a México por la frontera sur; lo hacen a través de balsas o pequeñas embarcaciones llamadas “Bestia del Mar” (Gutiérrez, 2017; Nájar, 2015).

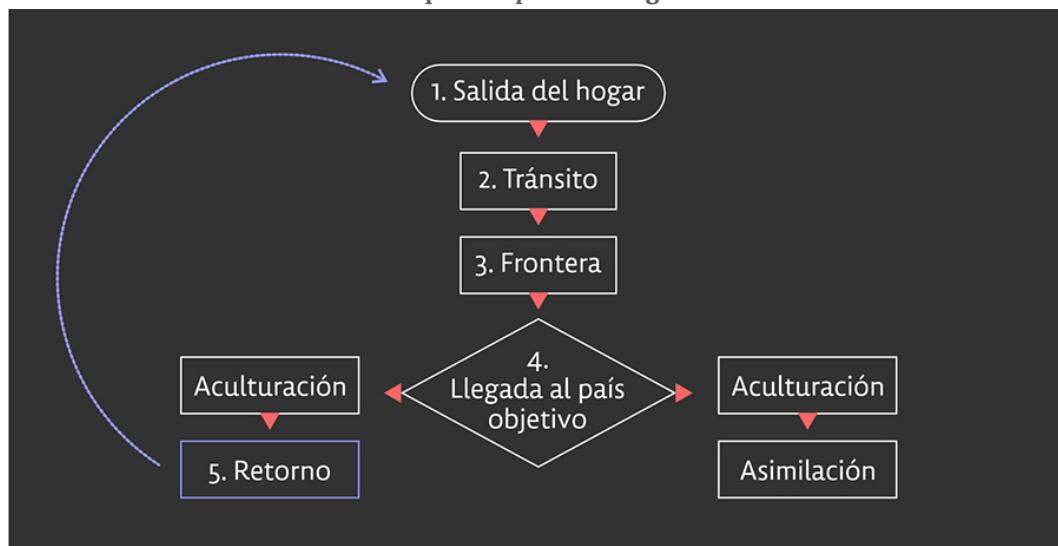
ETAPAS DEL PROCESO MIGRATORIO

El proceso migratorio debe entenderse como una sucesión de etapas que se presentan a partir de la toma de decisión de emigrar y puede tener diferentes desenlaces durante su evolución. En algunos casos puede simplemente terminar en algún lugar en el trayecto hacia el país objetivo; en otros puede culminar viviendo en el país de destino, y en otros más finalizar el proceso regresando al país de origen. Algunos autores reconocen en el proceso migratorio únicamente tres etapas. Tal es el caso de González Barea (2008), que sólo identifica: premigración, migración y postmigración, a las cuales también se han referido como emigración, inmigración y retorno. Otros reconocen cuatro etapas del proceso: *a)* antes de la partida o abandono; *b)* tránsito o desplazamiento; *c)* inmigración o asentamiento en la comunidad de destino, y *d)* retorno o reasentamiento (Cabieses *et al.*, 2018). Wickramage y sus coautores también refieren cuatro etapas, considerando: 1) previa a la emigración; 2) de movimiento; 3) llegada e integración, y 4) retorno (Wickramage *et al.*, 2018).

Según las observaciones realizadas por los autores, los migrantes que van hacia los Estados Unidos completan cinco etapas del proceso migratorio, las cuales se describen a continuación: en general, los diferentes autores coinciden en una fase previa al inicio del viaje, que sería la etapa 1 (salida del hogar), la cual involucra la toma de decisión de emigrar; la búsqueda de redes de apoyo durante el viaje y la llegada al país de destino; la búsqueda de recursos económicos; la despedida de los seres queridos y la búsqueda de apoyos emocionales y psicológicos para el desprendimiento familiar; algunos también se preparan físicamente para emprender el viaje. La etapa 2 (desplazamiento o tránsito), corresponde al desplazamiento desde el lugar de origen hasta la frontera; según la capacidad económica del migrante, el viaje lo realiza por vía terrestre, aérea e incluso marítima. La etapa 3 corresponde a la estancia en la frontera (otros autores la incluyen como parte de la etapa de movilidad) y termina con el cruce exitoso hacia Estados Unidos. Esta etapa es de gran importancia debido a que muchas personas quedan varadas por mucho más tiempo que el que estuvieron en tránsito desde su hogar; los riesgos en la frontera pueden ser mayores en algunos casos, sin mencionar que muchos migrantes nunca logran cruzar por detenciones de la patrulla fronteriza, por falta de dinero, o bien porque sus condiciones físicas no les permiten continuar.

La etapa 4 corresponde a la inmigración o llegada al país objetivo, donde la interacción social con otras personas produce diferentes cambios psicológicos y sociales denominados aculturación (de los cuales se hablará más adelante), cuyo resultado será la adecuada inserción social. El proceso migratorio puede concluir en esta etapa; esto dependerá de que la persona se quede a vivir en Estados Unidos, ya sea de manera regular o de forma irregular, en cuyo caso será más complicado. Véase esquema 1.

Esquema 1
Etapas del proceso migratorio



Elaboración propia.

Independientemente de los objetivos iniciales del migrante, con frecuencia no se pueden concretar. Muchos de los que intentaban establecerse definitivamente son deportados, y otros que pensaban regresar, jamás lo hacen. Lo interesante es que durante el tiempo que los inmigrantes permanecen en Estados Unidos, muchos libran una crisis de adaptación entre su cultura de origen y la cultura local que dificulta la inserción social a través del trabajo, la vivienda, las escuelas, las costumbres, los valores, etcétera (Ferrer *et al.*, 2014: 560-564). El proceso de adaptación a la nueva cultura dependerá del interés por establecerse y de las oportunidades de interacción con la sociedad receptora. Los más temerosos y precavidos son las personas irregulares que incluso, en muchos casos, no se interesan por aprender el idioma oficial o se les dificulta hacerlo debido a que las personas con las que mantienen comunicación constante son otros trabajadores irregulares que hablan su mismo idioma (Arenas y Urzúa, 2016).

Existen dos conceptos que es importante detallar en el proceso de inserción social por parte del inmigrante. El primero es el de aculturación y el segundo el de asimilación, ambos relacionados con el desafío de adquirir una nueva identidad social que será compartida con la sociedad de acogida. La aculturación puede ser entendida como los procesos psicológicos y socioculturales que experimentan los inmigrantes al entrar en contacto con las personas de la sociedad de acogida, considerando que ambos grupos

(inmigrantes y autóctonos), tienen diferentes culturas y tendrán dificultades para adaptarse y aceptarse en la convivencia cotidiana (Berry, 1997, 2008, citado por Arenas y Urzúa, 2016).

En 1997, Berry presentó su modelo bidimensional de aculturación, el cual propone que la población migrante tendrá la posibilidad de conservar o cambiar su cultura en sus encuentros diarios con la comunidad con la que convive, y dependerá de: *a*) el mantenimiento de su identidad cultural, sus costumbres y valores, así como las relaciones con personas de su mismo origen en la sociedad de acogida, y *b*) el contacto y participación en actividades con personas y grupos nativos que favorezcan el desarrollo de redes sociales y el conocimiento de costumbres y valores de la sociedad receptora, en cuyo caso corresponderá al proceso de aculturación (Berry, 1997, 2001; Solano, 2011, citado por Arenas y Urzúa, 2016).

El choque cultural entre el inmigrante y la sociedad de acogida da como resultado cuatro posibilidades de aculturación que tienen que ver con el deseo o posibilidad de contacto con el grupo nativo y el deseo de mantener o relegar sus atributos socioculturales de origen. Las cuatro estrategias de aculturación según Berry son:

- Integración: es el interés por mantener la cultura de origen y por interactuar con la cultura de acogida.
- Asimilación: las personas no desean mantener su identidad cultural mientras que sí buscan la interacción diaria con la cultura local.
- Separación: las personas valoran aferrarse a su cultura de origen y al mismo tiempo desean evitar la interacción con los demás.
- Marginalización: cuando existe poco interés o posibilidad de mantener la cultura de origen y de relacionarse con otros (a menudo de forma forzosa).

Los inmigrantes que logran culminar el proceso migratorio con la integración al país receptor, suelen buscar la asimilación a la sociedad norteamericana y rechazan su cultura de origen, como la lengua, la comida, los valores y las costumbres, considerándolas como inferiores o incluso motivo de vergüenza (Valtolina, 2019: 31-45).

En los casos en que dicha inserción social no sea consumada, muchos de los inmigrantes retornarán al país de origen de forma voluntaria u obligados legalmente (deportaciones), lo que corresponde a la etapa 5 (o de retorno). Es

importante mencionar que muchos inmigrantes no piensan establecerse definitivamente en el país receptor y se consideran “de paso”: piensan en trabajar, reunir dinero (o enviarlo a sus familiares) y después de algún tiempo regresar con los suyos. Muchas de estas personas sufrirán mayor estrés aculturativo y tratarán de evitar la adopción de las costumbres del país huésped, el idioma, los valores, etcétera.

LOS RIESGOS A LA SALUD DURANTE EL PROCESO MIGRATORIO

De acuerdo con Zurro *et al.* (2019), un factor de riesgo es cualquier circunstancia asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad, tanto aumentándola como disminuyéndola; en general, se utiliza el término para aquellos factores que tienden a aumentar la probabilidad. Al hablar de los riesgos a la salud de los migrantes durante las diferentes etapas del proceso migratorio, se deben considerar algunos aspectos básicos como: estatus migratorio (regular o irregular); si tiene trabajo o no; tipo de familia; nivel educativo; estado de salud; estilos de vida; lugar de origen; medio de transporte que será usado; ruta y frontera de cruce; redes de apoyo; tiene oferta de trabajo o va a buscarlo; acompañamiento; los hábitos de higiene, etcétera. A continuación, se mencionan algunos riesgos a la salud en distintas etapas del proceso migratorio.

Etapas 1. Salida del hogar

La decisión de emigrar puede ser difícil de tomar. Las personas que van a emigrar suelen tener ideas recurrentes respecto de la decisión de emigrar, valorando los riesgos, planeando la ruta, reuniendo dinero para pagar el viaje, evaluando la ayuda de “polleros”, investigando redes de apoyo en el país de destino y a lo largo del viaje (familiares, amigos, instituciones sociales o religiosas, etcétera). En entrevistas realizadas a migrantes retornados de Estados Unidos, usuarios de albergues en Tijuana, se les interrogó respecto de la toma de decisión de emigrar y la gran mayoría refirió haber consultado a otro familiar o amigo (esposa, padres, hermanos), lo cual resultó la opinión decisiva para emprender el viaje (Sánchez *et al.*, 2020).

Durante el tiempo que tarda la toma de decisión, muchas de las personas mantienen estrés constante debido a la incertidumbre generada por la

reorganización en los roles y jerarquías familiares a su salida del hogar; obviamente, la gravedad de la crisis dependerá del miembro que emigre y del tipo, estructura y funcionalidad de la familia. No es lo mismo que emigre el padre que la madre en una familia nuclear, con hijos o sin ellos. Tampoco es lo mismo que emigre una persona soltera sin hijos que con ellos, en fin, las variantes son muchas. Lo importante es que, a manera de ejemplo, con la salida del esposo, la esposa podría dejar de cumplir el rol de ama de casa para convertirse en proveedora, o alguno de los hijos que suspenderá sus estudios; otro ejemplo es el abandono de los padres, más aún si hay algún enfermo o si ya no se piensa regresar; la pérdida de capacidad económica de la familia, etcétera. Sin duda, la crisis familiar ocasionada por la pérdida de la homeostasis —equilibrio, autorregulación, etcétera— familiar entre los que se quedan, se iniciará antes de la partida del emigrante, contribuyendo a incrementar el estrés y la ansiedad (Membrillo *et al.*, 2008: 179-209; Flynn *et al.*, 2015: 137).

Etapa 2. Tránsito o movilidad

El grado de vulnerabilidad de las personas emigrantes se incrementa notablemente cuando salen de su hogar y emprenden el viaje hacia la frontera con Estados Unidos. Enfrentar los retos a la salud durante el tránsito hacia el destino soñado, suele ser complicado, sobre todo si se trata de migración irregular (85%), viajando con poco dinero, sin documentos migratorios, etcétera (Secretaría de Salud, 2011; Leyva *et al.*, 2016: 19), ya que se ven expuestos a distintas situaciones que pueden afectar su salud, como las condiciones ambientales adversas (calor extremo, frío, lluvia, nieve); el medio de transporte y la duración del viaje, que conlleva cansancio; los episodios traumáticos; el acceso a alimentos y condiciones básicas de salud; el tipo de viaje (individual o colectivo), y las políticas migratorias del país. Este último factor tiende a ser cada vez más difícil, generando la búsqueda de rutas cada vez más riesgosas para eludir los controles migratorios. En este punto es donde se generan riesgos de sufrir accidentes, lesiones por violencia física, psicológica o sexual producida por terceras personas, sean otros migrantes, delincuentes e incluso reacciones xenofóbicas.

Diferentes reportes aseguran que México y España son los países más violentos para los inmigrantes y migrantes en tránsito de origen mexicano o latino, incluso de minorías étnicas o raciales, aunque bajo diferentes circunstancias. En el caso de España, se hace referencia a una mayor variedad

de agresiones xenofóbicas y racistas, además de las agresiones sexuales (Fernández *et al.*, 2018; Informe Raxen, 2018; Bustos *et al.*, 2019; Castellano, 2017). En el caso de México, la violencia está más relacionada con la delincuencia organizada, autoridades migratorias y policía, además de la furtiva (no por xenofobia) (Redodem, 2019; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018).

Los emigrantes mexicanos y de todas las nacionalidades que tratan de pasar la frontera con Estados Unidos de forma irregular, reciben maltrato 65-85% de las veces, siendo las principales agresiones: la violencia física, incluso con robo, especialmente de dinero e identificaciones; violencia verbal y psicológica; extorsión; secuestro y violaciones sexuales, que aunque su incidencia es menor respecto de las otras, también están presentes (López, 2013; Guerrero y Jaramillo, 2015: 65-105; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018; Redodem, 2019).

En cuanto a los principales motivos de consulta médica de migrantes en México, no se ha podido documentar cuáles son, debido a que en los formatos del Sistema Nacional de Salud no se cuenta con espacio para clasificar al paciente como migrante o extranjero, de manera que al analizar la información es imposible diferenciar a uno de otro. Por ese motivo, se hará referencia a datos reportados de otros países, con perfiles de migración similares a los de México (España, Colombia, Bolivia, Ecuador, Perú, Argentina, Paraguay, Nicaragua, etcétera) (Fernández *et al.*, 2018).

Para facilitar la comprensión, dichos motivos se presentan en dos dimensiones: biológica y de salud mental. Según Fernández *et al.* (2018):

1. Las principales enfermedades biológicas reportadas por diversos países de Iberoamérica, son las respiratorias y gastrointestinales, quizás, porque están directamente relacionadas con las circunstancias del viaje, como los cambios de temperatura por cuestiones climáticas, falta de abrigo y la ingesta de alimentos poco saludables, falta de higiene, etcétera; otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis, hepatitis, de transmisión sexual, las transmitidas por vectores, huéspedes y reservorios como el paludismo, dengue, filariasis, esquistosomiasis; además de los accidentes y lesiones.
2. Los problemas de salud mental reportados con mayor frecuencia son los siguientes: depresión, dolor de cabeza, violencia intrafamiliar, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del humor, trastornos somatoformes, trastornos

disociativos, trastornos psicóticos, trastornos alimentarios, trastornos derivados de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco o drogas, 23.1%). Argentina, reporta que 33% de los pacientes migrantes presentan estrés aculturativo (Síndrome de Ulises) (Fernández *et al.*, 2018).

En México no hay mucha información respecto de la utilización de los servicios de salud para los migrantes, no obstante, por el tipo de morbilidad reportada por Sánchez y colaboradores en migrantes en tránsito por México, los servicios más demandados fueron el primer nivel de atención y urgencias, seguidos probablemente por servicios hospitalarios (Sánchez *et al.*, 2020; Fernández *et al.*, 2018).

Etapa 3. Frontera

En los últimos dos años, la política migratoria de Estados Unidos ha sido cada vez más restrictiva para obtener visas y tarjetas de residencia permanente, mejor conocidas como “tarjetas verdes” (*green card*). Aunado a esto, el reforzamiento de la vigilancia por la patrulla fronteriza norteamericana y la guardia nacional mexicana ha hecho más difícil, riesgoso y caro (cobro de polleros) el cruce de los migrantes.

En la investigación realizada por Sánchez *et al.* (2020) respecto de los riesgos a la salud de los emigrantes mexicanos cuyo destino era Estados Unidos, se encontró en una muestra de 400 personas que 72.2% cruzó la frontera de Tijuana hacia San Diego en dos días. Las personas que no pudieron hacerlo tan rápidamente debieron buscar la forma de obtener recursos para comer y hospedarse; algunos debieron trabajar en el comercio informal, en la construcción o en labores temporales muy mal pagadas. Otros se refugiaron en albergues para migrantes, algunos más permanecieron en resguardo de los guías o “polleros”. Es importante hacer mención de que 63% de los emigrantes contrató los servicios de “polleros” para cruzar la frontera de forma ilegal y que la mayoría de ellos fueron abandonados en la montaña, debiendo continuar el viaje solos dentro de Estados Unidos, guiados por los “polleros” vía telefónica, situación que generó detenciones y deportación de los migrantes con relativa facilidad, pero además se incrementó la posibilidad de presentar lesiones por accidentes, deshidratación, mordeduras de animales, etcétera (Ceja *et al.*, 2014: 294; Sánchez *et al.*, 2020).

Otra forma de cruce fronterizo es nadando por el río Bravo, lo que ha generado una gran cantidad de muertes por ahogamiento. Algunos otros pretenden pasar la garita escondidos en camiones o coches, bajo intenso calor o frío, con poca alimentación y agua, con posibilidades de asfixia o por lo menos deshidratación. Es común ver a una gran cantidad de migrantes varados en la frontera, que refieren haber sido víctimas de la delincuencia común y organizada, con afectaciones como robo, maltrato, extorsión, secuestro, lesiones, violación, entre otras formas de delito (Salgado de Snyder *et al.*, 2007). En este punto vale la pena resaltar la importancia del género, debido a que las mujeres son más vulnerables que los hombres a la violación y están expuestas a riesgos como la trata de personas, a ser presionadas para tener relaciones sexuales a cambio del traslado, comida, incluso por trabajo, generando problemas como desnutrición, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, adicciones, etcétera. Además de otras patologías de corte psicológico o psiquiátrico, como trastornos de estrés postraumático, depresión, ansiedad u otros que podrían terminar con la muerte de las personas (Chiarotti, 2003; Fajardo *et al.*, 2008).

Es común ver gente en la frontera que se considera migrante en tránsito, pero que en realidad después de seis meses de permanecer varados en la frontera dejan de serlo. Este parámetro establecido por los albergues para migrantes en tránsito, limita su permanencia cuando no han podido cruzar después de varios intentos. Muchas personas que llegaron ilusionadas “soñando el sueño americano”, terminan en pocos meses frustradas, cansadas y resignadas a vivir en situación de calle, comiendo en albergues que les permiten desayunar y cenar todos los días de forma gratuita y gastando el poco dinero que pueden conseguir en drogas, alcohol y tabaco, convirtiéndose en una carga social y económica para México. En su discurso es común escuchar que están esperando intentar un nuevo cruce en poco tiempo. La mayoría de ellos tampoco regresa a su lugar de origen.

Etapa 4. Estancia en Estados Unidos

Los inmigrantes que logran establecerse en Estados Unidos por algún tiempo, o por muchos años, están sujetos al proceso de aculturación, que trae consigo el cambio en los estilos de vida del país de origen al país receptor. En este sentido, Antecol y Bedard (2006), basados en la National Health Interview Survey, identificaron que los migrantes mexicanos a su llegada a Estados Unidos, son

mucho más sanos y presentan dos a cinco puntos porcentuales menos de índice de masa corporal (IMC) que la media de los estadounidenses, pero que al aculturizarse pierden ese beneficio en un periodo de diez a quince años posteriores a su llegada. En consecuencia, 76% de la población mexicana adulta y aculturizada que vive en ese país, presenta obesidad o sobrepeso, con predominio en los hombres (Secretaría de Salud, 2011: 29-31; Antecol y Bedard, 2006: 3). Por otra parte, también se identificó que, además del incremento en el IMC, también se presenta un incremento en el consumo de alcohol y tabaco, mostrando evidencia significativa de que ambas adicciones se agravan en la medida que las personas están más aculturizadas, siendo este cambio más intenso en las mujeres (Abraído, Chao y Flórez, 2005: 7).

Otras adicciones que vale la pena comentar son el consumo de sustancias como la marihuana, el crack, cocaína, heroína, entre otras. Al respecto de los riesgos durante el proceso migratorio, Sánchez (2020) encontró que 31.4 % de las personas que vivieron en Estados Unidos más de seis meses, adquirieron alguna nueva adicción; las más frecuentes fueron el cristal (9.4%) y la marihuana (6.6%) (Sánchez *et al.*, 2020).

La diabetes mellitus es otra patología con alta incidencia en inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. Diversos estudios revelaron que la mayoría de los mexicanos (75%), en comparación con la población no hispana, presentaba en 2014 descontrol metabólico de la glucosa, generalmente con hemoglobina glucosilada mayor a 9% (normal, menos de 5.7%). También se ha asociado esta alta incidencia con el tiempo de estancia de los inmigrantes en Estados Unidos: a mayor tiempo, mayor será la probabilidad para que las personas presenten diabetes. Es más, se ha reportado que en los migrantes mexicanos, la prevalencia de esta enfermedad se elevó de 10.9% en México (2002) a 24% en Estados Unidos (Secretaría de Salud, 2011: 29-31; Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo, 2016; Ceja, Lira y Fernández, 2014: 291-306).



Existe una gran cantidad de consultorios médicos a la salida de la garita El Chaparral en Tijuana, Baja California, cuyos usuarios son principalmente migrantes latinos que viven en Estados Unidos.

Más de la mitad de los migrantes adultos padece de hipertensión, así como dislipidemia y sedentarismo, aunque si se compara este porcentaje con los adultos blancos no hispanos será mayor la prevalencia en ellos, así como la mortalidad por enfermedades cardíacas (Secretaría de Salud, 2011: 29-31; Flynn *et al.*, 2015: 133; Chakraborty *et al.*, 2003). En el caso del cáncer, su tasa de morbilidad también se encuentra disminuida en comparación con la de los blancos nativos de Estados Unidos (Secretaría de Salud, 2011: 29-31; Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo, 2016; Ceja, Lira y Fernández, 2014: 291-306; Chakraborty *et al.*, 2003).

En 2006, el National Center for Health Statistics (Health, United States) reportó, dentro de las diez primeras causas de muerte tanto en migrantes mexicanos como en mexicano-americanos, enfermedades crónico-degenerativas como: enfermedades del corazón; cáncer (mama y cervicouterino principalmente); cerebrovasculares; diabetes mellitus; del hígado y

respiratorias. Llama la atención, en el caso de los hombres, que dentro de las primeras diez causas estén los accidentes en tercera posición, en sexta los homicidios y en octava el suicidio (citado por Macedo, 2014: 14).

En este sentido, mucha de la población migrante en Estados Unidos sufre enfermedades y accidentes relacionados con riesgos de trabajo. Por ejemplo, los trabajadores agrícolas tienen elevados riesgos de lesiones musculoesqueléticas o dermatológicas (Arcury *et al.*, 2014: 454-463). Más aún, tienen riesgo de presentar intoxicación por fertilizantes y sustancias organofosforadas utilizadas como fertilizantes o plaguicidas en las granjas agrícolas (Quandt *et al.*, 2014). Los trabajadores de la construcción y reparación de techos de casas están expuestos a presentar lesiones graves por caídas, accidentes con maquinaria y equipo, como las pistolas de clavos neumáticas (Albers *et al.*, 2013: 17-18). Los pintores, que están expuestos a solventes, pueden presentar enfermedades de evolución prolongada y subclínica, que sólo se detecta después de meses o años de exposición, cuando aparecen enfermedades mieloproliferativas o linfoproliferativas, como las leucemias, anemias aplásicas, trombocitopenias, entre otras, que generan daño irreversible y de mal pronóstico (Kasper *et al.*, 2016).

Otro grupo donde participan inmigrantes regulares e irregulares, son los trabajadores de limpieza, que además de trabajar con sustancias peligrosas, están expuestos a todo tipo de desechos materiales y orgánicos, que los hacen vulnerables a contraer diferentes patologías infecciosas, como la hepatitis B y C; VIH; heridas y lesiones por objetos punzocortantes; algunos tipos de cáncer y anemias graves; lesiones dérmicas, oftálmicas, ataques de asma o alergias por la exposición a diversos productos químicos cáusticos o irritantes, así como olores fuertes, incluso envenenamiento, en caso de mezclar los productos de limpieza de forma inapropiada (Pechter *et al.*, 2009: 46; Kasper *et al.*, 2016)

La migración impacta no sólo físicamente al individuo, sino que además puede tener repercusiones en su salud mental. Durante el proceso migratorio el individuo se ve sometido a diferentes tipos de pérdidas (familia, costumbres, amigos, vivienda, etc.), denominado duelo migratorio. Estas condiciones generan necesidades que en ocasiones superan su capacidad de adaptación, por lo que cada día aumenta el riesgo de padecer depresión, ansiedad o el síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego) (Consejo Nacional de Población y Fundación BBVA Bancomer, 2017; Delgado, 2013).

Achotegui (2008), consideró que existen siete duelos en las personas que migran: “[...] en relación a la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos”. Estos duelos se pueden presentar en mayor o menor medida en todas las personas, considerando que no es lo mismo emigrar de forma regular sin ninguna complicación, que hacerlo en condiciones extremas, donde se viven experiencias traumáticas y no es posible la elaboración del duelo, generando una crisis emocional permanente que puede ser confundida con otras entidades, como depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos adaptativos, entre otros. Por ello el abordaje multidisciplinario del migrante es básico en las diferentes etapas del proceso migratorio (Consejo Nacional de Población y Fundación BBVA Bancomer, 2017; Delgado, 2013; Achotegui, 2008; Flynn *et al.*, 2015).

Es importante resaltar que México cuenta con el mayor grupo de emigrantes en Estados Unidos (más de 13 millones) y que 6.4 millones de ellos, no cuentan con aseguranza que cubra las necesidades médicas ni odontológicas básicas, lo que representa el 59% de la población. En este sentido, los sectores encargados de brindar salud serán el público y el privado, muchos de los enfermos tienen que recurrir a la automedicación, medicinas tradicionales, consultas telefónicas con familiares en México, inclusive viajando hasta la frontera (Secretaría de Salud, 2011: 29-31). El problema se agrava cuando se trata de atención odontológica debido a los altos costos en ese país y a que muchas personas no la consideran prioritaria (Tenorio y Arredondo, 2018).



La atención odontológica de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos suele ser todavía más insuficiente que la consulta médica, por considerarla poco necesaria y muy costosa.

Al conversar con personas migrantes del sexo masculino, se comenta que no van a consulta médica u odontológica por dos causas principalmente: por no dejar de trabajar (económicas) o por machismo (se consideran muy fuertes) (Tenorio y Arredondo, 2018). En el caso de las mujeres, que visitan las clínicas de salud con mayor frecuencia, también se observa que no compran el medicamento o no regresan para el seguimiento, también por motivos económicos o porque se “sienten mejor”, no concluyendo el tratamiento. Esta situación incrementa la frecuencia de complicaciones de enfermedades y los costos de atención a largo plazo, ya que cuando los pacientes finalmente

enferman, la evolución suele estar muy avanzada y requiere manejo hospitalario, incluso puede ser motivo de retorno a México.

Etapa 5. Retorno

La etapa de retorno es un tanto complicada y triste para muchos de los que emigraron y vivieron en Estados Unidos. La intensidad de las emociones va a depender de algunas variables, como el motivo por el que regresan, si fue un retorno voluntario o forzado por deportación; del tiempo que vivieron en aquel país; si dejaron o no familiares estadounidenses; de su estado de salud; si queda familia en México o ya no, etcétera.

González-Block y De la Sierra-De la Vega (2011) llevaron a cabo un estudio transversal en 2008, con 2,101 migrantes mexicanos retornados a México, después de vivir en Estados Unidos, para ser atendidos en hospitales de 10 ciudades fronterizas, con alto flujo de migrantes. Se encontró que 1,609 ingresaron en hospitales públicos (76.6%) y 492 en hospitales privados (23.4%). Las patologías reportadas con mayor frecuencia en esta muestra fueron: traumatismo (56%); complicaciones de diabetes (38%); cirugía electiva (36%); VIH-Sida (20%); insuficiencia renal crónica (18%); cáncer (18%); otras crónicas (14%); enfermedades respiratorias (13%); mordedura de animales y deshidratación (7%) y trastornos psiquiátricos (4%).

CONCLUSIONES

La globalización, la migración y la salud son fenómenos que no pueden ser detenidos por las fronteras. El tránsito migratorio debe ser vigilado de cerca, no sólo para garantizar los derechos humanos de las personas, sino también para minimizar los riesgos sanitarios que se derivan de este fenómeno. Por tal motivo, será fundamental que las políticas de protección a la salud incluyan la atención de los migrantes, no sólo para que no se enfermen y puedan continuar su camino o trabajar, sino para garantizar la seguridad sanitaria de los habitantes de este país.

Hasta el día de hoy, el fenómeno migratorio en México se ha mantenido en el discurso político como un problema prioritario, dadas las grandes movilizaciones de personas que van de todos los estados de la República y que vienen desde Centroamérica atravesando el país hacia Estados Unidos. En el

último año, se ha llegado al uso de la Guardia Nacional en ambas fronteras (norte y sur), para tratar de contener esta emigración. Por otro lado, está la enorme necesidad que ha tenido México históricamente de que la gente emigre y genere mayores cantidades de remesas para contribuir con el gasto público, más ahora que el gobierno en turno no tiene mecanismos propios para generar recursos, salvo la recaudación fiscal y las remesas enviadas desde el exterior. Pese a estos factores, el Estado ha sido incapaz de generar programas y políticas migratorias y de salud que tengan algún impacto positivo para garantizar la salud de los migrantes desde su salida del hogar, durante el tránsito y en el retorno al país. Los programas que existen (Mujer Migrante, Programa Temporal de Regularización Migratoria, Seguro Popular, “Vete sano, regresa sano”, Programa Frontera Sur, etcétera), no dan respuesta a las necesidades asistenciales y sanitarias de esta población; se limitan a acciones de carácter informativo, promoción y regulación migratoria. De igual modo, la legislación al respecto de la protección al migrante está presente en leyes y reglamentos, sin embargo, no se lleva a cabo de manera adecuada.

Resulta de vital importancia que la Secretaría de Salud desarrolle protocolos de manejo para la atención de los migrantes en toda la República, con énfasis en las regiones de mayor movilidad. Dichos protocolos deberán incluir sistemas de cribado o tamizaje, que permitan detectar personas con alto riesgo sanitario. Asimismo, normar mecanismos de abordaje inter y transdisciplinarios que garanticen el manejo biopsicosocial de estas personas. Además, las instituciones de educación superior deberán incorporar este tema en el currículum de pregrado de las carreras de Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología y todas las involucradas en el manejo de esta población vulnerable.

Por último, es importante llamar a reflexionar al respecto del papel que juega México como proveedor de fuerza de trabajo a los Estados Unidos, invirtiendo grandes cantidades de dinero en educar, formar, alimentar, brindar servicios de salud, etcétera, a millones de migrantes que se van jóvenes y sanos y son retornados, en muchos de los casos —como lo señalan algunas de las investigaciones citadas en este capítulo—, enfermos, cansados, con adicciones, frustrados, deprimidos y muchos inactivos laboralmente, cuando han dejado de ser productivos a ese país, convirtiéndose en una carga social y económica para México.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraído-Lanza, Ana. F.; María T. Chao, y Karen R. Flores (2005). "Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox". *Social Science & Medicine* 61 (6): 1243-1255.
- Achotegui, Joseba (2008). "Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente* 11: 1695-8691 [en línea]. Disponible en: <<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Achotegui-Joseba-11.pdf>>.
- Albers, James T.; Stephen D. Hudock, y Brian D. Lowe (2013). "Residential building stakeholders' attitudes and beliefs regarding nail gun injury risks and prevention". *New Solutions* 23 (4): 577-605.
- Albo, Adolfo, y Juan L. Ordaz (2011). "La migración mexicana hacia Estados Unidos: una breve radiografía". *Revista BBVA Research* 5 (11): 3-9.
- Antecol, Heather, y Kelly Bedard (2006). "Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels?" *Demography* 43 (2): 337-360.
- Arcury, Thomas A.; Guadalupe Rodriguez; Gregory D. Kearney; Justin T. Arcury, y Sara A. Quandt (2014). "Safety and injury characteristics of youth farmworkers in North Carolina: a pilot study". *Journal of Agromedicine* 19 (4): 354-363.
- Arenas, Pablo, y Alfonso Urzúa (2016). "Estrategias de aculturación e identidad étnica: un estudio en migrantes sur-sur en el norte de Chile". *Universitas Psychologica* 15 (1): 117-128.
- Bustos, Laura.; Pedro P. de Santiago; Miguel Ángel Martínez, y Miriam Rengifo (2019). "Discursos de odio: una epidemia que se propaga en la red. Estado de la cuestión sobre el racismo y la xenofobia en las redes sociales". *Mediaciones Sociales* 18: 25-42.
- Cabieses, Báltica; Piedad Gálvez, y Nassim Ajraz (2018). "Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 35 (2): 285-291.
- Calvillo, Claudia A.; Verónica M. Vargas; Andrea P. Náñez; Diana España, y Carolina Martínez (2019). "Fenomenología de la migración y género. Retos para la psicología". *Revista Alternativas Cubanas en Psicología* 7 (20): 89-103.

- Casillas, Rodolfo (2008). *Mapeo Ruta Migrante. A-Gen* [en línea]. Disponible en: <<http://arquitectosconlagente.com/ruta-migrante-mapeo/>>. (Consulta: 9 de junio de 2020).
- Castellano, Nicolás (2017). “500 incidentes racistas y xenófobos durante 2016”. *Cadena SER*, 21 de marzo de 2017 [en línea]. Disponible en: <https://cadenaser.com/ser/2017/03/20/sociedad/1490034920_008733.html>. (Consulta: 22 de enero de 2019).
- Castro, Nazaret (2016). “Los flujos migratorios de América latina”. *Revista Esglobal* [en línea]. Disponible en: <<https://www.esglobal.org/los-flujos-migratorios-intrarregionales-en-america-latina/>>. (Consulta: 20 de marzo de 2020).
- Ceja, Alejandra; Jennifer Lira, y Eduardo Fernández (2014). “Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos”. *Revista RA XIMHAI* 10 (1): 291-306.
- Chakraborty, Bandana M.; William H. Mueller; Rebecca Reeves; Walker S. Poston 2nd.; Deanna M. Holscher; Beth Quill; Craig L. Hanis, y John P. Foreyt (2003). “Migration history, health behaviors, and cardiovascular disease risk factors in overweight Mexican-American women”. *Ethnicity & Disease* 13 (1): 94-108.
- Chávez, Ana M., y Antonio Landa (2015). “Rutas, medios de transporte y sitios peligrosos del migrante por México”. *Paso Migrante* [en línea]. Disponible en: <<https://mexicopasomigrante.wordpress.com/2015/06/01/rutas-medios-de-transporte-y-sitios-peligrosos-de-el-migrante-por-mexico/>>. (Consulta: 20 de mayo de 2020).
- Chiarotti, Susana (2003). “La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos”. *Naciones Unidas/CELADE/CEPAL-SERIE Población y Desarrollo* 39: 1-31.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2011). *Informe especial sobre secuestro de migrantes en México. CNDH* [en línea]. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2011_secigrantes.pdf>. (Consulta: 12 de septiembre de 2019).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2018). “Acompañamiento de la CNDH al éxodo migratorio de personas de Centroamérica”. *Gaceta* (341): 31-32.

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Informe de actividades. Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017. (2018). [en línea]. Disponible en: <http://informe.cndh.org.mx/images/uploads/menus/30110/content/files/Informe_cndh_2017.pdf>.
- Consejo Nacional de Población; Fundación BBVA, y BBVA Research (2017). *Anuario de Migración y Remesas*. México: Conapo-Fundación BBVA-BBVA Research.
- Consejo Nacional de Población. Mexicanos en Estados Unidos-Datos, gráficos y mapas (Cifras 2017 y 2018) (2018). [en línea]. Disponible en: <<https://www.gob.mx/conapo/articulos/mexicanos-en-estados-unidos-datos-graficos-y-mapas-cifras-2017-y-2018?idiom=es>>.
- Consejo Nacional de Población; Fundación BBVA, y BBVA Research (2019). *Anuario de Migración y Remesas México 2019*. México: Conapo-Fundación BBVA-BBVA Research.
- Delgado, Sergio (2013). El síndrome de Ulises: El impacto psicológico de la emigración. *Psicología en la Red* [en línea]. Disponible en <<http://www.psicologiaenlared.com/el-sindrome-de-ulises-el-impacto-psicologico-de-la-emigracion/>> (Consulta: 18 de febrero de 2019).
- Fajardo, Marcela; María I. Patiño, y Camila Patiño (2008). “Estudios actuales sobre aculturación y estudios en inmigrantes: revisión y perspectivas”. *Revista Iberoamericana en Psicología* 1 (1): 39-50.
- Fernández, Miguel A.; Jacqueline B. Roo; Rocío Dávila; Johanna Montalvo; María C. da Costa; Andrea de Angulo; Alan E. Barrell, y Daniel A. Alarcón (2018). “La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica”. *Revista Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade* (Supl 1): 84-112.
- Ferrer, Raquel; Jorge Palacio; Olga Hoyos, y Camilo Madariaga (2014). “Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales”. *Psicología desde el Caribe* 31 (3) (septiembre-diciembre): 557-576. DOI: <<http://dx.doi.org/10.14482/psdc.31.3.4766>>.
- Fichter, Joseph (2008). Sociología. México: Herder, 18: 35.
- Flynn, Michael A.; Tania Carreón; Donald E. Eggerth, y Antoniette I. Johnson (2015). “Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre migración entre México y los Estados Unidos”. *Revista de Trabajo Social UNAM* (6): 129-149.

- Fuertes, C., y M. A. Martín Laso (2006). “El inmigrante en la consulta de atención primaria”. *Anales Sistema Sanitario de Navarra* 29 (suppl 1): 9-25.
- González Barea, Eva M. (2008). “Un proceso migratorio (pre-migración, migración y post-migración) estudiantil: jóvenes marroquíes en la Universidad de Granada”. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 10 (2): 1-13.
- González-Block, Miguel A., y Luz A. De la Sierra-De la Vega (2011). “Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs”. *BMC Public Health*, 11: 241.
- González, Adrián (2012). “La pobreza alimentaria, patrimonial y de capacidades en México en el período 1994-2010”. *Blogspot* [en línea]. Disponible en: <<http://adriangonzalezcano1cv2.blogspot.com/>>. (Consulta: 11 de diciembre de 2019).
- Guerrero-Ortiz, Martha, y Martha C. Jaramillo-Cardona (2015). “Deportación y violación de los derechos del migrante en ambas fronteras”. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales* 22 (69): 85-106.
- Gutiérrez, Dante (2017). “Migración. Nueva ruta del tráfico de migrantes en México, la Bestia del mar”. *Diario La Izquierda* [en línea]. Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.mx/Nueva-ruta-del-trafico-de-migrantes-en-Mexico-la-Bestia-del-mar?id_rubrique=1714>. (Consulta: 5 de junio de 2020).
- Informe Raxen (2018). “Racismo, xenofobia, antisemitismo, islamofobia, neofascismo, homofobia y otras manifestaciones relacionadas de intolerancia a través de los hechos. Especial 2018. La mundialización de la intolerancia normaliza el odio identitario” [en línea]. Disponible en: <www.informeraxen.es/wp-content/uploads/2019/03/RAXEN-ESPECIAL-2018.pdf>. (Consulta: 23 de mayo 2022).
- Kasper Dennis; Stephen Hauser; Larry Jameson; Anthony Fauci; Dan Longo, y Joseph Loscalzo (2016). *Harrison. Principios de medicina interna*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Leyva, René; César Infante, y Frida Quintino (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud*. México: Instituto de Salud Pública.
- López, Vladimir (2013). “Desarrollo, migración y seguridad: El caso de la migración hondureña hacia Estados Unidos”. *Migración y Desarrollo* 11

(21): 65-105.

López, Ricardo (2015). “Pobreza alimentaria, seguridad alimentaria y consumo alimentario: una aproximación para el caso de México”. *Revista Chilena de Economía y Sociedad* 9 (1): 29-48.

Macedo, Alejandro Román (2014). “Salud y asimilación de los migrantes mexicanos en Estados Unidos”. *Iberóforum. Revista de las Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IX (18) : 1-21.

Martín Zurro, A.; J. F. Cano Pérez, y J. Gené Badia (2019). *Atención primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. Madrid: Elsevier.

Martínez de la Peña, Mónica; Graciela Martínez; Juan de Dios Orea, y Luis F. Ramos (2018). *Prontuario sobre poblaciones migrantes en condiciones de vulnerabilidad*. México: Unidad de Política Migratoria, Subsecretaría de Población/Migración y Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación.

McAuliffe, Marie, y Binod Khadria (2019). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones.

Médicos Sin Fronteras (2019). *MSF en la ruta de migrantes y refugiados* [en línea]. Disponible en: <<https://www.msf.mx/MigrantesyRefugiados>>. (Consulta: 15 de mayo de 2020).

Membrillo, Apolinar; Miguel A. Fernández; José R. Quiroz, y José L. Rodríguez (2008). *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. México: Editores de Textos Mexicanos.

Nájar, Alberto (2015). “México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar por La Bestia”. *BBC Mundo* [en línea]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/01/150116_migracion_mexico_centroamerica_nuevas_rutas_an>. (Consulta: 10 de octubre de 2019).

Noticieros Televisa (2020). “Migrantes: más de mil migrantes intentan entrar a México por Tabasco”. En *Televisa. NEWS* [en línea]. Disponible en: <<https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/mas-mil-migrantes-intentan-entrar-mexico-tabasco/>>. (Consulta: 10 de octubre de 2019).

Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo (2016). *Las migraciones en las fronteras en Iberoamérica*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Organización Internacional para las Migraciones, Universidad Pontificia de Comillas y OBIMID (2017). *Estudio: Migración y desarrollo en Iberoamérica*.

Madrid: OIM.

Pechter, Elise; Lenore S. Azaroff; Isabel López, y Marcy Goldstein-Gelb (2009). “Reducing hazardous cleaning product use: a collaborative effort”. *Public Health Reports* 124 (Suppl 1): 45-52.

Quandt, Sara A.; Jill C. Newman; Rita Pichardo-Geisinger; Dana C. Mora; Haiying Chen; Steven R. Feldman, y Thomas A. Arcury (2014). “Self-reported skin symptoms and skin-related quality of life among Latino immigrant poultry processing and other manual workers”. *American Journal of Industrial Medicine* 57 (5): 605-614.

Recamier, Mariana (2018). “Migrante. Albergues, comedores y organizaciones de ayuda a migrantes en México”. Revista *Migración: Historia e Identidad* [en línea]. Disponible en: <<https://www.reporteindigo.com/reporte/albergues-comedores-organizaciones-ayuda-migrantes-en-mexico/>>. (Consulta: 5 de mayo de 2019).

Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes. Migrantes en México: recorriendo un camino de violencia (2019) [en línea]. Disponible en: <<https://www.comillas.edu/en/obimid-news/13216-la-red-de-documentacion-de-las-organizaciones-defensoras-de-migrantes-presenta-el-nuevo-informe-migrantes-en-mexico-recorriendo>>.

Salgado de Snyder, V. Nelly; Tonatíuh González; Ietza Bojórquez; César Infante (2007). “Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos”. *Salud Pública de México* 49: 8-10.

Sánchez-Núñez, Flor M.; Miguel A. Fernández-Ortega; Rocío Dávila-Mendoza; Efrén R. Ponce Rosas; Yossadara Luna-Téllez, y Sasha Meléndez-Álvarez (2020). “Los factores de riesgo a la salud durante el proceso migratorio en México”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 36 (4): 1-10.

Secretaría de Salud (2011). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud del Migrante*. México: Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social. [en línea]. Disponible en: <<https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/11/Programa-de-Acci%C3%B3n-Espec%C3%ADfico-2007-2012-Salud-del-Migrante.pdf>>. (Consulta: 15 de octubre de 2019).

Székely, Miguel, y Araceli Ortega (2014). “Pobreza alimentaria y desarrollo en México”. Revista *El Trimestre Económico* 81 (321): 43-105.

- Tenorio, Yunuen, y Armando Arredondo (2018). "Utilización de los servicios de salud en la población migrante de Estados Unidos". *Revista Horizonte Sanitario* 17 (2): 89-94.
- Torres, Felipe; Yolanda Trápaga; Javier Delgadillo; José Gasca; David Ocegüera; Noé Arroyo; Teodoro Aguilar, y Héctor Cortés (2013). *Seguridad alimentaria: seguridad nacional*. México: Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM.
- Torres, Felipe, y Agustín Rojas (2015). "Política económica y política social en México: desequilibrio y saldos". *Revista Problemas del Desarrollo* 46 (182): 41-65.
- Valtolina, Giovanni G. (2019). "Procesos de aculturación, identidad étnica y menores migrantes". *Rivista Interdisciplinaria da Mobilitate Humana* 27 (55): 31-47.
- Vearey, Jo; Charles Hui, y Kolitha Wickramage (2019). "Migración y salud: cuestiones actuales, gobernanza y lagunas en los conocimientos". *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*, 227-247. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones.
- Wickramage, Kolitha; Jo Vearey; Anthony B. Zwi; Courtland Robinson, y Michael Knipper (2018). "Migración y salud: una prioridad global de investigación en salud pública". *BMC Public Health* 18 (1): 987.

Capítulo 9

Salud/enfermedad en el proceso de *tránsito* de los desplazamientos internos forzados

Luz María Salazar Cruz

Profesora-investigadora en El Colegio Mexiquense A.C.

[\[Regresar al índice \]](#)

Las primeras veces que entré en contacto con grupos de campesinos desplazados por la guerra sentí que mucho de su proceder mostraba trazas de delirio paranoide: estaban constantemente alertas, multiplicaban las instancias de vigilancia, no se fiaban de nadie desconocido, sospechaban de todos cuantos se acercaran a ellos, escrutaban los gestos y las palabras en busca de posibles peligros. Y, sin embargo, conocidas las circunstancias por las que habían pasado, los peligros reales que aún les acechaban, así como su indefensión e impotencia para enfrentar cualquier tipo de ataque, uno llegaba pronto a comprender que su comportamiento de hiper desconfianza y alerta no constituía un delirio persecutorio fruto de sus ansiedades, sino el planteamiento más realista posible dada su situación vital... Se trataba, sin lugar a duda, de la reacción más normal que podía esperarse ante las circunstancias que les tocaba enfrentar (Martín-Baró, 1998: 504).

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan algunos de los resultados del proyecto “Desplazamiento interno forzado por violencia en México”. Las situaciones de salud y enfermedad en contextos de violencia nos plantean preguntas específicas sobre la contribución de estas dinámicas al deterioro de la salud. En este texto se presentan resultados del trabajo de campo realizado en 2019 sobre la vulneración de la salud en un grupo de población desplazada por violencia en la montaña guerrerense.

Los conceptos de salud y enfermedad están vinculados al ámbito social/cultural que define el estado de habilitación de un ser humano para realizar actividades necesarias, oficios, aprendizajes, que derivan en prácticas creativas, funcionales, ordinarias y extraordinarias, tributarias todas de la reproducción social e individual (Areco *et al.*, 2015: 167). Es decir, el estado de

salud permitiría la adquisición de conocimientos y entrenamientos que aporten decididamente a la capacidad de habilitación *típica* del individuo en algún campo de la vida social; o lo contrario, el estado de enfermedad impediría la ejecución de actividades típicas vinculadas al desarrollo y la subsistencia. Entre los dos puede haber un campo de intersección tolerable a la salud y a los padecimientos o episodios de enfermedad, que permita bajo condiciones controladas mantener los procesos de actividad o trabajo cotidianos.

¿De qué depende el mantenimiento de un estado de salud o de procesos de recuperación y preservación de los individuos? A reserva de que la relación entre salud y enfermedad sea contingente a factores endémicos, epidémicos, congénitos, genéticos y/o de predisposición individual, y a otros factores eventuales de salud pública, también es válido afirmar que la adaptación, estabilidad y equilibrio del contexto reproductivo tradicional (alimentación, vivienda, campo social de desarrollo humano locales, que testimonian la sobrevivencia generacional); el acceso a los medios necesarios de salubridad (servicios públicos como agua, energía y otros), y el acceso a los recursos de salud (médicos, hospitalarios, terapéuticos u otros servicios especializados al padecimiento específico), contribuyen de manera codeterminante al mantenimiento del estado de salud y/o a eficaces procesos de recuperación.

De esta manera podríamos afirmar que el déficit o la pérdida de cualquiera de estos elementos básicos de contexto, pondría en crisis y/o en riesgo las posibilidades de sobrevivencia en el esquema de salud, o de salud/enfermedad tolerable. Las posibilidades de sobrevivencia individual y comunitaria específicas vinculan además la adaptación física, mental, subjetiva y laboral de las comunidades al medio y sus recursos. A esto habría que enlazar que las tradiciones emocionales en la construcción de las relaciones sociales (familia, pareja, tejido social, esquemas de autoridad, de reconocimiento, etcétera), tienen una trascendencia decisiva en la percepción de eventos transgresores y/o disruptores, tales como lo son el conflicto, las amenazas a la sobrevivencia, la violación a los derechos fundamentales y cualquier otra expresión de violencia, ocasionados por agentes internos o externos a las colectividades de convivencia, todos los cuales generan episodios traumáticos^[1] (Marty, 1992) en uno o varios campos de la salud de los individuos, lo que desde la perspectiva psicosomática de Marty se considera que rebasa las condiciones acostumbradas:

Cuando la disponibilidad combinada del aparato mental y de los sistemas de comportamiento se encuentra desbordada, puesta en jaque por una situación nueva, es el aparato somático el que responde.

El rebasamiento de las posibilidades de adaptación corresponde en psicósomática a la noción de traumatismo. El efecto desorganizante final sobre los aparatos mental y somático define al traumatismo.

Son ejemplos de traumatismos: la pérdida de un ser querido, de una función profesional o familiar, pérdida de una relación amorosa o sexual, pérdida de un grupo al que se pertenecía, pero también pérdida de un sistema de vida anterior, pérdida de una función fisiológica o mental [...] (Marty, 1992: 62).

De esta manera, los traumatismos provocan la desorganización de los elementos funcionales que afectan el sueño, el autodomínio, la autonomía, la reflexión, en tanto y en cuanto no haya forma de frenarla o no se activen o no se puedan activar mecanismos para detener o dominar los eventos caóticos (Sami-Ali, 2020).

Los traumatismos afectan en primer lugar al aparato mental, que busca así dar trámite en el interior de sí mismo a la variación de excitaciones que aquellos provocan. De esta manera el aparato mental bloquea, tapon y atempera o no, los movimientos de desorganización antes que lleguen al terreno somático (Marty, 1992: 63).

Tal es el marco de alteración en las condiciones de salud y salud/enfermedad tolerable a las formas tradicionales de sobrevivencia de comunidades rurales en la montaña de Guerrero, que se encuentran en proceso de desplazamiento interno forzado por violencia local y regional; violencia vinculada a las dinámicas del narcotráfico y el crimen organizado, que han orillado a las poblaciones a huir de su hábitat, alterando sus esquemas tradicionales de vida y sobrevivencia.

El objetivo de este capítulo es analizar las posibles experiencias traumáticas durante el proceso de tránsito en el de desplazamiento interno forzado por violencias y su relación con la salud psicósomática de la población desplazada, particularmente en las mujeres que son madres desplazadas de localidades de las montañas guerrerenses. El capítulo está integrado por seis grandes apartados. En el primero de ellos se presenta una breve discusión en torno a la importancia de emplear la perspectiva psicósomática en el estudio del desplazamiento interno forzado. En el segundo se describe la metodología empleada, la cual se fundamenta en el análisis cualitativo. El tercer apartado

contiene una discusión que aborda la relación entre violencia local y salud psicosomática. El cuarto apartado presenta algunas reflexiones sobre desplazamiento interno forzado y los riesgos a la salud. En el quinto se presentan los resultados del análisis empírico y en el sexto se ofrecen algunas conclusiones.

SOBRE LA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA

La perspectiva psicosomática concibe la salud como equilibrio relacional del *cuerpo propio*[2] en su doble pertenencia, física y psíquica; como una unidad que se afecta recíprocamente, sin minimizar o sobrevalorar la experiencia psíquica (cuerpo imaginario) ni la sintomatología somática (cuerpo real) como causales independientes u opuestas de la salud o patologías (Sánchez y Gómez, 2017: 12; Sami-Ali, 1999b: 13). Es necesario aclarar que lo psíquico está conformado por las experiencias subjetivas (sensibles); por las formas de relacionamiento (desde las primarias que perfilan el sentido de la interrelación, hasta las del adulto/a que pasan por muchos procesos de transformación) (Bollas, 1987: 32-35), y por lo imaginario (percepciones, imaginación, pensamiento), esquemas de representación que se vuelven comportamientos (Sami-Ali, 1999b: 13-14, 33).[3] En este sentido, el modelo psicosomático de Sami-Ali es multidimensional en los procesos de somatización, y diferencia tres modalidades de somatización “[...] que van de lo visible a lo invisible, de lo localizable a lo ilocalizable, de la superficie a las profundidades: lo figurado, lo literal y lo neutro. Grados de pasaje del cuerpo imaginario al cuerpo real [...] pasaje que significa [...] dos funciones dialécticas que hacen aparecer al cuerpo bajo el ángulo de lo imaginario y lo real, según que esté o no llevado por la proyección” (Sami-Ali, 1999b: 30, 2011).

De esta manera, la somatización estaría directamente vinculada a lo imaginario como función, pero la somatización no es exclusivamente resultado de factores internos. Es más, los factores internos serían determinantes en situaciones extremas, sin salida, de gran conflicto para el o los sujetos, situaciones de desbordamiento de las capacidades comprensivas y adaptativas, y de soluciones inimaginables antes, a fin de volver a lograr un estado de equilibrio, aunque bajo el influjo de otras o nuevas condiciones (comprensiones, conocimientos, adaptaciones, tratamientos). Según Marty (1992: 61), el enfoque psicosomático tiene límites:

La psicosomática no puede dar cuenta de todo dentro del campo de las enfermedades graves, de otros determinismos, que conciernen más precisamente a la evolución, la naturaleza (¿Por qué un cáncer en lugar de una enfermedad autoinmune?) Y la localización (¿Por qué un cáncer de mama en lugar de un cáncer intestinal?) de las afecciones.

Las enfermedades somáticas, resultan por regla general, de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le toca vivir. Esto es cierto ya para los primeros tiempos del desarrollo. Como las condiciones de vida nunca se presentan de manera adecuada, el individuo se debe adaptar lo mejor posible a ellas, con los medios de los cuales dispone, y dentro de los límites que él tolere según su edad, según el lugar y según los momentos.

Algunos aspectos permiten reflexionar sobre los impactos de la violencia regional reciente en la salud-enfermedad de las poblaciones desplazadas, desde la perspectiva psicosomática:

- El estado de salud-enfermedad del ser humano es el resultado de un largo proceso histórico cuya existencia individual, familiar y colectiva se construye en la trama de las relaciones sociales (Granados, 2001: 39-40; Martín-Baró, 1998: 506-507).
- Nos interesa resaltar las crisis individuales y colectivas señaladas por la población y particularmente por las mujeres madres como una expresión o posible afectación a la salud psicosomática, toda vez que “[...] La salud psicosomática no es un equilibrio de ‘los contrarios’ ‘psíquico’ y ‘somático’, sino el bienestar de ‘la relación’ logrado por la persona en su mundo, uno incluye a otro para dar lugar a esa nueva realidad de la totalidad psicosomática” (Sánchez y Gómez, 2017: 13). Es justamente el enfoque psicosomático que nos indica el riesgo al deterioro de la salud, a partir de la separación y/o destrucción de su espacio de vida ocurrido por desplazamiento forzado.
- Si la salud somática depende más de las prácticas de sobrevivencia históricas, la salud mental tiene también un fundamento en las interacciones que definen las posibilidades de humanización y socialización [...] (Bollas, 1987: 29-35; Martín-Baró, 1998: 503).
- La salud psicosomática constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y los grupos, más que un estado individual, aunque esa dimensión se arraigue de manera diferente en cada organismo,

generando diversas manifestaciones somáticas (síntomas) y estados (“síndromes”) (Bollas, 1987: 22-35; Martín-Baró, 1998: 504).

- Si la salud o el trastorno psicosomático son parte y consecuencia de las relaciones sociales, la pregunta sobre la salud de un pueblo nos lleva a interrogarnos sobre el carácter específico de sus relaciones comunes y significativas, tanto personales como intergrupales. Esta perspectiva permite apreciar en todo su sentido el impacto que sobre la salud psicosomática de un pueblo pueden tener aquellos acontecimientos que afectan sustancialmente las relaciones humanas, como son las catástrofes naturales, las crisis socioeconómicas [los conflictos armados regionales o locales], o las guerras (Martín-Baró, 1998: 504).
- Estos eventos, particularmente la guerra y los conflictos armados locales y/o regionales, tienen efectos duraderos y trascendentes en la vida de las comunidades, familias e individuos porque conllevan crisis humanitaria, emocional, psíquica y material, debido a su gran contenido de violencia irracional y deshumanizante que rompe todos los consensos (Martín-Baró 1998: 505).
- En México llevamos más de 10 años en que poblaciones campesinas e indígenas, así como también habitantes de centros urbanos, han quedado en medio y/o involucrados en los conflictos de violencia regional y local promovida por poderes de facto del narcotráfico y el crimen organizado. A fin de comprender el posible impacto del conflicto en la salud de los pobladores desplazados, resaltamos tres características: 1) confrontación con las comunidades y pobladores mediante violencias; 2) generación de crisis social en las comunidades, y 3) procesos de desplazamiento (individual, familiar y comunitario).
- La confrontación con las comunidades mediante el uso de la fuerza supone imponerles intereses contrarios a su voluntad, vulnerando todos sus derechos humanos al intentar subordinar y/o abusar de los pobladores; derechos de residencia, sobre el uso y/o despojo de viviendas, tierras, vías, y localización regional; derechos patrimoniales, sobre sus recursos económicos; políticos, sobre sus recursos de autoridad, de defensa individual y colectiva, y derechos comunitarios o bienes comunes, como los recursos naturales utilizados y/o explotados por las comunidades en su sobrevivencia (agua, maderables, minerales).

- Otra característica, vinculada a la anterior, se refiere a las crisis en las relaciones de convivencia local. Bajo el supuesto de que el deterioro en las relaciones sociales daña el tejido de identidad y reconocimientos necesarios para actuar en comunidad, y deshabilita todo consenso logrado en base a tradición y/o norma y/o justicia locales, la crisis intracomunitaria se manifiesta en debilitamiento o ruptura de los vínculos que mantenían el entendimiento permanente, las solidaridades, el manejo de las diferencias y conflictos, y las estrategias para mantener un estado de convivencia (normal). El desconocimiento de las reales causas de la interferencia violenta por los poderes de facto y actores externos, genera un desentendimiento en los códigos de comprensión (colectiva e institucional, en lo local, regional, y hasta nacional), dando paso a una gran confusión que lesiona la fisonomía de las relaciones parentales, sociales, culturales. Los pobladores experimentan que se diluye el poder de cualquier autoridad instituida, tanto como las formas y los contenidos de y en la comunicación.
- A consecuencia del deterioro de las formas de convivencia social, surgen consecuentemente crisis, miedos y desconfianzas que van en detrimento de la capacidad colectiva para diseñar estrategias efectivas de respuesta a fin de contrarrestar o eliminar los nuevos códigos y señales de un régimen intrusivo y violento.
- La tercera característica son los desplazamientos de los pobladores como una consecuencia directa del régimen de violencia impuesto por los poderes de facto. El prototipo de la población civil más afectada por los conflictos de violencia local y regional son los pobladores (campesinos, indígenas, urbano-marginales alcanzados por la criminalidad) que a su vez se convierten preferentemente en las poblaciones de desplazados forzados debido a su mayor vulnerabilidad (Díaz y Romo, 2019: 20; De Marinis, 2019: 30-33, 127-155; Rubio, 2014: 26-27). Esto no significa que el resto de la población civil como empresarios, profesionales de distintas ramas, periodistas, comerciantes, hacendados, etcétera, no sean población susceptible de desplazamiento a causa de las amenazas y acciones de la violencia generalizada (Durin, 2019: 30-44, 185-209, 256-261, 269, 331-357).
- Considerando lo anterior, la hipótesis del capítulo se centra en que el desplazamiento interno forzado a causa de las violencias del narcotráfico

y el crimen organizado en lo local y regional, ocasiona crisis en la salud psicosomática de los pobladores, generándoles alteraciones respecto a su salud inmediatamente anterior, cuando vivían en su residencia habitual y sin la presencia de actores externos que frecuentemente establecen poderes de facto en los territorios a donde llegan. Teniendo en cuenta que el desplazamiento interno forzado es un proceso de tres etapas: salida, tránsito y reasentamiento, resaltamos el hecho de que el *tránsito*, que es quizá el periodo más indefinido y con muchas dificultades para los desplazados, es una etapa de gran exposición, riesgo y/o manifestaciones de crisis, traumas y afecciones a la salud.

ACLARACIONES METODOLÓGICAS

La estrategia metodológica descansa en el análisis cualitativo, específicamente en el desarrollo de entrevistas en profundidad. Las entrevistas abordaban centralmente el proceso del desplazamiento forzado; para este capítulo se aisló analíticamente la información relativa al *tránsito* y los *asentamientos temporales* como un periodo con muchas dificultades de sobrevivencia y que por su duración indefinida suele convertirse en la etapa con mayores obstáculos, restricciones y penalidades. Las entrevistas estructuradas tuvieron una duración aproximada de dos horas, en localidades del estado de Morelos y en Ciudad de México,[4] durante dos diferentes periodos de trabajo de campo (2014 y 2018). Estos dos periodos permitieron ampliar la información etnográfica con líderes y madres fundamentalmente, lo que fortaleció los criterios de interpretación y solidez a la confirmación de los hallazgos.

La selección de información arrojada con base en mujeres madres pertenecientes a las comunidades mencionadas obedece a: 1) que en el segundo semestre de 2014 se realizaron entrevistas a poblaciones desplazadas en diversos estados de la república (Salazar y Álvarez, 2017: 84-91) y el estado de Guerrero estuvo incluido. Entonces se registraron manifestaciones de salud/enfermedad como parte de la información etnográfica en que abundaron espontáneamente pobladores desplazados entrevistados, y 2) que en el primer semestre de 2018 algunas poblaciones desplazadas de Guerrero llegaron a la Ciudad de México, realizaron plantones frente al Palacio Nacional y se establecieron contactos y conversaciones con ellas, las que posteriormente se continuaron cuando algunos de ellos se establecieron temporalmente en

localidades de Cuautla, en el estado de Morelos. Además, se mantiene comunicación vía telefónica y redes con líderes comunitarios que han permitido corroborar algunos datos.

Para este análisis se tienen en cuenta las entrevistas a 25 mujeres madres, cuya identidad se protege por criterios de seguridad; mujeres madres que se encontraban en comunidades diferentes a las de su residencia habitual, en proceso de tránsito por desplazamiento forzado. En el caso de las mujeres, el criterio de selección fue que se tratara de mujeres madres que se habían desplazado con su familia en contexto de violencia. Es preciso resaltar que las mujeres madres presentaron su situación, destacando y vinculándola al estado de su familia, es decir, ella con sus hijos, dependientes, esposos, parientes y en algunos casos vecinos, o sea su familia de procreación y en algunos casos su familia social (los vecinos o la comunidad) desplazados. De esta manera, ellas son un receptor y emisor central en la entrevista, de quienes se obtuvo una información etnográfica muy importante, y particularmente quienes expresaron datos sobre las manifestaciones de salud/enfermedad durante el periodo de tránsito (síntomas reconocibles para ellas como cambios en su estado de salud hacia estados de enfermedad). Este punto es importante porque permite interpretar y hasta inferir la posible relación vinculatoria entre el estado existencial de ella/familia/parientes/comunidad en proceso de desplazamiento/tránsito y las manifestaciones de salud/enfermedad que surgieron en la etapa de tránsito.

El trabajo de campo realizado y la participación temprana en el Seminario de Migración, Trabajo y Salud, sus lecturas y discusiones, coadyuvaron a identificar que el estado de salud/enfermedad en los diferentes grupos de población desplazada era un ámbito importante en este evento migratorio del desplazamiento forzado y cuya información debe ser analizada desde una perspectiva específica. En consecuencia, se aisló heurísticamente la siguiente información: 1) tipo de enfermedad en las mujeres madres; 2) tipo de atención y tratamiento, y finalmente, 3) percepción de la situación de movilidad forzada como causa de posibles trastornos mentales temporales y alteraciones de comportamiento también temporales, en las madres.

En este análisis se tienen en cuenta solamente las manifestaciones que las mujeres madres declararon tener durante el proceso de tránsito. Las enfermedades o padecimientos preexistentes no han sido considerados en este análisis porque no se conocen con exactitud; porque no tenemos la trayectoria

de salud/enfermedad de las mujeres madres en sus residencias históricas; porque tenemos información parcial que corresponde a los cambios percibidos por la población (las mujeres madres) sobre su estado de salud/enfermedad desde que se inició la violencia local y su proceso de desplazamiento forzado. Estas consideraciones pueden representar un gran límite metodológico para llegar a una interpretación más precisa de la relación general que tratamos de explicar. Aun así, consideramos valiosa la información parcial para observar el posible nexo entre el proceso de desplazamiento interno forzado, los tipos de conflicto violento local/regional y el proceso de salud/enfermedad de los pobladores desplazados.

CONTEXTO DE VIOLENCIA LOCAL EN RELACIÓN CON LA SALUD PSICOSOMÁTICA

El contexto de riesgo inicia en los eventos de violencia que han vivido los pobladores de localidades rurales, serranas, mixtas, urbano marginales, en el periodo precedente a la salida y tránsito. Los eventos de violencia se identifican en:

- a. El ingreso a las localidades de personas no locales, imponiendo escenarios de intimidaciones, amenazas, mandatos públicos generales (mandatos con altavoces como por ejemplo: “De ahora en adelante...”), actitudes y comportamientos hostiles que lindan con el abuso e imprimen violencia contra los pobladores. La memoria de los pobladores relata a hombres armados y con indumentaria militar, en camionetas y exhibiendo actitudes arrogantes, ordenando o exigiendo o mandando; se trata de grupos de hombres que no se identifican directamente, pero portan señales (como insignias, emblemas, escudos, armas, camionetas blindadas, etcétera), distintivos que permiten vincularlos claramente a uno de los cárteles, o bandas criminales vinculadas a un cártel. Según los pobladores, situaciones similares ocurren con grupos paramilitares que simulan ser “grupos de autodefensas” o “policías comunitarias”, por lo que resulta muy difícil establecer las diferencias entre ellos o la verdadera identidad de cada uno, y esto les genera un mayor estado de incompreensión, confusión y desconfianza que los intimidan a actuar en

su defensa, o responder o enfrentar de manera contundente y contrarrestar las imposiciones.

- b. Sorpresivos ataques armados a los poblados, disparos, allanamiento de viviendas, tratos agresivos, lo cual constituye toda una metodología de la amenaza ante la que los pobladores quedan atónitos, confundidos, desconcertados, y dicen desconocer la razón de tal agresión. Por supuesto, ocurren hechos fatales contra pobladores, que se convierten en causas precipitadoras del desplazamiento.
- c. El establecimiento de vínculos inciertos con los pobladores. Es decir, se crea un régimen tributario (les exigen a los pobladores varios tipos de aportes: fuerza de trabajo, parte de su producción en especie, participación o cuotas de las remesas económicas que provienen de los familiares en Estados Unidos, silencio, secrecía, obediencia), que, en conjunto, representa una trama autoritaria de imposiciones que lesiona sus libertades y que progresivamente los va alindando hacia la salida o huida.
- d. La expulsión de sus residencias y localidades a través de órdenes directas y finalmente el despojo. Los pobladores narran que a través de altavoces anuncian por todo el poblado que les dan un determinado tiempo para salir (Guerrero y Oaxaca), lo cual indica una orden perentoria de una autoridad de facto sin posibilidades de ser contrarrestada.
- e. En estos escenarios se inician inevitablemente las alteraciones a la salud. Algunos supuestos podrían ayudar a comprender:
 - A nivel individual, puede manifestarse vulnerabilidad personal, incertidumbre y ansiedad ante riesgos que eventualmente podrían y/o deberían enfrentar (el abandono de los espacios personales, familiares, sociales, laborales, escolares, etcétera), o por la pérdida parcial o total de la familia inmediata, o por las separaciones inevitables del desplazamiento fraccionado.
 - En lo familiar, confluyen las vivencias de cada integrante según sus roles. Es decir, un conjunto de demandas y responsabilidades que, ante la inminencia de las amenazas y el desplazamiento, se imposibilitan, lo cual disloca la cotidianidad y el futuro inmediato. Los tutores de la familia no pueden enfrentar, proteger, defender su integridad, la de su familia y su patrimonio, ante un poder de facto,

coactivo y superior. El colectivo familiar debe enfrentar algunas decisiones críticas como quién o quiénes se desplazan primero, hacia dónde, con cuántos recursos si los hay, etcétera; también deben enfrentar el cambio inesperado y obligatorio de sus condiciones de existencia y además un mañana inmediato e incierto. En situaciones en las que no pueden comprender completamente lo que sucede (comúnmente porque no tienen toda la información), sobrevienen imaginarios confusos que simultáneamente con la experiencia subjetiva y también racional pueden crear en los adultos un estado de desequilibrio psicosomático, dando paso a la manifestación de estrés, descontrol, ansiedad, cefaleas, temores, etcétera.

- A nivel comunitario pasa lo mismo: está registrado que muchas localidades no tienen recursos organizativos y logísticos para desarrollar estrategias efectivas de defensa, ni tampoco las autoridades locales los pueden defender (en ocasiones autoridades coludidas con los poderes de facto). En este caso el *yo social*, que ejerce las veces de una autoridad colectiva, cuyos mecanismos de consenso avalan la pertenencia e identidad de cada uno, y que han sido nutridos con la participación histórica de todos, queda sin efecto, desestructurado, vulnerado o destruido.

Esta especie de duelo individual y colectivo produce en principio un gran sufrimiento, en tanto que el desapego y el abandono forzado de una forma de vida representan una crítica ruptura con el micromundo propio, que de alguna manera es una ruptura con uno mismo y con su historia (De Marinis, 2019; Durin, 2019; Castaño *et al.*, 2018; Restrepo *et al.*, 2012; Martín-Baró, 1998, 1990).

SOBRE EL TRÁNSITO EN EL DESPLAZAMIENTO INTERNO FORZADO Y LOS RIESGOS EN LA SALUD

El desplazamiento interno forzado (DIF) es uno de los eventos de las migraciones como fenómeno social; se define como “toda persona o grupo de personas obligadas a huir o abandonar sus lugares habituales de residencia, a fin de evadir los alcances de los conflictos y violencias que conforman un contexto de violencia generalizada (local o regional o nacionalmente), y que en

consecuencia pone en grave riesgo de violación los derechos humanos de los pobladores”. Los desplazados internos forzados no cruzan los límites nacionales (ONU, 1998).

Como se mencionó, son tres los procesos de movilidad en el DIF por violencia: *la salida*, *el tránsito* y *el reasentamiento o retorno*.^[5] Aquí sólo hacemos una breve referencia a la salida y al reasentamiento o retorno para enmarcar el proceso general de movilidad del DIF, e interesa centrar el análisis en la etapa de *tránsito* y los procesos de salud/enfermedad.

La salida representa la experiencia de abandonar temporal o definitivamente el hábitat, la vivienda, la localidad, la historia en la que se construyó el locus social del individuo, la familia, la comunidad. A esta salida con implicaciones de tiempo indefinido le anteceden algunos episodios de ocultamientos, escondites, escapes de protección para eludir el alcance de los actos de violencia (directos o indirectos contra los pobladores); la breve duración de estos episodios (de horas o días) va consolidando la decisión de la salida. El cambio de una localidad donde se reside, conformada por pobladores e instituciones tradicionales, a localidades dentro de una región dominada por poderes de facto con vínculos inciertos entre autoridades, cárteles del narcotráfico y crimen organizado, disloca todo orden, consenso y acuerdos consuetudinarios.

Ante los eventos reiterados de violencia y la presencia de nuevos actores que amenazan sus libertades, los pobladores evalúan su riesgo de sobrevivencia que les exige la salida forzada y representa el inicio del proceso de desplazamiento indefinido y/o permanente. La racionalización de la salida —cuándo, quiénes, cómo, con qué recursos, en qué ruta, hacia dónde, por cuánto tiempo, etcétera—, está enmarcada en un clima de secrecía y temor, al mismo tiempo que muestra un horizonte migratorio de incertidumbre.^[6] Todo lo cual exige un gasto extraordinario de los recursos de salud personal que puede generar el incremento de los riesgos, desde los iniciales síntomas de tensión, estrés, ansiedad, hasta estados de enfermedad irreversibles o la muerte.

El tránsito es una etapa crítica del proceso de desplazamiento, en función de que:

- El desplazamiento por violencia local y/o regional es un proceso de diversa duración para el o los desplazados. No hay tipicidad, porque la duración depende de condiciones internas y externas, no controlables

enteramente por el individuo o las comunidades desplazadas.[7] Es entonces un proceso indefinido de varias movilidades; cada movilidad representa una etapa del tránsito cuya duración puede ser relativamente planeada, pero es incierta. Cada movilidad exige una dirección subsiguiente y contingente.

- Cada movilidad es un *acontecimiento* de cambio perturbador que incrementa o acumula el contenido traumático del desplazamiento forzado; cada una contiene exigencias de tipo racional, emocional, en salud, económicas y políticas, que redundan todas en la lucha personal y/o colectiva contra la inseguridad, la incertidumbre, las incomodidades, la escasez y los sufrimientos que produce el desplazamiento.
- Cada movilidad incluye destinos provisionales como posadas y albergues improvisados que son percibidos como recursos o estrategias temporales, breves y precarias. Posadas y albergues que no tienen necesariamente el carácter de estancia migratoria porque no están pensados para establecer un *estado de cosas* que permita instituir un *curso normal* en la cotidianidad de los diferentes miembros movilizados.
- Algunas movilidades pueden incluir varias estancias migratorias que indiquen intenciones o decisiones de asentamiento previo a uno definitivo. Es decir, un destino buscado o encontrado en función de implementar prácticas laborales y de residencia que coadyuven a visualizar o definir la posible última estancia migratoria.
- Finalmente, el proceso de movilidades en tránsito, a algunos grupos de población desplazada les plantea el retorno como última estancia migratoria, lo cual podría significar un mayor tiempo de tránsito.
- El tránsito deja consecuencias como la desarticulación o rupturas familiares en función de que se desplazan miembros de la familia en diferentes momentos; o de que algunos núcleos familiares de un amplio parentesco local se desplacen hacia destinos diferentes; o de que las crisis que gravan los desplazamientos fracturen las convivencias. Situaciones que cargan experiencias de duelo afectivo a las familias desplazadas.
- El tránsito genera ruptura en el tejido social ante varios escenarios: a) la incomunicación estratégica como recurso de seguridad para todos (los que se van y los que se quedan). La investigación (De Marinis, 2019: 127-132; Durin, 2018: 103-115; Salazar y Álvarez, 2017: 32-36) ha constatado

que los que se quedan continúan bajo el régimen de violencias local o regional (tales han sido las dinámicas en Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Sinaloa, Chiapas, entre otros estados); asimismo, se ha registrado que los que se van prefieren no mantener contacto con sus anteriores vecinos (desplazados o no) para evitar que rastreen sus rutas y destinos, o para evitar que quienes los desplazaron, los persigan —como ha sucedido en Guerrero y Chiapas— (Salazar y Álvarez, 2017: 131-137). b) Estos contextos representan un quiebre en el tejido social, agudizando el daño emocional de los habitantes que mantenían redes comunitarias de apoyo laboral, de solidaridad, fraternidad de parentesco afín, etcétera. Es decir, los sentimientos de ausencia comunitaria que se tejen en la historia local e intergeneracional de ciertas comunidades rurales y/o pequeñas localidades (tal es el caso de los habitantes de las montañas guerrerenses que han sido desplazados), aumenta el duelo social[8] y deteriora el estado de salud mental individual.

- El tránsito incluye un inminente deterioro de la salud, particularmente en la población infantil y en adultos mayores (Fundación Heinrich Böll Stiftung México, Centroamérica y El Caribe, 2016: 144; Martín Baró, 1998: 506-509). Según testimonios *in situ*, las enfermedades más recurrentes en la población infantil son afecciones gastrointestinales, disminución de peso, fiebres y cambios de comportamiento en niños; ansiedad, estrés, cefaleas en mujeres embarazadas y mujeres adultas mayores.[9] La muerte de pobladores por la violencia local, como vecinos, propietarios, comerciantes, receptores de remesas económicas, etcétera, antes de los desplazamientos, fueron eventos críticos que precipitaron dichos desplazamientos, la fractura familiar, los duelos, depresiones y un estado de confusiones que altera la estabilidad de la salud de los integrantes de las familias afectadas.[10]

Las muertes inmediatamente anteriores a la salida fueron eventos que los desplazados no quieren recordar, describir, relatar, testimoniar;[11] se quedan en el registro de su memoria, por lo menos durante el tránsito. Es posible que el temor a revelar información que señale o vincule personas o grupos criminales actúe como un impedimento a su relato, y por ahora tenemos confirmado que la población desplazada en tránsito prefiere no contar. De otra parte, la muerte durante los desplazamientos es un hecho poco registrado (tenemos algunos

registros etnográficos en comunidades de Guerrero, Oaxaca y Chiapas de pobladores desplazados que murieron en condiciones aún confusas y/o no esclarecidas a la investigación).[12]

Los asentamientos más definitivos pueden ser los retornos a los lugares de residencia antes de los desplazamientos, o las reubicaciones familiares o comunitarias en nuevos territorios, diferentes a los de procedencia del desplazamiento inicial. Éstos son dos procesos diferentes, mediados ambos por críticas negociaciones tanto en el caso de las localidades de origen como en el de los de nuevo asentamiento; en los dos casos pueden llevarse a cabo de manera individual, familiar o comunitaria.[13]

MANIFESTACIONES SOBRE SALUD/ENFERMEDAD DERIVADAS

Las manifestaciones de salud/enfermedad identificadas en las mujeres madres se reconocieron como:

- a. Experiencias que perturban, alteran o modifican la condición psíquica, subjetiva y el comportamiento cotidianos de las personas por exposición a eventos de violencia: 1) temor, confusión, estrés, desesperación; 2) sufrimientos, sentimientos de vulnerabilidad por los métodos de violencia, autoritarismo, exigencias y despojos; 3) efectos postraumáticos como ansiedad, agobio, duelos por las pérdidas (personales, familiares, relaciones sociales, patrimoniales, laborales, escolares, etcétera) y consecuentes episodios de depresión.
- b. Experiencias que igualmente manifiestan perturbaciones en el estado actual de salud/enfermedad de las personas, frente a un estado anterior cuyas condiciones de vida eran estables en cuanto a su residencia habitual. La exposición al tránsito en estancias de movilidad como albergues o lugares de recepción temporal generan: ansiedad ante la llegada a nuevos albergues o posadas, incertidumbre, temor a ser rechazados, temor a ser estigmatizados como desplazados u otras percepciones equivocadas (como que los confundan con delincuentes, trabajadores de los narcos), agobio, fatiga, agotamiento.

LA RELACIÓN SALUD/ENFERMEDAD EN EL TRÁNSITO EN DIF

La perspectiva psicosomática de la relación salud/enfermedad en la etapa de tránsito permite plantear los siguientes supuestos:

- El supuesto de la salud psicosomática apunta a lo inseparable de la experiencia psíquica, subjetiva, emocional, que linda con la proyección de lo imaginario comprometido en los efectos de realidad que creamos, plano inseparable de la experiencia física, material, temporal, que confronta en todo momento la relación de equilibrio entre ambos (Sami-Ali, 1999a).
- La experiencia existencial que compromete la salud psicosomática cobra permanentemente continuidades de equilibrio en la producción cotidiana del quehacer social; de esta manera lo mantiene. Y lo contrario, las experiencias disruptivas, conflictivas, amenazantes, violentas, generan demandas extraordinarias.
- Las demandas de respuestas extraordinarias vinculan funciones cognitivas como memoria, inteligencia, atención enfocada y atención relacional, y toma de decisiones basadas en complejas combinaciones e imbricaciones entre lo objetivo y subjetivo.
- La toma de decisiones en el marco de conflictos y violencias (referidas en este caso a las externas, de contexto social o local o regional) puede ser un proceso en extremo exigente, sobre todo si incluye situaciones inéditas, desconocidas, inmanejables e insoportables.
- En tales situaciones las personas, comunidades y poblaciones toman decisiones que pulsan una condición de naturaleza como es la sobrevivencia, decisiones extremas que los obligan a ocultarse, esconderse y finalmente huir. De no hacerlo, perciben y/o conocen el riesgo de no sobrevivir. Sobreviene entonces el desplazamiento interno forzado.
- En el proceso de desplazamiento forzado la preocupación central es la sobrevivencia de cada persona, de la familia y de la comunidad. El estado de salud de las personas es el recurso con que se cuenta para huir, salir y sobrevivir. Si no se tiene un estado de salud/enfermedad que permita la movilidad, entonces se está frente a un gran impedimento.
- Las situaciones de población dependiente en estado de enfermedad con severos impedimentos motrices o mentales se resuelven en la familia y en la comunidad si se desplazan colectivamente. Cuando el

desplazamiento es individual o familiar, las mujeres madres de familia lo deciden. Son ellas generalmente las cuidadoras, y una decisión así representa un gran esfuerzo que puede retrasar o impedir el desplazamiento, al menos de ellas y los dependientes. Al no ser este el objeto de análisis del presente capítulo, sólo lo dejamos señalado como una situación que puede poner en mayor riesgo a algunos grupos de población en contexto de violencia.

- Las enfermedades que surgen durante el tránsito en los grupos de población dependientes (niños y adultos mayores), son percibidos como una combinación de dos factores: el riesgo típico de cada grupo de población y el incremento del riesgo que conlleva el desplazamiento por violencia (angustia, estrés, miedo, duelos, escasez). El agravamiento de algún caso de enfermedad durante la movilidad, e incluso la muerte, son eventos de morbilidad adjudicados por la población al tránsito en el desplazamiento forzado y a su causa, la violencia local.
- La duración del tránsito con permanencias en diferentes albergues o en estancias migratorias, incrementa la exposición a enfermedades según los grupos de edad de la población.
- El periodo de tiempo que una persona está vinculada a un proceso crítico (migración, desplazamiento forzado, divorcio, duelos, enfermedades, etcétera), y que signifique cambios drásticos frente a un estado inmediatamente anterior, puede ser causa eficiente o vinculatoria con los padecimientos desarrollados en el mismo periodo. La intensidad de la conexión con dicha causa puede vincular el excesivo gasto de recursos energéticos, vitales y emocionales que exige el incremento de esfuerzo psicosomático para enfrentar la crisis (Sánchez y Gómez, 2017).
- En los eventos de crisis se reconocen víctimas directas e indirectas. En nuestro caso de análisis, como víctimas directas se consideran: desplazados, albergados, heridos e incapacitados, muertos, expropiados o despojados, y perseguidos por los actores de facto locales que ejercen violencia local y regional (Rodríguez y Mejía, 2019: 25; CEPAL, 2014: 51). Las víctimas directas en sí mismas se refieren a una población con lesiones físicas derivadas de las acciones de violencia infringidas *in situ*, y también a población susceptible de desarrollar enfermedades físicas temporales en cualquiera de los procesos del desplazamiento; víctimas directas son también las personas que llegan a experimentar un

estado alterado de salud mental o trastornos en estos mismos procesos. Las víctimas indirectas remiten a poblaciones afectadas triangularmente como consecuencia de los eventos de violencia que generan los desplazamientos, por ejemplo: la discontinuidad en la educación; la discontinuidad o pérdida del trabajo; la pérdida del acceso a los sistemas de salud, entre otras muchas afectaciones, a razón de que se vulnera o colapsa el funcionamiento de las instituciones relativas a cada una.

En el conjunto de víctimas indirectas también se incluyen las poblaciones afectadas por rebote como las localidades y poblados receptores de población desplazada, a los que se va a presionar sobre los recursos, principalmente alimentarios, de salud, higiene, vivienda, trabajo, y otros recursos institucionales, etcétera (CMDPDH, 2017: 50-53). Tales efectos en las víctimas indirectas pueden ser causa suficiente para alterar temporalmente su salud física y/o mental, o el clima social de las comunidades receptoras.

- En el caso de México, la ausencia de reconocimiento legislativo del DIF como un fenómeno social apremiante, representa la inexistencia de toda política pública relativa a la protección, atención, sobrevivencia y salud de la población desplazada con los efectos colaterales, y la reparación correspondiente; es decir, en víctimas directas e indirectas. Los apoyos, hasta ahora, han surgido a discrecionalidad de las localidades, poblaciones, redes, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones internacionales, etcétera, lo que redundo, para este análisis, en que su estado de salud, durante todo el proceso de desplazamiento y particularmente en el tránsito que puede ser el más largo, queda principalmente a merced de los recursos de las mismas poblaciones. Situación que anuncia una gran desventaja para la población desplazada.

EL CASO DE OCHO COMUNIDADES DESPLAZADAS

Algunos antecedentes regionales dentro del estado de Guerrero son: entre 2008 y 2013 se registraron 2,931 desplazados (Salazar y Álvarez, 2017: 95); en 2017 fueron desplazadas 5,948 personas (CMDPDH, 2017: 9); los días 4 y 5 de noviembre de 2018 fueron desplazadas 1,100 personas de los municipios de Leonardo Bravo y de Zitlala (entrevista en la Ciudad de México, 14 de marzo de 2019; Hernández, 2019: 151-152). De manera permanente ocurren

desplazamientos vinculados a la inseguridad por el régimen de incursiones, violencias y amenazas que ejercen diferentes grupos del crimen organizado (Hernández, 2019; Argüello, 2018).

Los antecedentes recientes de DIF por violencia vinculada al narcotráfico y crimen organizado en la Sierra de Guerrero podemos situarlos antes de 2008, sin desconocer que los antecedentes históricos de violencia en Guerrero han tejido desplazamientos forzados desde antes con múltiples actores como militares, paramilitares, crimen organizado, algunos miembros del gobierno (Hernández, 2019: 150-152). La presencia de organizaciones como Guerreros Unidos o La Nueva Empresa que trabajaban entonces con la Organización de los Beltrán Leyva, Los Caballeros Templarios, La Familia Michoacana y el Cartel Jalisco Nueva generación,[14] son algunos de los grupos que a través de diferentes bandas compiten por la hegemonía territorial en la Sierra de Guerrero. Las poblaciones de los municipios y localidades más afectadas por la violencia que esto origina se encuentran en Tierra Caliente[15] y la Sierra (corredor Xochipala-Tlacotepec); en este caso la zona que incluye los municipios de General Heliodoro Castillo, Atoyac de Álvarez, El Cubo, San Miguel Tototlapán, Arcelia y Ajuchitlán del Progreso, que han experimentado un periodo (desde 2009) y episodios de violencia a partir de los cuales se producen los desplazamientos.

Los habitantes del municipio de San Miguel Tototlapán recuerdan que:

[...] en su comunidad junto con otros seis anexos agrarios: El Pescado, La Morena, Cuncla, Ayotla, La Ciénaga y Rancho Nuevo —San Pedro Pezuapan, San Miguel Tototlapán, Guerrero—, sumaban un poco más de 400 habitantes y eran propietarios de aproximadamente 16,000 hectáreas; tierras que eran parte de ejidos, zonas de siembras, zonas de caza, caminos. Vivían de la agricultura [subsistencia], caza y pesca artesanal; con servicios locales como pozos de agua, y una vía de comunicación, la carretera Iguala-ciudad Altamirano.

Desde 2013 [recuerdan que] primero subieron representantes del gobierno y les retiró todas las armas que tenían —de fuego y blancas—, sobre todo de trabajo como machetes, picas, etc. y luego, en ese mismo año empezaron los asedios por grupos del narcotráfico que andaban en complicidad con funcionarios gubernamentales corruptos. En las fechas de 15 de julio de 2013 y 9 de julio de 2016 fueron atacados en sus localidades y viviendas; [en la última fecha] fueron asesinados familiares y vecinos. Cuando terminó el ataque decidieron huir, dejando todo (voces de varios desplazados).

Desde entonces, los habitantes de estas localidades que se autorreconocen como campesinos, desplazados, dispersos en pequeños centros urbanos de los estados del centro y norte del país, no tienen comunicación entre ellos, no pueden regresar y no perciben o no saben si se encuentran en un asentamiento definitivo. Es decir, no identifican claramente si siguen en tránsito o debido a las circunstancias del momento serán reasentamientos definitivos; lo que sí reconocen es que no pueden regresar (entrevista en municipios de Morelos, Ciudad de México, mayo de 2018).

En estos casos considero que es población en tránsito a partir de su percepción, ya que las mujeres plantean que “[...] no están en su lugar [...]” y que “[...] no han llegado [...]” ¿A dónde? No lo saben, no saben cuánto tiempo permanecerán en estos albergues o estancias migratorias, dicen que “[...] no es, que no puede ser este [...]” su destino final.

En el municipio de San Miguel Totolapan, en 2015 habitaban 27,853 personas (INEGI, 2015). Uno de los líderes de las comunidades desplazadas estima que para los acontecimientos de 2018 “[...] salieron 80 mujeres madres, 30 adultos mayores, un poco más de 60 hombres adultos y aproximadamente 120 niños. Otros habían salido antes de 2018”. Igualmente que “[...] murieron 15 personas (14 hombres y una mujer) entre 25 y 50 años [...]” (entrevista en Ciudad de México, 14 de marzo de 2019, líder comunitario; se omite la identidad del entrevistado por ser parte de la población desplazada).

En el caso de la salud de las mujeres madres (testimonios y relatos de entrevistas de 25 mujeres), experimentan intermitentemente sentimientos inseguridad, incertidumbre, riesgo, escasez y soledad.

La *inseguridad* se manifiesta en la ausencia del recurso básico de su vivienda o sus condiciones de estadía y del conjunto de recursos necesarios que conformarían su base doméstica, es decir, de aquello que permitiría la sobrevivencia familiar. En tal escenario puede decirse que hay un sufrimiento psíquico permanente que atenta contra la salud mental y física, luchando con o contra sentimientos y condiciones que les imponen una realidad completamente adversa. Lo que se observa es que la pérdida de las condiciones habituales, que otorgaban un estado de bienestar, que les permitían realizar un conjunto de acciones, logros cotidianos y grados de satisfacción, ahora son experiencias crecientes de vulnerabilidad y frustración. Uno de los problemas que plantea la vulnerabilidad es que cuando se manifiesta en uno de los planos

de la vida, puede incidir en la vulnerabilidad de otro plano y convertirse así en sistémica, llevando a los individuos a una situación límite (Minujín, 1998).

La *incertidumbre de no saber* aumenta con el tránsito. La gran mayoría (19 mujeres) en principio no comprendían completamente qué pasó, por qué los empezaron a amenazar, por qué exactamente los sacaron, por qué quisieron sus tierras o sus viviendas (no tenían grandes valores), por qué estorbaban, a quién o a quiénes les estorbaban. Algunas mujeres (tres de ellas) explican que [las bandas] “[...] andaban en la zona y que iban a llegar [...]”. El sentimiento de incertidumbre cotidiana es variable y después de salir de sus localidades, la intensidad de la incertidumbre se centra en el siguiente destino, albergue o refugio. En términos del tránsito, el primer destino y albergue fue en el municipio de Leonardo Bravo, Guerrero (pues las localidades más cercanas estaban en situaciones similares); después, algunos desplazados salieron para ciudades del estado de Morelos; otros llegaron a la Ciudad de México, y otros destinos de los que se tenga conocimiento fueron los estados del norte de la República. Una respuesta que resarciría el sufrimiento que produce la incertidumbre es saber cuándo pueden regresar o dónde se pueden asentar, lo cual no es claro hasta el momento de las entrevistas.

Los riesgos tienen que ver con una eventual o real persecución, en particular a los familiares de las víctimas de las incursiones, líderes locales y todos aquellos que se oponían a los poderes de facto. En función de que nos referimos a localidades rurales de menos de 2,499 habitantes, afirman ser identificables y susceptibles de ser señalados.

Los riesgos aparecen ante las posibles enfermedades de los niños por los cambios que impone el tránsito (alimentación, medios de salubridad, horarios, etcétera) y que los hace susceptibles a fiebres, vómitos, diarreas, disminución del peso, erupciones de piel. Episodios de enfermedad que se controlan con sueros, antibióticos y remedios caseros, recursos conocidos en la experiencia materna o de las terapias locales (información de entrevistas).

Los sentimientos de despojo y pobreza los manifiestan mujeres y hombres al comparar su vida anterior: “[...] allá no teníamos hambre, salía uno al campo y algo traía [...]” (se refieren a la caza local); “[...] allá algo se hacía, pero en la casa no faltaba [...]” (se refieren a siembra o a los trabajos locales). El sufrimiento psíquico que producen los sentimientos de despojo y pobreza tienen relación con su historia local, en la que se veían al menos como pobladores con recursos (techo, tierras, cultivos, una naturaleza pródiga con

maderas, agua, caza y eventualmente pesca). Tales recursos y otros eventuales que formaban parte de su economía (básicamente remesas económicas), les permitían plantear deseos, diseñar objetivos, gastos y satisfacciones en el marco de un cierto equilibrio subjetivo y económico. Si un cierto equilibrio logrado o construido en una parte de la vida desaparece o es arrebatado violentamente, puede sobrevenir un estado del descontrol de las situaciones inmediatas que precipite alteraciones en la salud física, emocional o mental.

La última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en un sujeto construido socialmente y cuya historia está determinada por los recursos que socialmente le han sido dispuestos para la realización del deseo. La salud mental se mantiene en términos de la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como de la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos, esto no se logra sin la plena participación del sujeto en la sociedad (Granados, 2001, citado en Vilar y Eibenschutz, 2008: 13).

De las 25 mujeres entrevistadas y que participaron parcialmente con información etnográfica, la gran mayoría (22 mujeres) manifiesta sentir una gran inseguridad; la tercera parte considera estar en riesgo de que las identifiquen; en las condiciones descritas, la población desplazada hace la diferencia entre la situación anterior y posterior al desplazamiento, y considera estar en un estado de pobreza que no tenía antes; en cuanto al despojo, es relativo, cuatro de cada diez consideran que “[...] todo se perdió [...]”; uno de cada cuatro considera como expectativa regresar o recuperar; el resto sabe que tendrá que buscar de alguna forma otro lugar, es decir un reasentamiento.

La migración es un acontecimiento de la vida que, como todo cambio, supone una parte de estrés, de tensión, a la que se nomina duelo migratorio. [...] consideramos que existirían siete duelos de la migración en relación a: la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos. [...] Estos duelos se darían en mayor o menor medida en todos los procesos migratorios, pero consideramos que no es lo mismo vivir la migración en buenas condiciones (duelo simple), que emigrar en situaciones límites [desplazamiento forzado] (duelo extremo) cuando las condiciones son tan difíciles que no hay posibilidades de elaboración del duelo y la persona entra en una situación de crisis permanente [...]

Los estresores más importantes son: la separación forzada de los seres queridos, que supone una ruptura del instinto del apego; el sentimiento de desesperanza por el

fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades; la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar techo para dormir) y el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios [...], las amenazas de las mafias, la detención y la expulsión, o la indefensión por carecer de derechos.

Pero además, estos estresores de tanta relevancia y que van más allá del clásico estrés aculturativo, se hallan incrementados por toda una serie de factores que los potencian, tales como: la multiplicidad (a más estresores, mayores riesgos; los estresores se potencian entre ellos), la cronicidad, ya que estas situaciones límite pueden afectar al inmigrante durante meses o incluso años; el sentimiento de que el individuo, haga lo que haga, no puede modificar su situación [...], ausencia de autoeficacia [...], y los fuertes déficits en sus redes de apoyo social (Achotegui, 2009: 167-168).

El sentimiento de abandono es incisivo cuando las madres se encuentran solas con sus dependientes, particularmente hijos pequeños, infantes y personas de la tercera edad. Se relativiza ante compañía de padres y/o parientes cercanos con quienes había nexos de convivencia en las comunidades. Un análisis más refinado de la información de las entrevistas permitirá referir el estrés y la ansiedad como manifestaciones de trastornos temporales de las mujeres madres en tránsito.

CONCLUSIONES

La población en tránsito dentro del proceso de desplazamiento interno forzado, podría encontrarse ante manifestaciones traumáticas frente a la incapacidad de producir recursos necesarios para objetivar sus tradiciones, proyectos cotidianos y allegar racional y/o emocionalmente recursos necesarios para el logro de los objetivos, una vez que ha sido desarticulada del hábitat que en condiciones de relativa normalidad local/regional quizá se lo hubiera permitido, pero no los obtendría en el clima de despojo y violencia que la obligó a desplazarse.

Del análisis de caso de enfermedad en una población en proceso de desplazamiento forzado, se desprende que el contexto de violencia, amenazas y muerte que ejercieron los poderes de facto en unas comunidades de la montaña guerrerense, derivó en varias manifestaciones de enfermedad, particularmente en mujeres madres, como sufrimiento psíquico a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, de sus familiares, de residencia patrimonial,

comunitarios, etcétera. Las pérdidas en forma violenta y a manos de terceros, producen sentimientos de duelo, despojo y pobreza, inseguridad, incertidumbre que afectan la salud física, emocional y mental de las poblaciones desplazadas. Los relatos etnográficos de los episodios de enfermedad estuvieron vinculados por los pobladores a la precariedad del tránsito.

Una de las dificultades metodológicas fue el acceso a la información completa en el sentido de continuar en el periodo de tránsito con los desplazados. Sólo pudimos obtener relatos *in situ* y anterior a este periodo. Las vivencias en las madres se entrecruzan con los relatos sobre otras necesidades apremiantes como la estadía, la disposición de alimentos y otros recursos para la reproducción familiar, la ausencia de ingresos y recursos. El recuerdo permanente de la vivienda abandonada, de los terrenos y los recursos de que se disponían en la comunidad y localidad, sobrevienen como una gran ausencia que incrementa el sentimiento de pérdida de todo y aumenta el rigor del tránsito.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, Joseba (2009). “Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”. *Zerbitzuan* 46: 163-171. Disponible en:
<file:///Users/luzmariasalazar/Downloads/Dialnet-MigracionYSaludMentalElSindromeDelInmigranteConEst-3119470%20(1).pdf>. (Consulta: 9 de marzo de 2020).
- Areco Pico, Maria Marta; Mercedes Sarudiansky; Alejandra Lanzillotti; Cristina Tenreiro; Silvia Kochen; Luciana D'Alessio, y Guido Pablo Korman (2015). “Trayectorias terapéuticas: análisis de un itinerario terapéutico de un paciente diagnosticado con crisis no epilépticas de origen psicógeno”. *Scripta Ethnologica* xxxvii (5): 167-182.
- Argüello C., Libertad (2018). “Desplazamiento forzado interno y contextos de recepción violentos. El caso de los desplazados de San Miguel Totolapan en Atoyac de Álvarez, Guerrero”. Conferencia en el Seminario Permanente Desplazamiento Interno Forzado en México, 5 de diciembre de 2018.
- Bollas, Christopher (1987). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Castaño Pérez, Guillermo Alonso; Gloria María Sierra Hincapié; Daniela Sánchez Acosta; Nadia Semenova Moratto; Carolina Salas Zapata; Carolina Buitrago Salazar, y María Alejandra Agudelo Martínez (2018). *Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura*. Medellín, Colombia: Universidad CES, Editorial CES. Disponible en: <<https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3846/1/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C....pdf>>. (Consulta: agosto de 2020).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014). *Manual para la evaluación de desastres*. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35894/1/S2013806_es.pdf>. (Consulta: 8 de mayo de 2020).
- Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) (2017). *Episodios de desplazamiento interno forzado masivo en México. Informe 2017*. México: CMDPDH, Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF), Del Pueblo de los Estados Unidos de América (USAID).
- De Marinis, Natalia (2019). *Desplazadas por la guerra. Estado, género y violencia en la región triqui*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Díaz P., María Cristina, y Raúl Romo V. (2019). *La violencia como causa de desplazamiento interno forzado. Aproximaciones a su análisis en México*. México: Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Durin, Séverine (2018). “Las víctimas de la crisis de seguridad pública en busca de resguardo. Los desplazados por la violencia desde el nordeste de México”. En *La crisis de seguridad y violencia en México. Causas, efectos y dimensiones del problema*, coordinado por Carlos Antonio Flores Pérez, 221-254. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Durin, Séverine (2019). *¡Sálvese quien pueda! Violencia generalizada y desplazamiento forzado en el noreste de México*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Fundación Heinrich Böll Stiftung México, Centroamérica y El Caribe (2016). *Re-conceptualización de la violencia en el Triángulo Norte. Abordaje de la*

seguridad en los países del norte de Centroamérica desde una visión democrática. San Salvador, El Salvador: COPRODEH/Interpeace/Viudop/La Otra Cooperativa/Fundación Myrna Mack/Plaza Pública/UNAH Facultad de Ciencias Sociales-IUDPAS.

Granados, Cosme (2001). “Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales”. México: *Nueva Época/Salud Problema* 6 (10-11) (junio-diciembre): 37-46.

Hernández, Alba Patricia (2019). “De tierra caliente a la Sierra y Costa de Guerrero: desplazamiento forzado interno”. *Revista Cultura y Representaciones Sociales* 14 (27): 143-182.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). *Encuesta Intercensal*. Recuperado en: <<https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/?ps=microdatos>>.

Le Breton, David (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC. Disponible en: <<https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/le-breton-david-antropologia-del-cuerpo-y-modernidad.pdf>>. (Consulta: 26 de marzo de 2019).

Martín-Baró, Ignacio (1990). “Violencia en Centroamérica: una visión psicosocial”. *Revista de Psicología de El Salvador* IX (35): 123-146. Disponible en: <https://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/wp-content/uploads/2015/11/1990-La-violencia-en-Centroamérica-una-visión-psicosocial-RP1990-9-35-123_146.pdf>. (Consulta: julio de 2020).

Martín-Baró, Ignacio (1998). “Guerra y salud mental”. *Revista Estudios Centroamericanos* 429/430: 503-514. Disponible en: <<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=585>>. (Consulta: julio de 2020).

Marty, Pierre (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Minujín, Alberto (1998). “Vulnerabilidad y exclusión en América Latina”. En *Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes*, coordinado por Eduardo Bustelo y Alberto Minujín. Bogotá: Ediciones A. Minujín/Unicef (Cuadernos de Debate Santillana).

ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1998). “Principios rectores de los desplazamientos internos. Nota de presentación de los principios

rectores”. En *Intensificación de la promoción y el fomento de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular la cuestión del programa y los métodos de trabajo de la comisión. Derechos humanos, éxodos en masa y personas desplazadas*. Ginebra: Comisión de Derechos Humanos/ONU. Disponible en:

<http://www.acnur.es/PDF/0022_20120416132756.pdf>. (Consulta: 15 de septiembre de 2008).

Procuraduría General de la República (PGR) (2014). Subprocuraduría Jurídica y Asuntos Internacionales, folio 0001700202114. Células criminales [en línea]. Disponible en: <https://www.google.com.mx/search?q=c%3%a1rteles+y+c%3%a9lulas+criminales+en+m%3%a9xico+2014.+pgr,&espv=2&biw=1366&bih=609&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=x&ved=0cc0qsarqfqtococ_7vrkhmkcfywcpgod3xef6q&dpr=1#imgsrc=ydjus6opuo2-em%3a>. (Consulta: 15 de agosto de 2015).

Ramírez Velázquez, Josefina (2014). “El estrés desde el punto de vista de un grupo de operadoras telefónicas. El trabajo y la familia como principal causalidad”. En *Locuras, cultura e historia*, coordinado por Serena Brigidi y Josep M. Comelles, 129-157. Tarragona: Publicacions URV (col. Antropología Médica 18).

Restrepo-Espinoza, María Helena (coord.) (2012). *Salud mental y desplazamiento forzado*. Bogotá: Universidad del Rosario (Colección Textos de Medicina).

Rodríguez Velázquez, Daniel, y Araceli Mejía Balderrama (2019). “Desastres y desplazamiento forzado interno en México: ¿inevitabilidad o crisis estructural?” En *Respuestas del trabajo social ante situaciones de emergencias sociales y problemáticas sociales en México y España*, coordinado por Enrique Pastor Seller y Leticia Cano Soriano, 23-45. Madrid: Dykinson/Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Rubio Díaz-Leal, Laura (2014). *Desplazamiento interno inducido por la violencia: una experiencia global, una realidad mexicana*. México: Instituto Tecnológico Autónomo de México.

Saavedra Solano, Nayelhi, y Shoshana Berenzon Gorn (2014). “Tés, medicamentos, grupos de autoayuda... Trayectorias de atención y salud mental en la ciudad de México”. En *Locuras, cultura e historia*, coordinado

- por Serena Brigidi y Josep M. Comelles, 105-127. Tarragona: Publicacions URV (col. Antropología Médica 18).
- Salazar Cruz, Luz María (2019). “Algunos problemas sobre la investigación en el desplazamiento interno forzado en México”. *La Situación Demográfica en México* 1: 177-183 (núm. especial) [en línea]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/528759/LSDM_2019_OK_27ENE2020_LOW.pdf>. (Consulta: 25 de marzo de 2020).
- Salazar Cruz, Luz María, y José Antonio Álvarez Lobato (2017). *Desplazamiento interno forzado. Regiones y violencia en México, 2006-2013*. Zinacantepec, México: El Colegio Mexiquense, A.C./Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
- Sami-Ali, Mahmoud (1999a). *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Sami-Ali, Mahmoud (1999b). *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*. Madrid: Paidós.
- Sami-Ali, Mahmoud (2011). *La proyección. Hacia la psicósomática relacional*. Madrid: Editorial El Duende.
- Sami-Ali, Mahmoud (2018). *Convergencias. Ensayos de psicósomática relacional*. México: Gedisa
- Sami-Ali, Mahmoud (2020). *El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático*. Madrid: Amorrortu.
- Sánchez Báez, José Juan, y Alejandro Gómez Cortés (2017). *La psicósomática*. México: Crónicas de líderes mundiales de Psiquiatría.
- Stern, Daniel N. (2005). *El mundo impersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós
- Vargas Castillo, Katterine; José Eduardo Lozano Jiménez; Angélica Paternina Marón, y Laura J. Gil Vega (2020). “Salud mental en contextos de violencia: de la liberación hacia la transformación”. *Psicología para América Latina* 33: 43-51 [en línea]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000100006>. (Consulta: noviembre de 2020).
- Vilar Peyrí, Eugenia, y Catalina Eibenschutz Hartman (2008). “Migración y salud mental 10. Un problema emergente de salud pública”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6 (13): 11-32.

- [1] Los episodios traumáticos se refieren a eventos disruptores que alteran y/o sobrepasan el nivel de adaptabilidad, control y estabilidad de los individuos a las situaciones cotidianas, generando desestabilizaciones o desorganizaciones en lo mental, psíquico, emocional, físico, produciendo cambios o alteraciones en los contextos relativos. La duración de estos cambios dependerá de las capacidades de los afectados y de los recursos asequibles para la superación o adaptación al o a los eventos traumáticos. La profundidad y/o afectación del evento traumático puede depender del desarrollo cognitivo y psíquico, del estado psicoafectivo, del ciclo de vida, o de otras variables que permitan adaptación a las condiciones posteriores a los episodios traumáticos (Marty, 1992: 41-43).
- [2] El cuerpo propio es una categoría de Sami-Ali para designar la unidad, la totalidad psicosomática que relaciona la experiencia psíquica y la somática. En consecuencia, observa, “[...] la medicina psicosomática, como el quehacer médico que estudia, atiende e investiga los procesos de la salud y la enfermedad que acontecen y se realizan en el espacio de la relación, en el cuerpo propio.
- [3] En Sami-Ali (1999b: 13), “lo imaginario es una función que se actualiza, por oposición a lo real, en una serie ininterrumpida de fenómenos que corresponden al sueño y a sus equivalentes en estado de vigilia, los cuales van del delirio y la alucinación al fantasma más transparente [...] que lejos de reflejar la realidad, resultan ser otras tantas variantes [...] del sueño fuera del reposo”.
- [4] Para proteger la confidencialidad se omite el nombre de la localidad donde se establecieron las personas desplazadas.
- [5] Si analizamos el DIF desde el punto de vista de las etapas, habría que incluir una tercera que es el reasentamiento final (Salazar, 2019).
- [6] Un desarrollo más amplio sobre el proceso de salida puede consultarse en Salazar (2019: 178).
- [7] La duración de condiciones externas que generan el desplazamiento interno forzado depende del tipo de conflicto y los actores involucrados, de la capacidad de intervención de agentes externos al conflicto para neutralizarlo, transformarlo o eliminarlo.
- [8] El duelo individual y/o familiar se refiere a las respuestas emocionales y de comportamiento frente a una pérdida o que se percibe como tal (fallecimiento, partida de personas del contexto social inmediato, desplazamientos forzados, etcétera), o cuando se rompe un vínculo afectivo (divorcio, separaciones, abandonos, etcétera). El duelo social hace extensivo el sentido de pérdida ante fenómenos sociales que obligan a las poblaciones a vivir pérdidas por catástrofes sociales y/o naturales; tal sería el caso del desplazamiento

interno forzado que desestructura la convivencia habitual, el sentido de identidad y pertenencia comunitaria.

- [9] Testimonio de entrevistas, localidades de montaña, Guerrero 2018.
- [10] Testimonio de entrevistas, localidades de montaña, Guerrero 2018.
- [11] El relato que los desplazados hacen sobre la muerte de un familiar, vecino o poblador de sus localidades de residencia, forma parte de testimonios, recuerdos o reconstrucciones que se logran posteriores a los hechos; no en todos los casos se relata porque se tiene temor, o porque no siempre se es testigo, o no se comprende el evento, o no se entiende cómo se desencadenó o cómo se produjo, o tampoco se cuenta con toda la información que antecede a los hechos, por ello se pide investigación y justicia. El relato inmediato es parcial, fraccionado, compuesto por segmentos que intentan dar coherencia a la densidad de la muerte provocada por terceros. Por ello los pobladores sólo lo mencionan y el relato que presume *la verdad* es una historia que señala culpables, sanciones, pendiente de ser completada y confirmada.
- [12] Testimonio de entrevistas, localidades de Oaxaca, febrero de 2018; montaña de Guerrero, junio de 2018; Chiapas, noviembre de 2018.
- [13] Una referencia más amplia se encuentra en Salazar (2019: 180).
- [14] Procuraduría General de la República (PGR, 2014). La movilidad y disputa por los territorios y rutas de trasiego ocasiona la confluencia violenta de organizaciones y el dominio temporal o hasta frágil de alguna de ellas en una región o zona.
- [15] La región de Tierra Caliente en el estado de Guerrero incluye los municipios de Ajuchitán del Progreso, Arcelia, Coyuca de Catalán, Cutzamala de Pinzón, Pungarabato, San Miguel Totolapan, Tlalchapa, Tlapehuala y Zirándaro; asimismo incluye 18 municipios del estado de Michoacán y 10 del Estado de México.

Capítulo 10

Los efectos adversos de la legislación española en la salud de estudiantes de posgrado provenientes de Terceros Estados

Alma Paola Trejo

Universidad Nacional Autónoma de México

Itzel Eguiluz

Tecnológico de Monterrey

Nuria del Álamo

Universidad de Salamanca

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

Tanto el contexto global como de internacionalización de la educación superior han influido en incrementar la llegada de estudiantes provenientes de Terceros Estados a España. Si bien España es el principal destino de movilidad temporal de grado universitario en Europa, también es uno de los destinos formativos más importantes en el nivel posgrado para personas latinoamericanas que se forman fuera de sus países de origen, constituyendo estos estudiantes el grupo más numeroso, por región de origen, en las universidades españolas. No obstante, la legislación española para cubrir la salud de estudiantes extranjeros es algo paradójica, pues se basa en la suposición de que los estudiantes provenientes de Terceros Estados pueden demostrar que poseen los medios económicos necesarios para resolver las atenciones sanitarias que requieran, sobre todo antes de contar con un número de identificación de estudiante. El objetivo de este capítulo es revelar el efecto que ha tenido la regulación española en la salud de los estudiantes provenientes de Terceros Estados. Para abordar este tema utilizamos una metodología cualitativa basada en un análisis de instrumentos normativos y entrevistas en profundidad a hombres y mujeres extranjeros que estudiaban en España. Entre los principales resultados de este trabajo destaca un desconocimiento del Sistema Nacional Sanitario en España y

una cobertura de los nacionales a nivel constitucional de ese país que excluye a estudiantes provenientes de Terceros Estados.

LA MOVILIDAD ESTUDIANTIL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTUDIOS DE SALUD EN ESPAÑA EN EL MARCO DE LA GLOBALIZACIÓN

La formación de nivel superior fuera del país de origen es un fenómeno social que ocurre en el marco de la globalización, que facilita la movilidad para los estudiantes, ya sea temporal (un ciclo formativo, intercambio, también llamado horizontal) o durante un grado completo (denominado como vertical) que se busca acreditar en una institución educativa superior (IES) (Blanco *et al.*, n.d.). Según García Palma (2013), la movilidad estudiantil de nivel terciario es efecto de la internacionalización de sistemas educativos; asimismo, este tipo de movilidad poblacional también ocurre en el contexto de la “sociedad de la información”, en donde se ha evidenciado un incremento en el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en el ámbito educativo[1] (García Palma, 2013).

La internacionalización de la educación superior individual incluye a estudiantes, profesores e investigadores que se movilizan ya sea de tiempo parcial o de tiempo completo, en algún lugar fuera de su país de origen (Cordera y Santamaría, 2008). Otra característica es que puede ser de forma autónoma o en el marco de algún convenio de movilidad, siempre cubriendo el costo de su estancia en España, ya sea por medios propios o por alguna beca o financiamiento.

Para analizar este tipo de movilidad es necesario comentar también que se trata de recursos humanos altamente cualificados (RHAC), es decir, de un colectivo que a diferencia de quienes migran por razones humanitarias o económicas, tiene más oportunidades de moverse a través de las fronteras (Alarcón, 2007). A diferencia de los migrantes poco cualificados, los estudiantes que cursan un posgrado en el extranjero son un tipo personal de alta calificación que tanto los países de origen como los de destino buscan recuperar o retener a través de políticas explícitas (Didou Aupetit, 2017). Tal es el caso de las políticas de repatriación de científicos que existen en una diversidad de países; por ejemplo, en América Latina el Programa Raíces de Argentina y el Programa de Repatriaciones del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, han sido un modelo de inspiración[2] para que otros

países recuperen a sus connacionales que se han establecido en el extranjero una vez que finalizan sus estudios de posgrado. No obstante, las investigaciones realizadas (Rivero y Trejo, 2020) revelan que estos programas no logran recuperar a la totalidad de los talentos arraigados en el extranjero, pues buena parte de éstos permanecen en los países donde se han formado.

Así, la propia Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) coincide también en considerar la movilidad de estudiantes terciarios como un flujo potencial de trabajadores cualificados, tanto durante sus estudios como en el caso del posterior reclutamiento (OECD, 2001). Otros autores también han destacado este carácter potencialmente laboral de la movilidad por razón de estudios, como Wickramasekara (2003), que sostiene que la alta probabilidad de reclutamiento posterior de las y los estudiantes extranjeros en los países de acogida, los convierte en un flujo potencial de trabajadores cualificados.

Si bien este tipo de movilidad es más tolerada que las migraciones económicas, también es vulnerable a la gestión legislativa de los países de destino formativo. Así, las prácticas transnacionales, como conjunto de relaciones sociales que el migrante mantiene con la sociedad de origen desde el país de destino, al tiempo que las realiza con la sociedad de acogida (Rinken y Herrón, 2004), se ven influidas por los marcos político-administrativos de los estados que los acogen (Moraes Mena, 2010). En el caso de España, las y los estudiantes extranjeros son regulados por la misma legislación existente para el resto de los inmigrantes, aunque dentro de un régimen particular, añadiendo que durante la formación tienen pocas posibilidades de estar activos en el mercado de trabajo español. Cabe señalar que otras investigaciones (Suárez y Trejo, 2018; Trejo Peña y Rodrigues Soares, 2019) han develado que estas restricciones influyen en el tipo de empleo que realizan los estudiantes provenientes de Terceros Estados[3] (TE) en España, quienes mayoritariamente se emplean en trabajos sumergidos en la economía informal o por debajo de sus cualificaciones, lo que provoca un tipo de movilidad social descendente, descualificación y efectos psicológicos o emocionales que afectan a la salud mental.

Existen otras aristas sobre esta problemática: una de ellas es la de la cobertura de la salud, ya que las personas que llegan a España a estudiar provenientes de TE no siempre cuentan con acceso completo o pueden perder el seguro médico, entre otras. El tema ha sido poco abordado en la literatura.

Algunas de las pocas investigaciones al respecto se enfocan a analizar el efecto de diversos aspectos de los derechos de los estudiantes provenientes de TE en legislaciones anteriores a la vigente (Sánchez Fernández, 1999); entre éstos se menciona a la salud. También encontramos el trabajo de Elba Bermúdez (2011), quien en su libro *Mujeres inmigrantes y salud: testimonios colombianos*, hace mención del caso especial de la condición migratoria y de salud en la que se encuentran las personas colombianas que deciden ir a estudiar a España. Este documento hace énfasis en que los derechos del colectivo de estudiantes son diferentes y menores que los del resto de las personas migrantes en España, lo que los pone en una situación de “exclusión” (Bermúdez Quintana, 2011: 167).

Un ejemplo particular sobre la problemática es el de las condiciones de salud reproductiva: por ejemplo, para la compra de anticonceptivos en España se requiere presentar una receta médica. Esta situación, como plantea Eguiluz (2016), corresponde a las limitaciones que impone el mesosistema^[4] (el sistema de salud, los gobiernos, el acceso a la salud) en el que se desenvuelven quienes migran, aun cuando lo hagan de forma regular, el cual no permite que puedan acceder a los métodos anticonceptivos hormonales con facilidad.

Además, se presenta una paradoja hacia los estudiantes extranjeros en España: por una parte, se busca su matriculación en las Instituciones de Educación Superior (IES) pero, por otra parte, se les exige un seguro médico mientras cursan sus formaciones; así se convierten en una población potencial de consumo de servicios medios y aseguradoras privadas.

Dada esta problemática cabe cuestionarse: ¿cuál es el efecto que ha tenido la regulación española de extranjería en los estudiantes provenientes de Terceros Estados? Y ¿cómo les afectan las normativas en materia sanitaria durante sus formaciones de posgrado? La estrategia metodológica empleada es cualitativa: primeramente, elaboramos un análisis documental de la legislación de extranjería española para gestionar a estudiantes provenientes de TE; por otra parte, realizamos una serie de entrevistas semiestructuradas a estudiantes extranjeros provenientes de tres países latinoamericanos (Argentina, Bolivia y México). El capítulo se estructura en cinco secciones: después de exponer esta introducción, presentamos una sección metodológica para describir las técnicas de análisis utilizadas en este texto. Seguidamente, se presenta un análisis de la legislación española que regula tanto aspectos de gestión de salud como aquellos relacionados con la extranjería de estudiantes provenientes de TE. En las secciones finales del documento se exponen las voces de las y los

estudiantes extranjeros, mismas que dan cuenta de una serie de limitaciones de cobertura sanitaria. Finalmente, presentamos algunas reflexiones a manera de conclusión.

COORDENADAS METODOLÓGICAS

Para realizar este escrito, por un lado, utilizamos el análisis documental basado en la revisión de diferentes instrumentos normativos de extranjería y salud en España. Específicamente nos apoyamos en la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y sendos Reales Decretos Ley que han modificado sucesivamente el concepto de beneficiario de la asistencia sanitaria: el Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril, y el Real Decreto Ley 7/2018, del 27 de julio. Así como en la normativa española de extranjería, misma que se encuentra vigente hasta nuestros días e incluye a los estudiantes provenientes de Terceros Estados: la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 2/2009), y el Reglamento de Ejecución de ésta. Por otro lado, realizamos un análisis cualitativo que utilizó como técnica de levantamiento de datos las entrevistas semiestructuradas a estudiantes procedentes de países de América Latina, por su relevancia y representatividad dentro del estudiantado extranjero, dado que esta procedencia supone históricamente 50% de las y los estudiantes extranjeros en España (Del Álamo, n.d.; Del Álamo y Trejo, 2016; Trejo y Del Álamo, 2017).

El trabajo de campo se realizó de forma presencial en España durante dos etapas: en la primera etapa se entrevistó a hombres y mujeres de Argentina, Bolivia[5] y México; se realizó en 2015 con una guía de entrevista amplia sobre diversas temáticas de salud, estudios, proceso migratorio e historia de vida. En la segunda etapa se recogieron datos sólo de mujeres y la guía se enfocó en las siguientes temáticas de salud: salud reproductiva, salud mental, acceso y uso de los servicios; se realizó durante el segundo semestre de 2019.

Todas las personas debían ser estudiantes o haber llegado a España como estudiantes y tener al menos seis meses viviendo en Madrid al momento de la entrevista. También en el diseño inicial se buscó a personas que tuvieran entre 18 y 30 años, pensando tanto en sus características de personas adultas emergentes, como en la posibilidad de explorar y cambiar, lo cual se relaciona con la población de estudiantes en el extranjero. Según Arnett (2000), la adultez emergente es una etapa del desarrollo socialmente construida pero no

estructurada, en la que las personas exploran (el trabajo, el amor, los estudios), viven periodos de inestabilidad, se encuentran más enfocadas en sí mismas, tienen una sensación de vivir en el medio (ni persona adulta ni adolescente) y, finalmente, es la etapa de las posibilidades (de formar una visión de vida), aunque no todas las personas experimentan. Eguiluz (2014) ha hablado sobre la relación que existe entre las personas jóvenes que migran desde Latinoamérica hacia España y la adultez emergente, discutiendo la posibilidad de que en esta población la relación sea más generalizada que en otras personas de los mismos países de origen.

Las entrevistas se llevaron a cabo de forma presencial en el lugar que mejor conviniera a la persona a entrevistar: cafeterías, bares, jardines, entre otros. Se contó con la participación de diez mujeres y seis hombres.

Se analizaron entonces 16 entrevistas de personas de entre 22 y 30 años, que complementan el análisis legislativo con testimonios sobre el acceso a la salud de estudiantes provenientes de TE que cursaban sus formaciones de grado y posgrado en Madrid. Antes de cada entrevista se leyó un consentimiento informado; posterior a ello, se inició con la grabación del audio de la entrevista y se repitió la confirmación de autorización para la misma. Las entrevistas fueron transcritas a través de la técnica de dictado de Matheson (2007); una vez transcritas se analizaron con un *framework approach* (Attride-Stirling, 2001; Ritchie *et al.*, 2013; Smith y Firth, 2011) y tomando como eje la metodología rápida de Beebe (2014). Los resultados de las entrevistas se presentan con una clasificación en la que se puede observar el sexo, el país de origen, la edad y, en caso de ser la segunda o tercera entrevista con las mismas características, se integra un A o B y así consecutivamente.

CONTEXTO LEGISLATIVO PARA LOS ESTUDIANTES PROVENIENTES DE TERCEROS ESTADOS EN ESPAÑA: ENTRE LA REGULACIÓN Y LAS LIMITACIONES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO

La Constitución Española de 1978[6] representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos. La Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986[7] instaura el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos. Su finalidad es, según el artículo 1, “la regulación general

de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

La Ley General de Sanidad crea un sistema sanitario público: el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyo eje son las Comunidades Autónomas,[8] ya que el SNS se concibe como “el conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”. La Ley General de Sanidad dispone una distribución en las competencias de las Administraciones Públicas, reservando al Estado las facultades de dirección y coordinación en lo básico, mientras que los servicios sanitarios quedan bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas.

Asimismo, la Ley General de Sanidad diseña una ordenación novedosa del sistema sanitario público, donde las Áreas de Salud se configuran como las estructuras fundamentales del Sistema Nacional de Salud, responsabilizándose de los centros y establecimientos y de todas las prestaciones a desarrollar en ellos. Para conseguir la mayor operatividad y eficacia, las Áreas se dividen en Zonas Básicas de Salud, donde desarrollan su actividad los Equipos de Atención Primaria. Así, en el sistema sanitario español, en la actualidad pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

Por otro lado, el régimen de derechos y libertades de los extranjeros en España viene recogido en la vigente Ley de Extranjería, la Ley Orgánica 4/2000[9] (LOEx). Entre los derechos reconocidos por esta Ley Orgánica se encuentra el derecho a la asistencia sanitaria (artículo 12), donde se establece que “Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”. Es decir, para conocer el alcance de este derecho para las y los extranjeros en general y las y los estudiantes extranjeros en particular, debemos remitirnos a la Ley General de Sanidad y otras disposiciones relacionadas con el reconocimiento del estudiante extranjero como beneficiario de la asistencia sanitaria de carácter público. Sin embargo, en redacción original, la LOEx, en el mismo artículo 12, establecía que las y los extranjeros que se encontraran en España inscritos en el padrón del municipio en el que residieran habitualmente, tendrían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Tras la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones,[10] se restringió el disfrute de este derecho a la asistencia sanitaria únicamente a las y los extranjeros con

residencia legal, así como a los menores, mujeres embarazadas durante la gestación y el posparto, y las urgencias.

Tras seis años de la llamada “exclusión sanitaria” que provocó el RDL 16/2012, en 2018, después de la llegada del gobierno de Pedro Sánchez se recuperó la asistencia sanitaria universal a través de la aprobación del Real Decreto-Ley 7/2018, del 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud,[\[11\]](#) si bien aún requiere de ajustes para recuperar los niveles de cobertura anteriores a 2012.

Este RDL 7/2018 vuelve a reconocer el derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas extranjeras, y establece que las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española (artículo 3.1), y con independencia de su situación administrativa en España. Sin embargo, este RDL excluye de la obtención del derecho a la asistencia sanitaria por esta vía a aquellos extranjeros que tengan reconocido este derecho por otra circunstancia (el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable). Es decir, si el estudiante extranjero procede de un país con el que España mantiene un convenio de reciprocidad en materia de asistencia sanitaria, no se le requerirá la suscripción de un seguro privado para obtener el correspondiente visado de estudios y para recibir asistencia sanitaria. En la situación alternativa, en la que el estudiante no procede de un país con convenio bilateral, se seguirá exigiendo la suscripción de un seguro médico de carácter privado que cubra las contingencias de accidente y enfermedad grave durante toda la duración de la estancia por estudios. La particularidad de la cobertura sanitaria por parte del Sistema Nacional de Salud, de las y los estudiantes extranjeros en España, deriva de su especial estatus jurídico, el de estancia, y de los requisitos exigidos para obtener el correspondiente visado de estudios, como veremos a continuación.

Dentro de esta normativa de extranjería, “la estancia por estudios” constituye un régimen particular para las y los extranjeros que se encuentran en España, regulado en la mencionada Ley de Extranjería (LOEx) y en su Reglamento de Ejecución, el Real Decreto 557/2014[\[12\]](#) (RELOEx). Este régimen especial se denomina “Régimen de admisión a efectos de estudios, intercambio de alumnos, prácticas no laborales o servicios de voluntariado” y entre sus beneficiarios más numerosos se encuentran las personas extranjeras cuya

motivación principal es realizar estudios en España. La particularidad más interesante para este trabajo es que las personas extranjeras admitidas en España con fines de estudio no son consideradas residentes para el Régimen de Extranjería, sino en situación de “estancia”, lo que limita su acceso a determinadas prestaciones y servicios, tales como la asistencia sanitaria, e incluso el acceso a la nacionalidad por residencia (Del Álamo, 2016).

La Ley General de Sanidad reconoce el derecho a la salud y a la atención sanitaria con base en el concepto de ciudadano, y no de afiliación y alta al Sistema de Seguridad Social, que determinaba que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria “todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional”. En realidad, se trata de un sistema contributivo para titulares y beneficiarios, extensible y en su modalidad no contributiva, a personas sin recursos económicos suficientes.

Sin embargo, en cuanto al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras admitidas con fines de estudio, podemos trazar una línea divisoria con fecha de abril de 2012, con la entrada en vigor del antes mencionado Real Decreto Ley 16/2012. Este RDL 16/2012 modificó la redacción del artículo 12 de la LO 4/2000, en el cual se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras que se “encontraran en España, independientemente de su situación legal, inscritos en el padrón del municipio en el que tuvieran su domicilio habitual, y en las mismas condiciones que los españoles”. En el apartado 2º del mismo artículo, se subrayaba que las personas extranjeras que se “encontraran” en España, tendrían derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave, o accidente, cualquiera que fuera su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. Y, a continuación, se remarcaba este reconocimiento a las personas extranjeras de menos de 18 años, y a las personas extranjeras embarazadas, en ambos casos por el hecho de encontrarse en España.

En cualquier caso, no se hacía referencia al requisito de la residencia para acceder a este derecho, sino simplemente a “encontrarse en España”, por lo cual, inicialmente tenían cobertura tanto los y las extranjeras en situación irregular, como aquellos que se encontraban en situaciones distintas a la residencia, como la situación de estancia por estudios. La única forma de acceder a la cobertura sanitaria en este caso era demostrar que el estudiante carecía de los medios económicos para subsistir, y que su país de origen no

prestaba cobertura sanitaria en el extranjero. Es decir, la naturaleza del estatus de “estancia por estudios” excluye al estudiante extranjero del acceso a servicios y prestaciones para los que es requisito demostrar la carencia de recursos económicos.

De hecho, al estudiante extranjero se le exige, para tramitar su visado por estudios, contar con un seguro médico, el cual sólo es útil para atender emergencias o viajes, ya que para poder adquirir un seguro médico en España se requiere de un número de identificación de extranjero (NIE), así como demostrar el registro de vivienda o empadronamiento. Asimismo, para la renovación anual de su permiso de estancia se le exige que siga reuniendo los requisitos que dieron lugar a su expedición, entre ellos tener medios económicos garantizados para su estancia, y un seguro médico con cobertura en España (art. 33.3 LOEx y 38.1 del RELOEx).

Con la aprobación del Real Decreto-Ley 7/2018, se elimina la división entre inmigrante regular e irregular, de manera que la situación administrativa del inmigrante pasa a un segundo plano, reconociendo este derecho con independencia de la misma.

Sin embargo, como expusimos anteriormente, la exclusión de las personas extranjeras admitidas con fines de estudio en España, de la asistencia sanitaria gratuita, deriva esencialmente de los requisitos establecidos en el artículo 38.1 del RELOEx, entre ellos contar con un seguro público o privado de enfermedad concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España. En este sentido, la normativa reconoce como tal tanto una póliza de salud privada como el reconocimiento del derecho a las prestaciones sanitarias en virtud de convenios bilaterales establecidos entre la Seguridad Social española y los sistemas de salud de otros países, como prueba de la cobertura sanitaria durante su estancia en España, esto es, en los casos en que los alumnos provengan de países con los que España tenga firmado los mencionados convenios y ostenten ese derecho en el sistema sanitario de su país, se reconocerá a efectos de concesión de visado probado la posesión de cobertura sanitaria durante su estancia en España.

Otro de los requisitos establecidos en el artículo 38.1 del RELOEx, es precisamente tener garantizados los medios económicos necesarios para sufragar los gastos de estancia y regreso a su país, y, en su caso, los de sus familiares, cuyo cumplimiento previo supone de hecho la exclusión del

estudiante extranjero del acceso a la asistencia sanitaria gratuita, al no poder ser considerado, de nuevo, “persona sin recursos económicos suficientes”.

Otra posible vía de acceso a la asistencia sanitaria para las y los estudiantes extranjeros podría haber sido el Seguro Escolar Obligatorio. Éste es un seguro de vida y de salud obligatorio para todos los estudiantes menores de 28 años que cursen en territorio nacional estudios de enseñanzas medias, estudios universitarios (primero, segundo y tercer ciclo) y otros estudios oficiales, que se formaliza en el momento de la matrícula.

Dado que la normativa que regula el Seguro Escolar en nuestro país data de 1953 y en ella no consta ninguna referencia expresa al acceso por parte de ciudadanos y ciudadanas extranjeras a las prestaciones del Seguro Escolar, la Seguridad Social ha dispuesto que:

Quedan, asimismo, incluidos en el ámbito protector de este seguro, los estudiantes nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, y, en general, todos las y los estudiantes extranjeros residentes en las mismas condiciones que los españoles, siempre que cursen los citados estudios en España y hasta la edad de 28 años.

Esto es, de nuevo se limita el acceso a su disfrute a aquellos estudiantes que posean el estatus de residentes, es decir, que gocen de un permiso de residencia en cualquiera de sus supuestos, y sean alumnos de un centro educativo. Por tanto, no serán beneficiarios las y los estudiantes extranjeros con visado o autorización de estancia por estudios, ya que se presupone que al solicitar este tipo de permiso demuestran que poseen los medios económicos suficientes para solventar el periodo en el que se formarán en España.

LAS LIMITACIONES EN EL ACCESO A LA SALUD: EXPERIENCIAS DE ESTUDIANTES PROVENIENTES DE TERCEROS ESTADOS

La relación entre el acceso a la salud, la prevención en salud y la legislación, que se ha revisado en el apartado anterior, se ejemplifica de forma clara en los siguientes testimonios de personas migrantes que llegaron a Madrid a cursar estudios de grado y posgrado y que se han encontrado con limitantes para acceder a la asistencia sanitaria en diversos sentidos, sobre todo a la asistencia en el primer nivel de atención.

Como hemos mencionado anteriormente, los requisitos para que un extranjero obtenga el preceptivo Visado de Estudios antes de su llegada a España, están regulados reglamentariamente (art. 38.1 del RELOEx). Entre ellos destaca la obligatoriedad de poseer cobertura médica, bien a través de la contratación de un seguro privado (contratado por el estudiante o como parte de una beca de estudios), o bien a través de la existencia de un convenio bilateral entre el sistema de salud del país de origen del estudiante y la Seguridad Social Española. En el primer caso, existen múltiples tipos de seguros médicos: pago anticipado, copago, sin pago por parte de la persona asegurada. Debido a que los seguros deben adquirirse para el trámite del visado desde el país de origen, en ocasiones se ve obstaculizado el trámite a seguros que sólo permiten atención a través de urgencias médicas, por ejemplo. Es un problema, ya que la asignación del número de identificación de extranjero (NIE) ocurre hasta que al estudiante llega a España, acude a la correspondiente Oficina de Extranjeros[13] y realiza su trámite presencialmente, lo que puede tardar más de seis meses; no obstante, el visado se gestiona desde el país de origen. Una vez que se tiene el NIE, se puede tener acceso a comprar un seguro médico en España, el cual puede ofrecer otros servicios, como consultas médicas que incluirían servicios de prevención y atención en primer nivel o emergencias, dependiendo del seguro que se adquiriera. Estos seguros por lo general tienen una duración de al menos un año y no pueden adquirirse por menos tiempo.

P: Oye cuando te vienes a España, te vienes con una visa de estudiante, ¿te pidieron un seguro médico para venir? R: Sí. P: ¿Lo has usado? R: La cobertura es, el seguro es que tú llamas y si es urgente te mandan un médico a casa, las tres veces que yo he necesitado lo han enviado a casa, y me dan la receta, una vez lo enviaron a la escuela porque no había manera de que llegara a casa, y tengo que guardar los tickets y con eso me devuelven a mí, dicen. Estoy guardando todo (mujer, Bolivia, 29 años).

El anterior extracto da cuenta de una situación muy difícil para las y los estudiantes extranjeros, pues quienes tienen el tipo de cobertura como el que posee nuestra entrevistada boliviana deben de tener el dinero en cuenta corriente, para echar mano de éste al cubrir la atención médica que han recibido. Ante esto cabe cuestionarse qué pasa con aquellos estudiantes que carecen de fondos económicos y tienen una emergencia de salud durante su estancia en España. Por ejemplo, otra de nuestras informantes nos menciona

que su seguro médico privado sólo cubre emergencias y es “de vida”, lo cual limita la atención de primer nivel, preventiva o, incluso, dental.

No, no tengo un seguro para ir a ver especialistas, solo uno de vida o emergencias (mujer, México, 30 años).

P: ¿Tenías un seguro de urgencias? R: Tenía un seguro de gastos médicos, el que contratamos junto con la visa de estudiante, ese me lo contrataron desde México, era internacional. P: Y, ¿te permitía, por ejemplo, ir a una consulta preventiva? R: No, no, no, me cubría cosas de urgencias, si tenía un accidente, si necesitaba una cirugía, pero si yo quería ver a un especialista, al doctor porque tenía una gripa, eso creo que no (mujer, México, 27 años).

R: No tenía dinero para el maldito seguro médico, ¿de dónde lo iba a sacar? Estaba en un tratamiento para acné que es carísimo y no va a pasar [lo tendría que dejar] (mujer, México, 22 años).

Un tema recurrente entre las personas entrevistadas es la salud sexual y reproductiva. Este aspecto de la salud es una de las preocupaciones que la mayoría de las estudiantes que participaron en esta investigación comentan cuando indagamos sobre su salud y sus prácticas sexuales. Para ellas el tema de salud sexual y reproductiva es uno de los que tiene una gran cantidad de limitantes para ser atendido. Los relatos demuestran que experimentan experiencias complejas, como que en ocasiones se les solicita una prescripción médica para obtener anticonceptivos hormonales por su categorización médica. Esta situación dificulta el acceso y por ende podría llevar a necesidades anticonceptivas insatisfechas, pero también tiene posibles consecuencias a futuro en la forma en la que se busca atención médica y en la experiencia en sí, como la que se observa en el siguiente testimonio:

Me sentía como una drogadicta, porque era de llegar a la farmacia, ¿tienes el parche?, ¿pero tienes receta?, pues no, pues dice es que te tienen que dar, yo le digo que siempre lo he comprado así, no pues es que a partir de ahora tienes que traer receta (mujer, México, 29 años).

P: Oye, ¿tienes seguro médico? R: Sí, ocupas que para renovar tienes que tener seguro de salud y como estudiante no te pueden dar el estatal, como seguro social, entonces contratar un seguro con [nombre de aseguradora], y como recién vine a Madrid entonces vi el que me tocaba. P: Y, ¿te cubre el seguro el DIU? R: No, porque el mío es

el super básico, el esencial, entonces la consulta, y por el DIU a una se contaba vayan a cobrar, tal vez me hagan una ecografía más (mujer, Bolivia, 29 años).

Yo desde que llegué, por parte del Conacyt [Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología] pues te hacen comprar el seguro privado y entonces pues no lo he utilizado, para nada, para casi nada, no iba a ir al seguro privado para que me dieran la receta, y como no tenía seguridad social, pues tampoco podía ir al médico, entonces, o sea las últimas veces que intenté comprar el parche pues eso fue yendo a una farmacia, o con mis compañeros de la facultad, de oye vas a ir a la farmacia, sí, pues tráeme unos parches porque no me los venden (mujer, México, 29 años).

Otra problemática tiene que ver con las afectaciones que ocurren por los frecuentes cambios en la normativa española que regula el acceso a la asistencia sanitaria de la población extranjera en España. En momentos de crisis económica, los mandatarios españoles han modificado la cobertura de las personas extranjeras para incrementar las recaudaciones y destinarlos a otros rubros que fortalezcan la economía española. Así pues, los estudiantes provenientes de Terceros Estados pueden experimentar diversas situaciones de cobertura sanitaria en función de la legislación vigente y la Comunidad Autónoma de residencia. Tal es el caso de aquellas personas que llegan a España en un momento de cobertura universal y cuentan con el estatus de “estancia por estudios”, ya que cuando tienen que realizar renovaciones o cambio de estatus de su condición migratoria (residencia temporal), se les solicita contar con un seguro médico privado, por ser ésta una de las condiciones que requiere el Estado español. De darse el caso que el estudiante deje de contar con medios económicos para cubrir sus requerimientos sanitarios, sería complejo que pudiera renovar su documentación como estudiante regular. Así, en el siguiente testimonio podemos observar las dificultades que implica el cambio de estatus:

P: ¿Acá tienes seguro médico? R: En este momento con la nueva ley, no. P: Y, ¿lo tenías hasta hace unos meses? R: Sí, en Francia tenía, en Barcelona evidentemente tenía, en Madrid no lo pedí. Cuando fui con alergia me dijeron que por no estar trabajando no me lo daban, pero bueno en principio siempre tuve. P: Y, ¿lo usabas? R: Muy poco (mujer, argentina, 29 años).

[Al solicitar una prueba para VIH] [...] así puso cara de espanto, me dio la orden y ni siquiera me dijo cuándo te entregan los resultados de las pruebas, ni nada. P: Y, ¿eso

fue seguro privado? R: No, yo tengo seguro de [nombre de aseguradora], porque el seguro público no pude conseguir porque cuando se están sacando los papeles el requisito para tener la tarjeta de estudiante, el requisito para tener el seguro público y para sacar el seguro público necesitabas la otra [...] mi jefe se cansó y saqué el seguro de [nombre de aseguradora] que supuestamente es muy bueno en plan de la póliza, pero igual es una mierda que la salud no me gusta nada (hombre, Bolivia, 27 años).

En este último testimonio un estudiante boliviano narra las dificultades a las que se enfrentó al intentar obtener una prueba de VIH, ya que no sólo es obtener la atención sino los posibles cambios de régimen, el conocimiento del sistema de salud y los trámites que deben realizarse para cada uno de los diferentes escenarios en salud que pueden presentarse.

Como se puede observar en los testimonios de las personas que deciden ir a estudiar a otro país, en este caso a España, puede tener consecuencias importantes en su salud; observamos que se identifican temas sobre salud reproductiva y sexual, pruebas de VIH y posibles embarazos no deseados o planeados. Sin embargo, estos temas pueden extrapolarse a complicaciones de enfermedades no graves en un inicio como gastroenteritis, influenza, problemas dentales o infecciones bacterianas. Asimismo, otro campo que queda descubierto es la salud mental, que sabemos está relacionada con el proceso migratorio (Achotegui, 2005; Suárez y Peña, 2019; Vilar Peyrí y Eibenschutz Hartman, 2007). Finalmente, cuando el estudiante requiere una atención especializada o de tercer nivel, éste tiene la opción denominada como “copago”, en la cual el seguro médico cubre una parte de la atención, pero el estudiante debe cubrir el resto del monto. Entendiendo que este tipo de atención es la más costosa, nuevamente el estudiante queda en una situación de vulnerabilidad si pierde el soporte económico para sustentar sus estudios en España o si no cuenta con los medios económicos para cubrir el tipo de atención médica que necesita.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo de investigación analizamos el efecto de la legislación que regula a los estudiantes provenientes de TE en España; particularmente nos enfocamos en los alcances que tiene la normativa vigente en materia de salud en este país para latinoamericanos de nivel posgrado. Nuestros hallazgos

demuestran que en España existe una legislación que garantiza la cobertura de servicios de salud para los nacionales a nivel constitucional (es decir en el escaño más alto de la jerarquía de los instrumentos normativos), pero este derecho universalizado ha excluido a estudiantes provenientes de Terceros Estados por considerar que éstos tienen un estatus jurídico y migratorio que garantiza medios económicos durante todo el periodo de estancia por estudios en España.

Asimismo, identificamos que existen paradojas en la cobertura universal de la salud para las y los estudiantes extranjeros en España, pues la legislación en materia sanitaria presupone que las condiciones iniciales de financiamiento económico no varían negativamente mientras estudian en España. La cobertura en materia de salud no considera situaciones de pérdida del capital económico con el que se sostienen las y los estudiantes extranjeros en España, tampoco considera la pérdida o reducciones en el presupuesto de becas que reciben desde sus países de origen. Ante la casi imposible oportunidad de cambiar el estatus a residente para acceder al mercado laboral en España, el acceso a la sanidad universal resulta limitado.

Estas contradicciones tienen una explicación que se revela al identificar el eje de la regulación de la extranjería española: ésta tiene el objetivo de incrementar las ganancias económicas para las aseguradoras de servicios médicos en España, pues para cambiar de tipo de documento administrativo en ese país se busca que el inmigrante pueda aportar al sistema de la Seguridad Social, es decir, que tenga un vínculo laboral con España y cotice y contribuya a este sistema. Esto afecta a también a inmigrantes cualificados y a estudiantes provenientes de TE, sin embargo, lo hace de distinta manera. En ambos casos esta situación complica el acceso a la salud para aquellas personas extranjeras que se interesen en cambiar su estatus de estancia por estudios a uno de residencia. En consecuencia, las y los estudiantes con estancia por estudios sólo podrán acceder a la atención sanitaria estatal en España si demuestran que no cuentan con medios económicos suficientes, pero esto puede dejarlos en una situación de irregularidad administrativa. Si el o la estudiante, al finalizar sus estudios, transforma su autorización de estancia por estudios en un permiso de residencia y trabajo,[14] por cuenta propia (emprendedor) o ajena, disfrutará de derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que el resto de los trabajadores cotizantes a la Seguridad Social Española. Además, se revela también que el tipo de acceso a la salud limita las intervenciones para

prevención en salud, especialmente para atención en primer nivel e incluso para atención en salud mental.

Para conocer con mayor detalle las posibles consecuencias negativas que pueden padecer los y las estudiantes que llegan a España desde América Latina, es necesario realizar más investigaciones enfocadas en los diversos tipos de seguro médico y la legislación existente al respecto. La normativa para la obtención de seguros médicos por parte de las y los estudiantes extranjeros en España debe revisarse para, por ejemplo, permitir la compra de seguros médicos de amplia cobertura desde el país de origen o a la llegada a España y así evitar que sólo cuenten con protección para emergencias durante meses. Asimismo, las universidades y centros de investigación deberían tener la obligación de apoyar a sus estudiantes para obtener un seguro médico que les permita tener acceso a primer, segundo y tercer nivel de atención durante su estancia en España desde el inicio de ésta, ya que la salud es un derecho fundamental recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, Joseba (2005). “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (el síndrome de Ulises)”. *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría* 5 (21): 39-53. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10842426>https://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/19/docs/Areas/Inmigracion/Otras%20Jornadas/Jornadas%20Salud%20Mental%20e%20Inmigraci%C3%B3n/SINDROME_ULISES.pdf>. (Consulta: 17 de junio 2020).
- Alarcón, Rafael (2007). *The Free Circulation of Skilled Migrants in North America. Migration Without Borders. Essays on the Free Movement of People*. París: Unesco-Oxford-Berhahn Books.
- Arnett, Jeffrey (2000). “Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties”. *The American Psychologist* 55 (5): 469-480. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10842426>>. (Consulta: 7 de junio 2020).
- Attride-Stirling, Jennifer (2001). “Thematic networks: An analytic tool for qualitative research”. *Qual Res.* 1 (3): 385-405.

- Beebe, James (2014). *Rapid Qualitative Inquiry: A Field Guide to Team-Based Assessment*. Londres: Rowman & Littlefield.
- Bermúdez Quintana, Elba M. (2011). *Mujeres inmigrantes y salud: testimonios colombianos*. Valencia: Publicacions de la Universitat de València.
- Blanco, Ignacio J.; Rosana Montes; Miguel Gea; Annemie Boonen, y Claudio Dondi (n.d.). “El papel de la movilidad virtual en la mejora de la cooperación internacional entre Instituciones de Educación Superior”. I Encuentro Internacional Anual Virtual educa. Santo Domingo, República Dominicana.
- Bronfenbrenner, U. (1977). “Toward an experimental ecology of human development”. *American Psychologist* 32 (7): 513-531.
- Cordera Campos, Rafael, y Rocío Santamaría (2008). “Internacionalización, autonomía y calidad de la educación superior. Elementos para la integración de América Latina y el Caribe”. *Universidades* 37: 69-76. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/373/37311274006.pdf>>. (Consulta: 5 de junio 2020).
- Del Álamo, Nuria (n.d.). *Los otros migrantes: la movilidad por razón de estudios*. 56° Congreso Internacional de Americanistas.
- Del Álamo, Nuria (2016). “Movilidad internacional de estudiantes universitarios”. Tesis doctoral pendiente de publicación por la Universidad de Salamanca.
- Del Álamo, Nuria, y Alma Paola Trejo (2016). “Fuentes de datos para estimar la movilidad estudiantil de origen latinoamericano en el sistema universitario español”. Ponencia presentada en el 8° Congreso del Consejo Europeo de Investigaciones Sociales en América Latina, Instituto de Iberoamérica de la Universidad de Salamanca. Salamanca, España, 28, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2016.
- Didou Aupetit, Sylvie (2017). “La internacionalización de la educación superior en América Latina: transitar de lo exógeno a lo endógeno”. *Cuadernos de Universidades* 1. doi.org/978-607-8066-32-2.
- Eguiluz, Itzel (2014). “Emerging adulthood, regular migration and sexuality: Latin American immigrants in Madrid”. *Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero* 5 (2): 59-64.
- Eguiluz, Itzel (2016). “Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad”. Tesis de doctorado por la

Universidad Complutense de Madrid.

García Palma, Jonathan Jesús (2013). “Movilidad estudiantil internacional y cooperación educativa en el nivel superior de educación”. *TEMAS/TEMAS*. Disponible en: <<https://rieoei.org/historico/documentos/rie61a04.pdf>>. (Consulta: 14 de junio 2020).

Matheson, Jennifer L. (2007). “The voice transcription technique: Use of voice recognition software to transcribe digital interview data in qualitative research”. *The Qualitative Report* 12 (4): 547-560. Disponible en: <<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR12-4/matheson.pdf>>. (Consulta: 14 de abril 2020).

Moraes Mena, Natalia (2010). *Transnacionalismo político y nación: el papel del estado y la sociedad civil migrante en la construcción de la trans-nación uruguaya*. Granada, España: Universidad de Granada. Disponible en: <<http://hdl.handle.net/10481/4927>>. (Consulta: 4 de marzo 2020).

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2001). *Trends in International Migration: Continuous Reporting System on Migration*.

Rinken, Sebastian, y Anaïs Herrón Museur (2004). “¿Vivir transnacional? Prácticas transnacionales de los inmigrantes asentados en Andalucía”. *IESA* 19 (04). Disponible en: <<https://digital.csic.es/handle/10261/2091>>. (Consulta: 3 de abril 2020).

Ritchie, Jane; Jane Lewis; Carol McNaughton, y Rachel Ormston (2013). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE.

Rivero, Patricia Jimena, y Alma Paola Trejo Peña (2020) “Los programas de repatriación de investigadores de Argentina y México: reflexiones preliminares en perspectiva comparada”. *Asociación Latinoamericana de Sociología: controversias y concurrencias latinoamericanas* 12 (21): 79-105.

Sánchez Fernández, Pedro Manuel (1999). “Los estudiantes extranjeros en la universidad española”. *Dereito: Revista Xuridica Da Universidade de Santiago de Compostela* 8 (2): 241-271. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=173938>>. (Consulta: 23 de agosto 2020).

Smith, Joanna, y Jill Firth (2011). “Qualitative data analysis: The framework approach”. *Nurse Researcher* 18 (2): 52-62.

- Suárez, Sabrina, y Alma Trejo (2018). “La comunidad venezolana en México: perfil, motivaciones y experiencias”. En *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*, Colección OBIMID, vol. 4, coordinado por J. Koechlin y J. Eguren, 251-272. Lima, Perú: Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Konrad Adenauer Stiftung, OIM, OBIMID.
- Suárez Bequir, Sabrina Soledad, y Alma Paola Trejo Peña (2019). “Limitaciones para ingresar al mercado de trabajo español de inmigrantes en la Coruña”. *Cuadernos Latinoamericanos* 31: 8-25. Disponible en: <<https://produccioncientificaluz.org/index.php/cuadernos/article/view/2988>>. (Consulta: 15 de junio 2020).
- Trejo Peña, Alma Paola, y Nuria del Álamo Gómez (2017). “Movilidad estudiantil y académica de educación superior en Iberoamérica”. En *Migraciones: movilidad y globalización en Iberoamérica*, coordinado por Javier Diz Casal, Virginia Morcillo Loro y José David Gutiérrez Sánchez, 16-35. Madrid: Cooperación Editorial S.L.
- Trejo Peña, Alma Paola, y Jakson Renner Rodrigues Soares (2019). “De turistas académicas a inmigrantes cualificadas: estrategias de movilidad de las latinoamericanas en España”. En *Gestión, turismo y género*, coordinado por Jakson Renner Soares Rodrigues, Raquel Santiago Romo, Larissa Paola Macêdo, Gabriel Castro, Rosa María Torres Valdés, 191-204. Pamplona, España: Thomson Reuters.
- Vilar Peyrí, Eugenia, y Catalina Eibenschutz Hartman (2007). “Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6 (13): 11-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es>. (Consulta: 10 de febrero 2021).
- Wickramasekara, Piyasiri (2003). *Policy Responses to Skilled Migration: Retention, Return and Circulation*. Ginebra: International Labour Office.

[Notas]

- [1] Las TIC han permitido utilizar plataformas educativas similares entre países, de modo que quienes realizan una movilidad internacional, pueden tener información de la institución a donde se trasladarán y al matricularse en el país de estudio; es posible que utilicen las mismas plataformas que utilizaban en sus países de origen.
- [2] Por mencionar algún otro, en 2014, y con una temporalidad más reciente, Colombia ha incorporado el programa “Es tiempo de volver”.
- [3] De aquí en adelante utilizaremos indistintamente estudiantes de Terceros Estados o extranjeros, para referirnos a aquellas personas estudiantes originarias de países no comunitarios.
- [4] Para más detalles véase Bronfenbrenner (1977).
- [5] En su momento Argentina y Bolivia, junto con Colombia, eran los países latinoamericanos que más migración tenían a España.
- [6] *Boletín Oficial del Estado*-A-1978-31229: <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)>.
- [7] *Boletín Oficial del Estado*-A-1986-10499: <<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>>.
- [8] Se trata de un tipo de regionalización geográfica en España que agrupa a demarcaciones administrativas más pequeñas denominadas provincias.
- [9] En la redacción dada por la Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, del 22 de diciembre; por la Ley Orgánica 1/2003, del 28 de septiembre; por la Ley Orgánica 14/2003, del 20 de noviembre de 2003, y por la Ley Orgánica 2/2009, del 11 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*-A-2000-544: <<https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>>.
- [10] *Boletín Oficial del Estado*-A-2012-5403: <<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>>.
- [11] *Boletín Oficial del Estado*-A-2018-10752: <<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>>.
- [12] Real Decreto 557/2014, del 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. *Boletín Oficial del Estado*-A-2011-7703: <<https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/04/20/557/con>>.
- [13] Cabe mencionar que las oficinas para trámites de extranjería dependen orgánicamente de la Dirección General de la Policía, que se encarga de la documentación de las personas extranjeras en España.

[14] El RELOEx recoge esta posibilidad en el título XII: Modificación de las situaciones de los extranjeros en España. Artículo 199: De la situación de estancia por estudios, investigación, formación o prácticas a la situación de residencia y trabajo o de residencia con exceptuación de la autorización de trabajo.

Capítulo 11

El Seguro Popular para migrantes: análisis del caso Tapachula

Mónica Carrasco Gómez

Investigadora cátedra Conacyt, adscrita a CIESAS-Sureste

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

Según lo establecido en la Constitución mexicana, todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ella y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forme parte. Además, está prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra situación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (Constitución, 1917, artículo 1). Es decir, cualquier persona que ingrese en el territorio nacional podrá gozar de los derechos reconocidos en la Carta Magna. En consecuencia, también tiene el derecho a la protección de la salud estipulada en el recientemente reformado[1] artículo Cuarto, que en su párrafo tercero decreta: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”. La Ley[2] definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

ANTECEDENTES

Para empezar, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular (SP) se rigió por la Ley correspondiente y bajo esta forma se han administrado los servicios de salud desde 2003. Fue una política de salud que obedeció a las recomendaciones del Banco Mundial en 1993, y tuvo la finalidad de gastar eficientemente y de manera focalizada los recursos en los sectores más vulnerables. Fue así como el gobierno se comprometió a darle protección financiera a la población que no tenía seguridad social, a través de un paquete limitado de intervenciones médicas que fue “ensanchándose” con el paso de los años. Básicamente, el SP es el brazo operativo del SPSS, que consiste en operar una nueva forma de financiar a los Servicios Estatales de Salud (SESA) a través del cumplimiento de metas de afiliación —es decir, mientras más afiliados existan, más recursos se les destina—, por lo que se volvió la fuente principal de financiamiento de los programas de salud de los SESA del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Prospera, e incluso de proveedores privados en todo el país.

En primer lugar, el SP ofreció en 2014 una modalidad para afiliar por tres meses a la población migrante en situación irregular (PMSI) (OIM, 2019: 2)[3] que no contara con los requisitos de afiliación en cuatro entidades federativas (Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Chiapas): “con la finalidad de brindar atención integral y servicios de salud a la población migrante que cruza el territorio nacional hacia los Estados Unidos” (Secretaría de Salud, 2014). En este sentido, se acompañó dicha apertura con un discurso en pro de garantizar los derechos de la población migrante: “una medida de solidaridad y respeto a los derechos humanos de todo ciudadano del mundo y con los pueblos hermanos de México, principalmente de América Central” (Secretaría de Salud, 2014). Fue así que para brindar la prestación del servicio de salud financiado por el SP, se facultó a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) para registrar a este grupo de personas de manera provisional hasta por un periodo de 90 días (Secretaría de Salud, 2014).

A propósito, es posible identificar que antes de la apertura del SP para migrantes, se referían a esta posibilidad como una aspiración; es decir, se señalaba que no se había contemplado en las reglas de operación la posibilidad para que las y los migrantes en situación irregular pudieran acceder a los servicios del SP (Flores Benítez, 2011: 38). En cambio, cuando se logró incorporar a los migrantes en este programa, la inclusión fue documentada

como un avance en materia de salud de la política migratoria del Estado mexicano, para poder brindar atención médica a las y los migrantes irregulares en tránsito por México hacia los Estados Unidos (Pérez Bravo M., 2018: 96), aunque también se le consideró como un esquema de protección social para los migrantes sin papeles. A pesar de estas buenas intenciones, desde sus inicios se identificaron procesos diferenciados entre la población mexicana y la migrante irregular para la afiliación, además de la falta de lineamientos para operar dicho programa (Leyva *et al.*, 2015: 9). Más adelante, durante su puesta en marcha, se reconocía que a pesar de ser un programa de ayuda humanitaria, debía ser vigilado para evaluar su funcionamiento (Paz Carrasco *et al.*, 2016: 86).

Cabe mencionar que, aunque dicha medida fue anunciada con gran ovación —porque anulaba la barrera de acceso al SP para la PMSI de manera temporal—, la ejecución de este programa no fue documentada. Por tal motivo, surgieron los siguientes cuestionamientos: ¿cómo se llevó a cabo el Seguro Popular para Migrantes (SPM) a nivel normativo y programático? ¿Qué sucedió en los servicios de salud de Tapachula a partir de la apertura del SPM desde la perspectiva de los actores del sistema de salud? ¿El SPM se puede considerar un programa que avanzó en materia de equidad para que la PMSI pudiera acceder a los servicios de salud?

Para poder dar respuestas a estos cuestionamientos, este capítulo iniciará con una discusión teórica que se ha desarrollado desde la sociología de la salud sobre el acceso y equidad a los servicios de salud. La estrategia metodológica es un estudio de caso con información recopilada de entrevistas y documentos normativos y operativos recuperados a través de solicitudes de transparencia. Finalmente, los resultados abordarán aspectos normativos del programa entre Chiapas y los otros tres estados que lo llevaban a cabo: origen del SPM, registro de migrantes extranjeros para la atención mediante el SPSS y financiamiento. Posteriormente, se presentan resultados del caso de Tapachula, Chiapas, en los cuales se aborda la operación y el acceso a los servicios de salud, las críticas al programa, la residencia permanente como un requisito insuficiente para afiliarse por más de tres meses, el desabasto y la insuficiencia de recursos. La discusión se centra en el diálogo con las aportaciones teóricas y empíricas sobre la equidad y el acceso a los servicios de salud, incluyendo las consecuencias en la implementación del SPM. Finalmente, se presentan

conclusiones que entretengan los principales hallazgos con los aspectos estructurales del programa que en 2018 desapareció, mostrando las complejidades al operar programas para la PMSI.

PERSPECTIVA TEÓRICA

En este aspecto se privilegia la perspectiva de la equidad en salud para dar cuenta del acceso a los servicios de salud de la PMSI a través de la apertura del SPM. Desde mi parecer, es posible identificar las diversas aportaciones que se han generado sobre el acceso a los servicios de salud, en la discusión de las reflexiones sobre la desigualdad social, las políticas para atender la exclusión social, así como las respectivas complejidades y contradicciones a las que se enfrentan para operar los programas.

Antes que nada, se han desarrollado diferentes marcos conceptuales y dimensiones para estudiar el acceso a los servicios de salud (ASS) (Aday y Andersen, 1974; Penchansky y Thomas, 1981); además, se han planteado definiciones que permiten la operacionalización (Fajardo-Dolci *et al.*, 2015). Aday y Andersen plantearon que el estudio del ASS se inicia al analizar los objetivos de la política de salud en un país; continúa al entender las características del sistema de atención a la salud y de la población bajo estudio (inputs), y concluye con el estudio de los resultados (outputs). Es así que el modelo propuesto incluye diversas dimensiones como el estudio de las características de los servicios de salud, es decir, los recursos, así también la organización de los mismos; las características de la población o la predisposición para usar los servicios; la utilización (la cual depende de la cobertura de seguridad social o el capital social); las necesidades de salud de las personas, y finalmente, la satisfacción de las personas usuarias.

En este sentido, plantearon la relevancia de identificar en el acceso si las personas con una necesidad de salud llegaban al sistema de atención, e hicieron énfasis en las posibles diferencias en la definición de necesidad entre quienes demandaban la atención y la proveían. Posteriormente, Andersen revisa el modelo e incorpora el concepto de acceso efectivo, enfocándose en las mejoras en el estado de salud y en la satisfacción de las personas usuarias y, además, destaca que las acciones relacionadas con el acceso van más allá del sector salud (Andersen, 1995).

El acceso a los servicios de salud puede ser analizado desde sus barreras, pero también en sí mismo como un determinante de equidad. Sin embargo, para discutir la idea de equidad en salud, sin restringirse a la descripción de las desigualdades en salud, se tuvo que recurrir a otros planteamientos disciplinarios para poder debatir el acceso que el SP brindó a la PMSI.

Es así que siguiendo el interés inicial de identificar qué sucedió en términos de acceso y equidad en los servicios de salud a partir de la apertura del SPM, es posible retomar conceptos que analizan el acceso desde las posibles incongruencias al implementar programas para dar acceso a los servicios de salud a poblaciones excluidas por su condición migratoria, y sopesar el riesgo de generar programas asistencialistas que no contribuyen a la integración y que, por el contrario, corren el riesgo de perpetuar la exclusión.

Desafortunadamente, para entender el fenómeno del acceso a los servicios de salud desde la sociología de la salud para PMSI, son pocos los estudios que han ensayado o creado marcos conceptuales que integren los diferentes niveles de análisis de la accesibilidad, tales como los siguientes: en un primer nivel lo político estructural (estructura de servicios de salud, políticas, reformas, privatización, legislación en materia de migración y salud, alto costo de los servicios o escasos recursos destinados al sector salud); en un segundo nivel, lo institucional (organización, disponibilidad de recursos, horarios e información y percepción de la calidad, así como las dificultades geográficas), y en un tercer nivel están agrupados los factores individuales que, en el caso de los migrantes, afectan la utilización de los servicios por la ausencia de redes de apoyo, aspectos culturales (pertenencia a diferentes etnias, religiones, idiomas, género) o incluso la desconfianza para acudir a los servicios, así como la discriminación de los prestadores del servicio hacia la población migrante (Agudelo-Suárez *et al.*, 2012).

El acceso a los servicios de salud ha sido considerado como un determinante de equidad o inequidad en salud, es así que, en esta línea de pensamiento se ha propuesto un concepto llamado la “ley inversa de atención a la salud” que visibiliza cómo las poblaciones con mayores necesidades de atención sólo pueden acceder a servicios de menor calidad (Tudor Hart, 1971). Sin embargo, la lógica de este modelo subraya la multicausalidad, es decir, identifica factores y niveles como ejes explicativos y ve el “acceso como un proceso multicausal hasta alcanzar el uso de los servicios de salud” (Arrivillaga y Borrero, 2016: 5). Sin embargo, la principal crítica a este enfoque es que para lograr un acceso

equitativo se tiene una visión restrictiva de la mutabilidad de variables de la estructura social y se sobredimensiona la alta mutabilidad de los factores individuales y, en consecuencia, se atribuye al nivel individual la falta de acceso (Arrivillaga y Borrero, 2016: 11).

En contraposición, existe otra perspectiva conceptual que prioriza las condiciones estructurales para acceder a los servicios de salud desde una lógica de justicia social y derecho a la salud, la cual concibe la equidad en el acceso como “asegurar las condiciones sociales en las cuales todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables” (Arrivillaga y Borrero, 2016: 7). En esta línea de pensamiento encontramos aportaciones que muestran cómo puede ser entendida la equidad en salud y las desigualdades. Braveman (2014) aclara que no todas las diferencias en salud son desigualdades en salud; ejemplos de esto pueden ser las diferencias entre la salud de un joven o de un adulto mayor. Sin embargo, lo que hace que sea una desigualdad en salud tiene que ver con la justicia social, es decir, con el tratamiento de los grupos más aventajados en comparación con los más desfavorecidos socioeconómicamente cuando tratan de estar saludables o de acceder a los servicios de salud (Braveman, 2014: 6).

La autora se refiere a la desventaja social como una falta de recursos materiales, pero también de oportunidades. Es decir, incluye desventajas no sólo económicas sino la intersección de una serie de vulnerabilidades que colocan a ciertos grupos humanos en desventaja. La estratificación de los grupos de la sociedad se da de manera diferenciada por tener o no recursos económicos; pertenecer a cierta raza, etnia, género, orientación sexual, discapacidad o religión, y muy particularmente en este caso por ser migrante en condición irregular. De tal manera que estos factores influyen en la forma en que ciertos grupos sociales son tratados en una sociedad o un Estado-nación.

Desde esta perspectiva, se identifica que la equidad en salud es el principio subyacente que se compromete a reducir y de ser posible eliminar las desigualdades en salud y sus determinantes. Este principio tiene los siguientes razonamientos y fundamentos empíricos: el primero es que hay fuerte evidencia que vincula la desventaja social y económica con enfermedades, discapacidades y sufrimientos prevenibles, incluso la muerte prematura; el segundo razonamiento es que esta desventaja social puede ser mejorada por políticas sociales. Es aquí donde entra el papel del Estado para asegurar que el ejercicio de los derechos humanos sea para todas las personas sin distinción ni discriminación, a través de generar avances progresivos en legislación y

programas, y para prohibir políticas cuyo efecto sea la discriminación contra ciertos grupos, incluso sin que haya un intento consciente de discriminar (Braveman, 2014: 7).

En vista de lo anterior, desde esta perspectiva de equidad se miden las desigualdades en salud y se monitorea qué tanto las brechas disminuyen a partir de la implementación de ciertas políticas; por ello, la conceptualización de la inequidad se refiere en función de lo que Margaret Whitehead define como: “las diferencias que son evitables, innecesarias e injustas” (Whitehead, 1992: 5). Sin embargo, se requiere saber qué entienden los tomadores de decisiones por estos tres términos.

En este sentido, ¿cómo hacer para que las personas migrantes en situación irregular puedan ejercer plenamente su derecho a la salud? Autoras como Nancy Fraser (2003) han subrayado que el problema se centra en la distribución de los recursos y el reconocimiento político- cultural. Esto es, que la manera en cómo históricamente se favorece a un grupo social en menoscabo de otro, genera una concentración inequitativa e injusta de la riqueza y el poder; además, Fraser enfatizó, hace cerca de dos décadas que aún no se lograba el reconocimiento político de la diversidad cultural (Fraser, 2003: 57).

De la misma forma, y siguiendo a Garrido, el riesgo de no trabajar con estos dos aspectos —la distribución de los recursos y el reconocimiento político-cultural del fenómeno de la exclusión social en salud— se manifiesta en acciones asistencialistas que no favorecen el desarrollo de las capacidades necesarias en los individuos para desenvolverse en un ambiente hostil, y tampoco se generan las condiciones que permitan a las personas transitar a un ejercicio pleno de la ciudadanía (Garrido Gómez, 2012: 187).

El análisis que aquí se presenta se relaciona con la apertura del SPM, lo cual permitió a las personas migrantes en situación irregular el acceso por tres meses a un paquete básico de intervenciones de salud. Sin embargo, cabe preguntar, por un lado, ¿la apertura del SPM (tal como se documentó) fue un avance en materia de salud de la política migratoria del Estado mexicano? Y, por otro, ¿cuáles fueron las contradicciones y limitaciones?; y al tener una temporalidad específica (que subraya la diferencia con el resto de la población) ¿qué implicaciones tuvo la apertura del SPM para los prestadores de servicios de salud? Por tal motivo, el presente artículo tiene por objetivo analizar la manera en que se concibió la incorporación temporal al SPSS a las y los migrantes en situación irregular a nivel normativo y, por último, ¿cómo se

ejecutó por parte del personal directivo y de salud de la jurisdicción 7 Tapachula, Chiapas? Todo lo cual podría ayudar a entender esta compleja situación con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de todas las personas en el territorio nacional.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA[4]

Es un estudio de caso documental y descriptivo, con información primaria recolectada a través de dos estrategias metodológicas: análisis cuantitativo de información proporcionada a través de solicitudes de transparencia para Chiapas, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo, y entrevistas semiestructuradas en Chiapas, específicamente en Tapachula y Ciudad Hidalgo. El análisis cuantitativo se realizó a partir de información proporcionada por diversas instancias gubernamentales encargadas de recibir información de las instituciones de salud del primer, segundo y tercer nivel que operaban el SPM, como son: los Regímenes Estatales de Protección de Salud, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Las entrevistas semiestructuradas fueron 15 en total: 13 de ellas se realizaron a diferentes actores vinculados directa e indirectamente a los procesos de salud-enfermedad y atención de las personas migrantes en situación irregular, y dos a personas migrantes que acudieron o acompañaron a un familiar a los servicios de salud. De tal manera que los lugares, el número de entrevistas y las funciones clave que tenían son los siguientes: cónsul de Honduras (1); personal médico privado de una farmacia en Ciudad Hidalgo; representantes de organizaciones no gubernamentales: Una mano amiga (1); Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (1); Médicos del Mundo (1)); dos personas migrantes usuarias de los servicios de salud. Asimismo, personal directivo y operativo de servicios de salud: funcionario de oficina de atención a migrantes (1); Cruz Roja (1); Centro de Salud Villa Las Flores que brinda atención de primer nivel: director (1) y jefa de enfermeras (1); Hospital General de Tapachula de segundo nivel de atención (2) y Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” de tercer nivel de atención (subdirección de atención al usuario y directivo de investigación).

La metodología fue mixta: cualitativa, al enfocarse en escuchar la voz de las personas que operan el programa, del personal de organizaciones no gubernamentales, actores privados y usuarios. Pero también fue cuantitativa, al

obtener información sobre los datos de operación del programa, que incluyeron frecuencias sobre las afiliaciones de migrantes en Chiapas principalmente, pero también de otros tres estados donde se operó el SPM, esto debido a que a nivel cuantitativo fue posible obtener datos que permitieran diferenciar la sistematización de la información sobre la operación del programa en Chiapas, en relación con Tabasco, Yucatán y Quintana Roo durante el periodo de 2014 a 2017.[5]

En lo relativo a lo documental, pude obtener información de los mencionados estados donde operó el programa por medio de solicitudes de información a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y a los REPSS, los cuales contienen información oficial acerca de la implementación del programa SPM en los cuatro estados incluidos en la mencionada iniciativa (Secretaría de Salud, 2014). Las estadísticas brindadas por la base de datos de la Dirección General de Afiliación y Operación de la CNPSS se vaciaron en un archivo de Excel para realizar gráficas con las frecuencias simples.

Esta estrategia metodológica mixta permite conocer no sólo el discurso de los operadores sobre el programa y su ejecución, sino complementar con los datos generados en los otros tres estados donde se puso en marcha este mecanismo de afiliación, lo cual permite conocer el contexto observado por los actores y así tener mayores elementos para entender el caso de Tapachula, Chiapas.

Se eligió realizar el trabajo de campo en Tapachula y en Ciudad Hidalgo porque son municipios fronterizos de primer contacto de la población migrante en México y donde se queda la mayor parte de dicha población por los diversos retenes que impiden el paso para transitar por el resto del estado y del país. El trabajo de campo se realizó en dos ocasiones: las entrevistas a actores institucionales de la Secretaría de Salud (SSA) y con personal de las ONG en Tapachula, en marzo de 2018. Se buscó la manera de contactar con las personas migrantes, y a través de la organización Una mano amiga pudimos acompañar a algunas de ellas a realizar sus trámites en el SPM y a la obtención de citas para su atención, lo cual se pudo realizar en 2019 cuando ya habían tenido lugar las primeras caravanas migrantes que iniciaron en octubre de 2018.

Para realizar el análisis documental se leyeron las respuestas enviadas por la CNPSS y los REPSS de cada estado y dada la disparidad de la manera de

informar entre los cuatro estados y la federación, se hicieron tablas comparando las respuestas y en un segundo momento el análisis de esta información documental se utilizó como contexto para el análisis del presente capítulo.

En cambio, para el análisis cualitativo se transcribieron las entrevistas, se hicieron codificaciones y se discutieron con el equipo de trabajo, se conjuntaron los fragmentos discursivos que brindaron información sobre los siguientes temas: origen del Seguro Popular para migrantes (SPM); operación y acceso a los servicios de salud que ofrece el SPM; la residencia permanente como requisito insuficiente para afiliarse; registro de migrantes extranjeros en el SPM y financiamiento. En todas las entrevistas se llevó a cabo la lectura y explicación de un consentimiento informado que incluía el anonimato, la confidencialidad, pero también el derecho a detener la entrevista en el momento que se considere adecuado. Una limitación del estudio fue no poder lograr una cita con el personal de la CNPSS.

RESULTADOS

Los resultados se dividen en tres partes: en la primera se da cuenta de la situación normativa del programa SPM desde su origen; igualmente se muestran las diferencias interestatales. En un segundo apartado se identifican los mecanismos para la operación del programa en Tapachula, Chiapas; aquí se muestra cómo los actores institucionales entienden su ejecución en este contexto, y se señalan algunas críticas y contradicciones. En un tercer apartado se muestran dos aspectos sumamente relevantes para el programa: el registro y el financiamiento. Para entender de forma más rigurosa el fenómeno se muestra la revisión normativa al respecto a partir de las solicitudes realizadas a la CNPSS —que brinda información a nivel nacional— y a los REPSS de cada estado que operó el programa. De igual manera, se incluyen las experiencias narradas por algunos miembros del personal de salud de la jurisdicción 7 del Instituto de Salud del estado de Chiapas y del personal de salud de los hospitales de la región[6] (primer y segundo niveles de atención), que también recibe recursos del SP a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

ORIGEN DEL SEGURO POPULAR PARA MIGRANTES: DIVERGENTE ENTRE LOS ESTADOS Y SIN CONVENIOS

Previo al anuncio de la apertura del SPM y la afiliación al mismo en la Ley General de Salud, se mencionaban los requisitos para acceder al SP[7] (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2003), según los cuales era necesario, entre otras cosas, comprobar la residencia, lo cual podría hacerse con un comprobante de domicilio,[8] y en dado caso de que no se pudiera aportar la documentación probatoria, los REPSS, de manera provisional, podrían registrar a la persona hasta por un periodo de 90 días naturales; transcurrido dicho plazo sin que existiera comprobación del cumplimiento de los requisitos correspondientes, se tendría por no presentada la solicitud de incorporación (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017). Esto último sugiere, aunque no es posible afirmarlo, que no se consideran afiliados al SP, por lo tanto, no se contabilizan para brindar el recurso financiero per cápita; esto es importante porque era la principal fuente de financiamiento en los servicios de salud estatales por parte de la federación.

En este contexto, el SPM fue anunciado en la prensa de la SSA pero no fue acompañado de un acuerdo, convenio o decreto de la CNPSS para ofrecer dicha afiliación, sino por el decreto por el que se crea la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur (CAIMFS), así como el acuerdo por el que se instruye la constitución de los Centros de Atención Integral al Tránsito Fronterizo (CAITF), lo anterior a efecto de consolidar la Estrategia Integral de Atención a la Frontera Sur (EIAFS) (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017).

Tanto el decreto de CAIMFS como el acuerdo CAITF tienen como antecedente el Programa para la Seguridad Nacional (PSN) 2014-2018, en el que se establece que “será fundamental la consolidación de la Estrategia Integral de Atención a la Frontera Sur, mecanismo impulsado por el Gobierno de la República desde junio de 2013 para fortalecer la presencia de la autoridad del Estado en la zona y coordinar acciones con los países centroamericanos para superar los desafíos comunes a la seguridad y al desarrollo, y avanzar en el establecimiento de una frontera más moderna, eficiente, próspera y segura” (*Diario Oficial de la Federación*, 2014).

Estos instrumentos normativos (CAIMFS y CAITF) son los que consolidan la EIAFS, y la CNPSS, atendiendo al acuerdo de la constitución de los CAITF y al decreto para la creación de la CAIMFS, requería la coordinación con la SSA, entre otras dependencias federales, para dar atención integral a la migración en la frontera sur (Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco). Incluso las autoridades a nivel estatal y municipal estaban invitadas a celebrar convenios de coordinación para el cumplimiento del acuerdo de constitución de los CAITF (Acuerdo CAITF, 2014). Sin embargo, la CNPSS no cuenta con ningún convenio debido a que no han requerido de celebración alguna para los efectos desprendidos del acuerdo con el fin de la constitución de los CAITF. Esto debido a que la incorporación se realiza con base en las disposiciones legales y administrativas del SPSS, en las cuales es posible realizar acciones de incorporación temporal de 90 días a todas las personas que no cuentan con toda la documentación requerida (Comité de Transparencia Seguro Popular, 2018).

Es importante mencionar que ni en la LGS ni en el Reglamento a la LGS en materia de protección social en salud se hace referencia a los extranjeros, pero sí en el Manual de Afiliación y Operación del SP. Al respecto, en su Capítulo 1. Criterios de Afiliación, 1.2 Afiliación de Extranjeros, establece que “los extranjeros al igual que los mexicanos, que no presenten los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos de afiliación, podrán incorporarse temporalmente hasta por noventa días naturales, tiempo durante el cual invariablemente deberán presentarse los documentos faltantes y, en su caso, acreditar su residencia legal en el país”[9] (Unidad de Transparencia Comisión de Protección Social en Salud, 2017). En vista de lo anterior podemos identificar que no se realizó un acuerdo o convenio especial para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos por la SSA con el PSN.

Cabe mencionar que en los REPSS de los cuatro estados mencionados, la información sobre el origen del SPM fue diferente. Por ejemplo, en el estado de Tabasco la CNPSS, con base en el Programa Especial de Migración (PEM) 2014-2018 [10] y su estrategia, respondió apoyándose de este apartado: “4.3 facilitar y promover la salud integral con criterios diferenciados para las personas migrantes y sus familiares”, a través del cual se facilita a las personas que no cuentan con la documentación requerida su incorporación temporal al SPSS

(Gobierno Federal de México, 2014). En cambio, Quintana Roo y Chiapas hacen referencia al Manual de afiliación y operación vigente que a su vez está basado en los lineamientos de afiliación y operación del SPSS. El único estado que no contestó fue Campeche.

Respecto al PEM, existen dos anexos: el primero es sobre la alineación de programas, proyectos y acciones de la administración pública federal en materia migratoria, mientras que el segundo es la correspondencia entre dependencias y entidades participantes en el programa por línea de acción. En el primero hay un objetivo sobre salud y se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Especial de Migración

Objetivos	Estrategias (Anexo 1)	Línea de acción (Anexo 2)
4. Favorecer los procesos de integración y reintegración de las personas migrantes y sus familiares.	"4.3 facilitar y promover la salud integral con criterios diferenciados para las personas migrantes y sus familiares", lo cual tiene dentro de sus acciones la promoción de la afiliación al SPSS, y el otro programa es el Seguro Médico Siglo XXI.	4.3.1 Promover la formación de enlaces comunitarios promotores de la salud integral de las personas migrantes con pertinencia cultural y lingüística (ss, Segob, SRE, Inmujeres). 4.3.2 Fortalecer acciones de prevención, promoción y atención de la salud de las personas migrantes, particularmente detección y tratamiento del VIH/SIDA (Segob, SRE, ss, IMSS). 4.3.3 Acercar los servicios de salud en zonas fronterizas y de tránsito de migrantes a través de unidades móviles (Segob, SRE, ss, IMSS). 4.3.4 Asegurar la atención médica a mujeres migrantes víctimas de violencia sexual y a migrantes embarazadas durante su tránsito por México (Segob, ss, IMSS, Inmujeres). 4.3.5 Promover la atención intercultural y lingüística de personas migrantes en materia de salud, género, reproducción y derechos humanos (Segob, SRE, ss, SHCP CDI, INALI).

Fuente: Elaboración de Mónica Carrasco-Gómez Mónica con datos del Programa Especial de Migración 2014-2018.

Como es posible observar, existió un compromiso por parte de la SSA con el PEM, sin embargo, no hubo un convenio con la CNPSS para atender a la población migrante; ahora bien, para responder a esta demanda es posible que se haya recurrido a las excepciones de los criterios de afiliación para que la población que no tuviera los documentos pudiera acceder. Esto facilitó que la población migrante extranjera que no tuviera la documentación y que solicitara su afiliación, pudiera acceder a ella por sólo tres meses.

OPERACIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La manera en que se concibió el SPM no quedó clara para algunos funcionarios; no sólo es evidente entre las respuestas emitidas por los diferentes REPSS, sino

incluso al interior de la propia operación de los programas. En efecto, un funcionario de la oficina de atención a migrantes de la Jurisdicción Sanitaria VII de los SESA de Chiapas, aclara esta situación:

[...] este programa está hecho para migrantes nacionales, jornaleros agrícolas migrantes [...] les informamos a los migrantes nacionales sobre el tipo de enfermedades que van a padecer[...] que porten el seguro popular, pero no está hecho para migrantes internacionales, no hay un programa que esté hecho para migrantes internacionales, se adecuó por la demanda que ha habido por el lazo fronterizo, pero comentarles que es el único programa a nivel estado que trabaja con población migrante (funcionario de oficina de atención a migrantes, 2018).

La información sobre el SPM era diversa, los operativos remarcaban que a partir de su apertura con una póliza de 90 días dan atención también a esa población (personal operativo de HRAE, 2018), marcando una diferencia a partir del anuncio de su incorporación: “ antes no se le daba acceso al SP, ahora ya, aunque no tuvieran identificación. Ahorita se les puede registrar, pero pasa como cualquier mexicano, que hay intervenciones que no cubre el SP” (Personal operativo de Hospital, 2018).

Incluso había contraindicaciones para que los migrantes accedieran a la atención, lo cual estaba mediado por tener o no su Seguro Popular; se tenía información que, dependiendo del tipo de migrante, se podía gestionar, lo que ocasionó barreras de acceso. Sin embargo, las personas de las ONG que acompañan a migrantes en su búsqueda de atención a la salud, identifican que el personal operativo no sabe cómo canalizar a las personas para que accedan a su SP o ignoran que es un derecho de los migrantes.

CRÍTICAS AL PROGRAMA: LA TEMPORALIDAD

Las personas migrantes en situación irregular sólo pueden utilizar este seguro por tres meses, y para renovarlo tienen que obtener su legalización en el país por medio del estatus de residente. Se recomienda que inicien su afiliación hasta que tengan un problema de salud fuerte para no terminar con la vigencia antes de necesitarla o para que dure la cobertura de atención a su enfermedad el mayor tiempo posible.

[...] el problema con SP es que con los solicitantes de asilo únicamente les cubren 3 meses, entonces si la persona se inscribe en SP ahora, y no necesita el seguro en esos tres meses, y si el seguro caducó un día lunes y el día martes se enferma entonces ya no puede tener el apoyo porque el seguro se le venció, eso es para solicitantes de asilo, la recomendación era tratar de extenderlo hasta que lo necesitara y dentro del grupo familiar inscribir solo a la persona que necesitara el seguro y no inscribir a toda la familia (Personal del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2018).

Un argumento similar se explica en la siguiente cita:

Hay mucho paciente de cáncer sobre todo mujeres, el programa SP solo dan 3 meses y padecimientos como el cáncer es de larga estancia y cobertura y entonces se ven limitados en ese sentido [...] por ejemplo un cáncer de rodilla de una chica de 16 años, por lo regular CACU y CAMA que son muy recurrentes, que aquí a bien se tiene que tenemos los estudios diagnósticos, entonces eso ha permitido también detectar a tiempo esa problemática de la población [...] la ventaja de esto es que a partir de que el SP permite coberturar (*sic*) a la población migrante residente, ya automáticamente forma parte de la población general, porque no se hace una distinción en este sentido (Personal de Hospital, 2018).

Esta limitación de los tres meses, conocida ya por la gente de los consulados, era afrontada mediante solicitudes especiales del cónsul a los directivos de los hospitales, y en ocasiones lo lograron:

hemos hecho muchas gestiones y solicitamos que se les dé la oportunidad y hemos logrado algunas veces, en Ciudad Salud, por ejemplo, no es fácil, pero han sido muy buenos con nosotros, tal vez no tienen SP pero se está muriendo, ¿puede hacer algo? Tienen misericordia [...] (Cónsul de Honduras, 2018).

Cabe mencionar que no todos los migrantes en situación irregular lograron tramitar su Seguro Popular posterior a los tres meses presentando el requisito solicitado. En el trabajo de campo pudimos observar que ya no era suficiente con presentar la tarjeta de residente y pedían otros papeles para poder afiliarse al SP por más tiempo, como veremos a continuación.

LA RESIDENCIA PERMANENTE COMO REQUISITO INSUFICIENTE PARA AFILIARSE POR MÁS DE TRES MESES

Dentro de las consideraciones para la PMSI que tiene el SP, existía un requisito para poder afiliarse por más de tres meses y era la obtención de la “residencia permanente” por parte de la ACNUR.

Para los refugiados es diferente, porque una vez que son reconocidos y tienen su tarjeta de residente permanente y se dan de alta al Seguro Popular, no hay ningún problema, porque ya es permanente (Personal del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2018).

Sin embargo, en 2019 se identificó que la tarjeta de residente permanente era insuficiente para renovar el SP por tres años en el REPSS de la jurisdicción 7 en Tapachula, Chiapas. El personal del REPSS indicó que por nuevas disposiciones ya era necesaria la naturalización para poder obtener el SP y mencionaron las nuevas normativas. Al respecto, en mayo de 2018 se publicaron los nuevos Lineamientos de Afiliación y Operación del SPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2018) y el Capítulo IV. De la afiliación y renovación de la vigencia de derechos, en el numeral 12, a diferencia del año 2016, menciona que la persona que tenga el carácter de titular unipersonal o de la familia interesada deberá presentar los siguientes documentos:

Comprobante de domicilio, CURP, identificación oficial con fotografía y en caso de afiliaciones colectivas, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del gobierno federal y para la afiliación colectiva comprobante que acredite formar parte de alguna colectividad (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2018).

Además, existe un nuevo manual para la afiliación y operación titulado Guía de Afiliación y Operación, en el que se informa que para acreditar la identificación oficial con fotografía se aceptarán los siguientes documentos: “1. Credencial para votar, 2. Licencia de conducir, 3. Pasaporte, 4. Matrícula consular, 5. Cartilla de identidad postal, 6. Cédula profesional, 7. Cartilla militar, 8. Tarjeta INAPAM, 9. Carta de naturalización, 10. Carta de autoridad local, 11. Credencial o certificado de estudios, 12. Documentos para hijos de mexicanos nacidos en el extranjero” (Comisión Nacional de Protección Social de Salud, 2018).

En este manual, a partir de mayo de 2018, se solicita la “carta de naturalización” como otro documento más para identificarse. Sin embargo, en

las oficinas del SP en Tapachula, sin la “carta de naturalización” los migrantes residentes no podían solicitar su SP por más de 90 días. No fue posible verificar si en otras ciudades y otros estados también lo solicitaban como requisito insustituible.

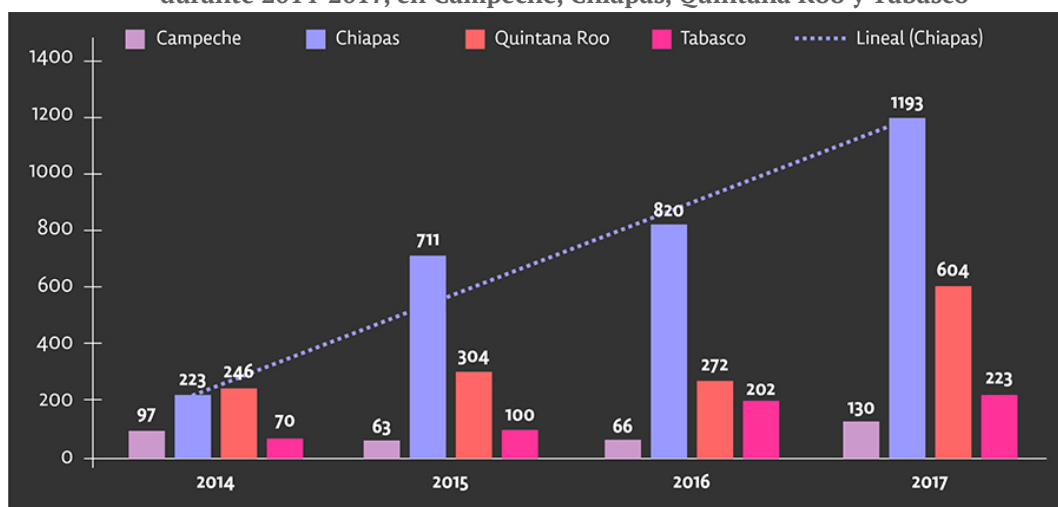
DOS ASPECTOS CENTRALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA: EL REGISTRO Y EL FINANCIAMIENTO

Registro de migrantes extranjeros para la atención mediante el SPSS

Antes que nada es importante mencionar que el principal mecanismo para la distribución de los recursos del SP era el registro de personas afiliadas, esto debido a que era en función del mismo que se brindaban los recursos a las unidades médicas. Ahora bien, cobra relevancia la manera en que se registra la información relativa al número de personas migrantes en el SPSS. Es así que, según la normativa, el procedimiento consiste en que la CNPSS coordinada con los REPSS hace contacto con los migrantes a través de los CAITF, a efecto de promover su incorporación al sistema hasta por un periodo de 90 días (Anexos Alegatos RRA 0327-18), pero la afiliación se hacía en las oficinas locales del Seguro Popular y los pacientes atendidos en muchas ocasiones no estaban afiliados y era impostergable su atención.

Al respecto, la información brindada por la CNPSS sobre el número de migrantes beneficiarios durante el periodo 2014 a 2017 se muestra en la gráfica 1. Cabe mencionar que la CNPSS declaró no contar con la información relativa al registro de las personas migrantes, desagregada por pertenencia étnica, sexo y padecimiento (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017). La información que se presenta a continuación es de los cuatro estados en donde se puso en marcha el SPM y tiene la finalidad de ver las diferencias en el registro de información entre dichos estados y destacar que fue Chiapas el que tuvo mayor afiliación al SPM.

Gráfica 1
Número de migrantes extranjeros beneficiarios del SPSS con póliza de 90 días durante 2014-2017, en Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco



Fuente: Elaboración propia, con datos recabados por la autora a través de solicitudes de información a la CNPSS, en el marco del proyecto Región transfronteriza México-Guatemala: dimensión regional y bases para su desarrollo integral.

En la gráfica 1 es posible ver la tendencia al incremento en la afiliación de migrantes extranjeros a partir de 2014, siendo Chiapas el estado donde el aumento fue de cinco veces más al valor inicial, seguido de Quintana Roo, Tabasco y Campeche.

Esta información, concentrada a nivel federal, difiere de las respuestas estatales de los REPSS. Por ejemplo, el de Chiapas y el de Quintana Roo no cuentan con registros específicos de la población migrante, mientras que Campeche no respondió; fue Tabasco el único que envió un registro de afiliación por 90 días de la población migrante, con datos desglosados de sexo y nacionalidad.

Siguiendo el proceso de envío de información, estos datos son los que llegan —o deberían llegar— al REPSS y posteriormente a la CNPSS, y por la respuesta de esta última instancia fue evidente que no fue así. También hay que considerar que en las unidades de salud de Tapachula tienen un registro de información diferente. Al respecto, en los centros de salud que sí llevan registro de la información, éste es realizado por la coordinación de la Oficina de Atención al Migrante, cuyo encargado no tenía autorizado dar información al respecto y, por lo tanto, fue imposible conocerla.

En relación con los discursos del personal de salud, se identificó que en algunos centros de salud no se lleva a cabo un registro general de población migrante “porque sería una discriminación para ellos”. Sin embargo, esa información sí es captada en el expediente clínico, pero no hay conexión entre lo anotado en el expediente y la utilización de servicios e insumos, información que podría ayudar a recuperar parte de los recursos utilizados para su atención:

Epidemiología sí lleva registros en el cual diferencia a la población migrante [...] Esta información es útil internamente, pero puede ser el preámbulo de una plataforma nacional para estar reportando los ingresos, los casos, pero como tal, no solo una bitácora interna que nos sirve para dar números y reportes o áreas como el caso de epidemiología, sino que si llevamos este censo real, nos va a dar números y nos va a dar estadística, y al darnos estadística vamos a tener conocimiento de la realidad de la población que estamos atendiendo. Actualmente no se tiene ese registro como tal, se tiene una primera captación digamos, pero pues no como tal, lo ideal sería en una plataforma para poder monitorear (Personal del hospital de Tapachula, Chiapas, 2018)

En lo que se refiere al personal operativo, fue evidente que no tiene claridad respecto a la implementación de la política del SPM, dado que recibe información contradictoria o no la recibe. Por ejemplo, una enfermera hizo referencia a que la información que recibe del SP es: “si es migrante que va de paso, no se le da [la atención], y si es migrante tiene que comprobar y gestionar su SP [...] no hay una libreta para migrantes” (Personal de enfermería de un Centro de Salud de la jurisdicción 7 de Tapachula Chiapas, 2018).

Desde mi punto de vista, las iniciativas personales hacen un cambio sobre la manera en que se registra la utilización de los servicios por parte de la población migrante. A saber, en el HGT se realiza la captura de los datos de los pacientes migrantes desde 2014, por iniciativa de la trabajadora social (TS).[\[11\]](#) Es decir, este trabajo no es un proceso institucionalizado, ella lo hace por diversos motivos: para facilitar la búsqueda de migrantes desaparecidos que las autoridades llegan a investigar; para respaldarse ante las quejas de negligencia de las que son objeto, o ante las denuncias de haber realizado referencias a hospitales de manera tardía. Igualmente, en el HRAE Ciudad Salud ocurre lo mismo, por lo que llevan un registro detallado para defenderse ante asuntos jurídicos relacionados con la gravedad de las complicaciones, siendo útil para reportar y hacer gestiones:

Nosotros tenemos el reporte al ministerio público, cuando es derivado de un caso legal [...] la mayoría viene derivado de un accidente o un conflicto y tenemos la obligación de reportar a la fiscalía especializada de delitos cometidos contra migrantes, a su vez reportamos al grupo consular establecido aquí en el hospital [...] a quienes notificamos el ingreso de pacientes de su nacionalidad, esto para crear un vínculo de corresponsabilidad, si bien no vienen con familiares, sí tenemos que crear esos vínculos interinstitucionales, es decir, con apoyo con el consulado para reportar nosotros y ver qué seguimiento se le va a dar, porque muchas veces, requerimos de atenciones pero también de gestiones la mayoría de las veces (Personal de Hospital de Tapachula, Chiapas, 2018).

Como es posible identificar, existen iniciativas para llevar registros de la población migrante que pasan por la voluntad personal, incluso por el cumplimiento de los procedimientos administrativos, pero estos registros no llegan a consolidar una base de datos que sirva para diversos fines, entre ellos: resurtir medicamentos, identificar las necesidades de salud o solicitar apoyos a los países involucrados. Esto coincide con lo expresado por las integrantes de ONG: “no hay un registro adecuado de los casos” (Personal de Médicos del Mundo, 2018).

Financiamiento

Dado que el SP es el brazo financiero del SPSS, indudablemente el aspecto financiero es crucial, pues representa el mecanismo por el que se brindan los recursos económicos a los servicios de salud estatales mediante la afiliación, y tal como se dijo anteriormente, entre más afiliados, mayores recursos recibían las unidades médicas porque el pago era per cápita. Por ello era muy importante saber cómo se realizaba este mecanismo de devolución de los insumos brindados a personas que no estaban afiliadas al SP, y que en algunas ocasiones estaban registradas —de manera no oficial— para la afiliación de tres meses. Fue así que se solicitó información sobre el monto del recurso financiero que se brindó a los cuatro estados por concepto de atención al migrante (durante los años 2014-2017) y el proceso por el cual se destinan estos recursos a las unidades médicas.

Pues bien, la respuesta de la CNPSS fue inicialmente que la Dirección General de Financiamiento no contaba con la información, pero en respuesta al recurso de revisión sugirieron canalizar la solicitud a los REPSS

correspondientes (Unidad de Transparencia, Comisión de Protección Social en Salud, 2017). A causa de este redireccionamiento, los REPSS de los estados brindaron diversas respuestas. Por un lado, en Campeche respondieron: “no poseer un financiamiento específico para la atención a la salud del migrante” (REPSS Campeche, 2017). Por otro lado, en Chiapas aseguraron que “el recurso del SP se destina a las unidades médicas para la atención de los afiliados sin importar lugar de procedencia, sexo, padecimiento o situación migratoria entre otras, para que los SESA lo distribuyan al gasto de todos los requerimientos necesarios para la prestación de los padecimientos de toda la población afiliada” (REPSS Chiapas, 2017). Por su parte, en Quintana Roo precisaron que “La Secretaría de Servicios Estatales de Salud y la REPSS argumentan no tener competencia en cuanto a la información del manejo de los recursos financieros” (REPSS Quintana Roo, 2017). Mientras que en Tabasco declararon que: “no se cuenta con información del área financiera” (REPSS Tabasco, 2017).

Es evidente que no hay un procedimiento claro para financiar a los estados que fueron parte de la ejecución del programa SPM. Quizá, como consecuencia, las experiencias en la atención de las personas migrantes cambian de un nivel a otro. Desde luego, en los tres niveles de atención[12] se encuentran intervenciones financiadas por el SP. Sin embargo, la mayoría recae en el primer nivel de atención y es en el tercer nivel que se hace uso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. En el siguiente apartado se muestran los fragmentos discursivos de servidores públicos sobre el financiamiento del SPM.

DE “TENEMOS TAN POQUITO QUE LO TENEMOS QUE RACIONAR” A “LAS CUENTAS INSOLUTAS”

En relación con el primer nivel de atención podemos identificar que el desabasto y la insuficiencia de recursos son crónicos en Chiapas, y en la zona fronteriza se incrementa. Al respecto, cuando se anuncia el SPM aumenta la demanda de atención, pero el dispositivo para recuperar los insumos brindados es a través del registro de afiliados y material dado en cada consulta. El problema radica en que si el migrante no está afiliado, la institución no podrá reportar y, por lo tanto, reponer los medicamentos brindados.

En este mismo sentido, “no rechazar a nadie” es la política en el primer nivel, con la condición de que realicen sus trámites de afiliación al SP. Si los migrantes lo hacen, completan el requisito para la reposición de medicamentos, y si no, ya no es posible la restitución. A causa de ello, en la cotidianidad los insumos no alcanzan; no obstante, el desabasto es identificado por el personal como un problema nacional y no por la manera en cómo funciona este mecanismo financiero:

lo que se rebasa [la capacidad institucional para dar atención al migrante] es el material [...] los insumos [...] creo que ahorita es a nivel nacional ¿no? Eso nos pega [...] (Personal directivo de centro de salud de Tapachula, Chiapas, 2018).

El tema del desabasto de medicamentos es mencionado recurrentemente; además, en el caso de los migrantes que logran afiliarse y acuden a la atención médica, en muchas ocasiones no logran tener el tratamiento completo.

Sí sé que hay Seguro Popular para migrantes, pero, el problema de lo que pasa con ese programa del sector salud, pues es lo que yo he visto: a las 5 de la mañana paso por ahí y ¡yo he visto cómo desde esa hora está la gente esperando!, y luego ya vienen y se quejan con uno, y me dicen que: ¡ahí están desde las cuatro de la mañana, para que les digan luego que no! y pues yo digo que: ¡mejor les digan si los van a atender! Si no, pues mejor que se vayan a sus casas —aunque sea a tomar café— porque a veces ahí están amontonados para que al último les digan que no que no hay medicinas (Prestador de servicios de salud privados de Ciudad Hidalgo, Chiapas, 2018).

Por un lado, en el primer nivel la atención a la PMI es diferenciada por centro de salud; hay intervenciones que prefieren no brindárselas porque no podrán dar el seguimiento adecuado —ya que van de paso—, tal como sucede con ciertos métodos de planificación familiar (implante subdérmico). Además, es conocido el cobro indebido por parte del personal, en algunos centros de salud:

[...] sé que en otros Centros de Salud ponen [piden] que si tienes cómo comprobar [la afiliación al SP] te atiendo, si no tienes pues entonces ok, te voy a atender, pero es tanto [dinero], eso es en otros centros de salud, es que cada quien trabaja de diferente manera (Personal de salud del primer nivel de atención, 2018).

No obstante, la situación de desabasto en el primer nivel de atención es una realidad mencionada por miembros de ONG, por el personal directivo y

operativo del sector salud público y privado, y por los propios usuarios de los servicios.

Por otro lado, en el segundo nivel, durante las visitas fue posible observar la situación de precariedad en el Hospital General a inicios de 2018. Por ejemplo, en la dirección se encontraban cajas de material que tenían resguardado para racionar según el caso. La persona que nos recibió mencionó:

Cuando ustedes ven esta oficina de dirección así tan llena de cosas, pensarán que no somos muy cuidadosos con el impacto visual ¿no?, pero es porque tenemos necesidad de poder, de alguna manera, ir solventando las necesidades del hospital, ir racionando lo que tenemos. Ya escucharon ustedes por ahí que pidieron sueros y así no debería de ser ¿verdad?, pero tenemos tan poquito que lo tenemos que racionar y mi pregunta es ¿alguien de los protectores de los migrantes nos apoya? ¡No, nadie! (Personal del hospital de Tapachula, Chiapas, 2018).

Específicamente, la atención al migrante en este nivel recibe insumos financieros de albergues y algunos consulados pues “carecen hasta de rayos x y material de osteosíntesis” (Personal de Trabajo Social, 2018).

En el tercer nivel se complica aún más el acceso al requerir la referencia del segundo nivel, que los lleva a evitar la entrada de personas que vienen de la Cruz Roja (Personal operativo de HRAE, 2018) y, en caso de que los atiendan, no necesariamente cuentan con el medicamento. A causa de ello es que muchas veces lo compran los familiares o el consulado de su país. De ahí que, aun contando con la referencia de segundo nivel, si no tienen recursos económicos y sociales, los rechazan: “Cuando hay un paciente que no tiene dinero, no hay sangre, no tiene familiares, no se acepta la referencia” (Personal del hospital de Tapachula, Chiapas, 2018).

En concreto, esta situación se genera porque en algunas ocasiones las personas, al no tener redes, son abandonadas y la situación llega a ser tan compleja que sin medicamentos, donadores de sangre o familiares que se hagan cargo de comprar insumos necesarios para la atención, muchas veces se quedan con el paciente sin que puedan hacerle ninguna intervención.

[...] y aquí el problema principal con los extranjeros es que llegan, los llevan los amigos, conocidos o familiares y los dejan y se olvidan de ellos (Personal operativo del Hospital de Tapachula, Chiapas, 2018).

[...] aquí como es un hospital federal se rige por normas federales, entonces en esa parte a veces sí los apoyamos en la atención a enfermedades complejas, pero hay observaciones que nos ha hecho el Órgano Interno de Control, y en las juntas de gobierno [...] en donde nos piden que demos una solución a las cuentas insolutas, a final de cuentas es pérdida del recurso propio para el hospital. Entonces, esa es la parte donde uno se queda con eso de que lo acepto o no lo acepto, como aquí se tienen políticas en el hospital evaluando las estancias prolongadas, hay reuniones de comité donde te dicen: a ver, este paciente lleva 18 días, ¿por qué no lo has metido a quirófano, porque no le has hecho nada? Lo del servicio de transfusión es un problema, aquí no tenemos banco de sangre, de hecho en el estado sólo hay uno y está en Tuxtla, entonces el problema es que para que ellos lo metan a quirófano sobre todo en neurocirugía que requieren tratamientos quirúrgicos complejos y de larga duración, si el paciente no tiene la sangre ya aquí, o el producto acá no puede entrar [...] (Personal directivo del HRAE, 2018).

Del mismo modo, en casos de contrarreferencia del tercer al segundo nivel, se atiende la urgencia y se regresa al hospital general para evitar saturación en el hospital de alta especialidad:

[...] cuando el Seguro Popular que no cubre [el padecimiento] al extranjero, el familiar compra el insumo, entonces se le inicia el tratamiento, una vez que se realiza todo el tratamiento se regresa a su segundo nivel, así es como se maneja el tercer nivel (Personal operativo de Hospital de Tapachula, Chiapas, 2018).

Como consecuencia de esta situación, algunos prestadores de servicios de salud identifican que, ante la insuficiencia de los recursos y el incremento de la demanda de pacientes migrantes, por la apertura de programas que no tienen claridad en su forma de operar financieramente, se favorece la hostilidad y la xenofobia por parte de la población nacional hacia la migrante:

Yo como trabajadora de la Secretaría [de Salud] considero que no hay presupuesto que aguante, soporte de la población [...] Considero que ha sido un manejo político al migrante, que, si bien es de beneficio para el migrante, ha sido para [...] falta de protección a la población local, entonces esto ha creado una brecha entre la población, que lejos de adaptarlos a una sociedad o integrarlos, y hacerlos parte de, fueron así como que estigmatizarlos desde el principio de su atención [...] Esto si bien, aunque no ha cubierto a totalidad las necesidades de la población migrante, ha sido mucho de reflectores, no es el caso del hospital regional, sino de las instituciones que han brindado este apoyo, pero también ha desprotegido a la población local, entonces

esto ha creado un conflicto, porque así vienen y me lo dicen: ¡hoy en día tiene más protección un migrante que yo que soy mexicano! Esto ha creado un resentimiento social (Personal del Hospital de Tapachula, Chiapas, 2018).

DISCUSIÓN

Existe una necesidad de estudios que muestren el impacto de la legislación, los programas y las instancias institucionales para dar atención a la salud de las personas migrantes en situación irregular (Sánchez-Siller y Gabarrot-Arenas, 2014: 163). En este trabajo se indagó sobre la puesta en funcionamiento del SPM en algunas unidades médicas de Tapachula, Chiapas. Esta iniciativa fue pensada para eliminar una barrera de acceso a los servicios de salud, pues los servicios de salud públicos durante la implementación del Seguro Popular en 2003 no incluyeron la atención a personas no afiliadas al mismo. Por lo tanto, los migrantes en condición irregular no se pudieron afiliar y, de esta manera, recibir atención. A causa de ello, esta población utilizó los servicios privados, como los consultorios adyacentes, dado el desconocimiento del sistema de salud público y su derecho a la atención, tal como ha sido documentado previamente (Muñoz *et al.*, 2019).

También hay que considerar que el menor uso de los servicios públicos de la PMI coincide con la utilización de dichos servicios por parte de la población mexicana, incluida la que tenía seguridad social durante el periodo 2012- 2018, esto porque se ha evidenciado que la afiliación al SP “no se acompañó de un incremento de la oferta de servicios públicos” (Colchero *et al.*, 2020).

Desde mi punto de vista, si el análisis hubiera sido sólo sobre el acceso a los servicios de salud a partir de la afiliación, podríamos identificar que en Chiapas sí la hubo, pues aumentó 5.3 veces el número de afiliaciones de 2014 a 2017, y coincide con el aumento de la afiliación de extranjeros al SP de 2014-2018 (Pérez Bravo, 2018: 96), justamente en el periodo donde se anuncia la apertura del SPM. No obstante, afiliarse no implicó que las personas usuarias de los servicios lograsen tener la atención y el tratamiento adecuados, pues ya se había documentado en otros trabajos la escasa cobertura y la falta de infraestructura del SP (Sánchez-Siller y Gabarrot-Arenas, 2014: 158). Tal como lo mencionaron algunos operativos, la situación de desabasto de insumos impedía que las personas resolvieran su necesidad de atención. A propósito, se

ha visibilizado el desabasto de los medicamentos en territorio chiapaneco, tanto para la atención materna a través de monitoreos (Carrasco-Gómez, 2017; Carrasco-Gómez y Argüello-Avedaño, 2018), como desde la perspectiva de los trabajadores de salud que, cabe mencionar, se fueron a huelga en 2016 por ese problema (Carrasco-Gómez y López-Gómez, 2018).

En otro orden de ideas, el caso del SPM puede entenderse a través de la Ley inversa de atención a la salud (Tudor Hart, 1971: 411), ya que las personas migrantes con mayor necesidad de atención sólo pudieron acceder a servicios para la población abierta, que de por sí se encontraba en una situación de desabasto. De ahí que el personal médico entrevistado identificó que eran los factores individuales, como no tener familia o redes, lo que hacía que no aceptaran a los migrantes en un tercer nivel de atención, porque no hay quien se haga cargo de comprar las medicinas, insumos o plasma que se requieren para su atención. Es así que, desde la perspectiva de los servidores públicos, la negación del acceso se da no porque el programa esté mal estructurado —explicación reiterada en los discursos—, sino porque a nivel individual el paciente no tiene redes para apoyar el desabasto de medicamentos.

En este contexto, es preciso cuestionar ¿cómo fue asumido el programa del SP por el personal de salud? Fue evidente que no tenían claridad en el manejo financiero, ni por parte del personal ni tampoco dieron respuesta en la CNPSS; en consecuencia, se centra en el individuo la deficiencia de este programa. Esto coincide con lo mencionado por Agudelo- Suárez, al mencionar que la ausencia de redes de apoyo afecta la utilización, y es por la falta de éstas que el personal médico no los recibe, es decir, se atribuye al nivel individual la falta de acceso, tal como cuestionan Arrivillaga y Borrero en 2016.

A nivel estructural podemos identificar que aun cuando la atención en el sistema de salud para la población abierta nacional ha sido precaria —esto porque sólo se podía acceder a las intervenciones que aparecen en el catálogo del SP— y en Chiapas se identificó desabasto, la vulneración del derecho a la salud es mayor para la población migrante, porque sólo tienen cobertura por tres meses para atenderse. Además, es probable que si acuden solos no los atiendan en el tercer nivel, porque no habrá quien lleve los insumos para hacer las intervenciones necesarias. En suma, es así como la intersección de vulneraciones se concreta en la negación del acceso a la atención para la

población en mayor desventaja social, que es la PMSI, tal como lo mencionó Braveman (2014).

La apertura del SPM intentó disminuir la desventaja social de la PMSI y, en efecto, favoreció su acceso por tres meses al paquete básico de intervenciones, esto a través de retomar aspectos normativos implementados desde la entrada en vigor del SP y, por lo tanto, no fue necesario modificar ningún ápice en los reglamentos.

Sin embargo, al ofertarlo sin mecanismos claros de afiliación y financiamiento, se agravó la situación de los servicios. La falta de un padrón de personas atendidas no ha permitido determinar el tamaño de las clínicas, el personal de salud y el financiamiento necesario para suministrar los insumos requeridos, esto es, la forma de responder a las necesidades de la población en tránsito.

En este sentido, tal y como se ha documentado en municipios chiapanecos receptores de migrantes, esta población, al no ser parte del padrón de derechohabientes (o afiliados al SP), no es considerada en la asignación de los recursos para la atención a la salud. En Chiapas se carece, por tanto, de un aumento significativo de personal médico y camas por cada 1000 habitantes, por lo que la atención prestada es insuficiente (Ramírez Ramos *et al.*, 2020).

Esta investigación dio seguimiento a la operación del SPM, sin embargo, al no contar con información sobre las personas extranjeras migrantes que solicitan atención, desagregadas por motivo de consulta, género, edad, nacionalidad, no fue posible identificar la magnitud del problema. En definitiva, la falta de un registro para reportar al centro, no permite conocer si este programa disminuyó las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de las personas migrantes en tránsito por México. No obstante, por los discursos del personal médico y administrativo fue posible identificar que no logró hacerlo, y, por el contrario, al aumentar la demanda de atención se agudizó el desabasto en las unidades médicas, reforzando la estigmatización a este grupo, tal como ha sucedido en otros contextos (Laparra *et al.*, 2007).

CONCLUSIONES

En suma, cabe resaltar que el programa SPM fue anunciado sin una estrategia clara y sin acuerdos o convenios para su operación. Esto generó que, en cada

estado donde se operó el programa, se explicara su funcionamiento desde orígenes distintos y, por tanto, fuera evidente la desconexión entre la información generada entre los REPSS y la CNPSS.

Una de las formas en que la SSA intentó cumplir con los compromisos emanados del PEM fue a partir de ocupar la cláusula del SPSS donde podían brindarle acceso al SP por 90 días a la población que no pudiera mostrar la documentación requerida. El problema con este tipo de afiliación temporal de migrantes es que no es suficiente para las enfermedades crónicas o graves que requieran mayor tiempo de atención. Además, al no poder afiliarse por un periodo mayor, no eran contabilizados como afiliados y en este esquema de financiamiento, los centros de salud y los hospitales no pudieron reponer los insumos utilizados en ellos.

El funcionamiento del programa generó confusiones porque no se tuvo claridad sobre a quién iba dirigido ni cómo se financiaba; lo único claro fue que, a partir del anuncio, se le dio acceso a las personas migrantes en situación irregular que antes no podían afiliarse al SP y por lo tanto debían ser atendidas en las unidades médicas.

Cabe mencionar que, previo a la apertura de afiliación al SP, la población migrante era atendida en las instalaciones de los SESA, con su respectivo pago de bolsillo. Pero al iniciarse el SP, el personal de salud fue incorporando la idea de que sólo las personas afiliadas podían ser atendidas. Esto ocurrió porque el SP se convirtió en la principal fuente de financiamiento, y para tener insumos era importante afiliarse a más personas.

Tal como lo menciona el visitador adjunto de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, los principales obstáculos que encuentran las personas migrantes en el ejercicio del derecho a la salud son políticos o administrativos, además de jurídicos (Pérez Bravo, 2018: 79). En efecto, cada vez se hizo más difícil para la PMSI la posibilidad de afiliarse por un periodo mayor a tres meses, pues exigían la carta de naturalización, y cabe cuestionarse ¿a qué obedeció el cambio de requisitos de afiliación?, ¿tuvo que ver con la saturación de los servicios de salud, esto aunado al fenómeno de las caravanas migrantes que iniciaron en octubre de 2018? Son preguntas que hubiera sido pertinente abordar en entrevista con personal de la CNPSS, pero no fue posible obtener la cita.

En definitiva, Chiapas fue el estado donde existió la mayor cantidad de beneficiarios migrantes del SPSS, aunque la CNPSS no recabó información desglosada, sólo el número de afiliados. Lo que permite ver que no hubo un registro de la información confiable, ni procedimientos estandarizados en los estados ni en la federación en relación con el programa. En cambio, en las unidades médicas sí tenían registros que dependían más de las iniciativas personales, lo que muestra el desconocimiento del programa para la obtención de recursos mediante el registro de los migrantes atendidos, siendo la utilización local de esta información la principal razón para obtenerla.

El asunto más delicado fue el financiamiento: al no contar con procedimientos ni información clara sobre el recurso destinado a este programa por parte de ningún estado, se tuvo que reducir o rechazar a los migrantes para no quedarse con las cuentas insolutas. Esta situación generó mayor estigmatización hacia la población migrante, y no sólo por parte del personal de salud —quienes se cuestionan ¿a quién atender con los limitados recursos que existen?—, sino también por parte de la población de la ciudad de Tapachula que, ante la defensa de los migrantes por parte de organizaciones civiles, perciben que éstos son el grupo que utiliza los escasos recursos en salud, lo que favorece la estigmatización de la población migrante.

Cabe mencionar que el fenómeno de la discriminación por parte del personal de salud hacia la población no ciudadana es común en México, tanto a nivel programático como en las interacciones del personal prestador de servicios de salud con la población migrante usuaria. Es por tal motivo que se ha visibilizado y se han emitido recomendaciones para que se abstengan de negar o limitar el acceso de dicha población migrante a servicios de salud preventiva, curativa y paliativa (CDESC, 2000; CERD, 2004; López, 2014: 40).

Concluyendo, aún es pertinente cuestionarse ¿cómo construir políticas incluyentes en salud para la PMSI en sociedades capitalistas que no generen a su vez mayor exclusión? Esto porque en cada cambio de gobierno federal surgen nuevas iniciativas para atender la salud pública, incluyendo o no a esta población. Por ello es importante mencionar que después a la desaparición del SP en 2019, entró en funciones el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), cuyo objetivo es garantizar la atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social, y entre sus objetivos prioritarios está asegurar el acceso universal, incluyendo a la población migrante en México (Secretaría de Salud, 2020). En este sentido, es necesario hacer un seguimiento

a la puesta en marcha de un modelo cuyo objetivo es dar acceso universal a los servicios de salud a la población general. Pues bien, ofertar servicios sin una clara información sobre su demanda por parte de la PMSI, podría nuevamente saturar el sistema de salud público de la zona fronteriza. Se requiere tener información para conocer los perfiles de vulnerabilidad, las necesidades de atención y hacerlas coincidir con los procedimientos administrativos para evitar barreras en el acceso, por lo que una línea de investigación podría ser de qué manera el Insabi pudo garantizar la atención a la salud de la PMSI.

Por último, resulta necesario que los programas que pretendan lograr la equidad en salud, tanto para nacionales como para extranjeros, se realicen con procedimientos financieros claros y sostenibles a partir de información generada en los tres niveles de atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, Lu Ann, y Ronald Andersen (1974). "A framework for the study of access to medical care". *Health Service Research* 9 (3): 208-220.
- Agudelo-Suárez, Andrés A.; Diana Gil-González; Carmen Vives-Cases; John G. Love; Peter Wimpenny, y Elena Ronda-Pérez (2012). "A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants". *BMC Health Services Research* 12 (1): 1-13.
- Andersen, Ronald (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" *J Health Soc Behav* 36 (1): 1-10.
- Arrivillaga, Marcela, y Yadira Eugenia Borrero (2016). "Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013". *Cad. Saúde Pública* 32 (5): 1-15.
- Braveman, Paula (2014). "What are health disparities and health equity? We need to be clear". *Public Health Reports* 129 (2): 5-8.
- Carrasco-Gómez, Mónica (2017). "La atención a la salud materna en los Altos de Chiapas: rendición de cuentas del Sistema de Protección Social en Salud". *Salud Problema* 2 (22): 8-20.
- Carrasco-Gómez, Mónica, e Hilda Eugenia Argüello-Avendaño (2018). "Del dicho al hecho: el Seguro Popular, su presupuesto y la atención a la salud materna en Chiapas". *EntreDiversidades* (9): 209-244.

- Carrasco-Gómez, Mónica, y Karen Alejandra López-Gómez (2018). “La oposición a la universalización de los servicios de salud: caso Chiapas 2016.” *Universalud* 14 (27): 49-58.
- Colchero, Arantxa M.; Rouselinne Gómez; José Luis Figueroa, y Alejandra Rodríguez-Atristain (2020). “Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018”. *Salud Pública de México* 62 (6): 851-858.
- Comisión Nacional de Protección Social de Salud (2018). *Guía de Afiliación y Operación*. México.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2017). *Solicitud de Información 1210200034117*. México.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2018). Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud. México.
- Comité de Transparencia Seguro Popular (2018). *Alegatos del Recurso de Revisión a la CNPSS. Expediente RRA0327/18. Solicitud de Información 1210200034117*. México.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12). E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 34.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2004). *Recomendación general núm. 30 sobre la discriminación contra los no ciudadanos* [en línea]. Disponible en: <http://dhmigrantes.cide.edu/documentos/observacion_%2030_OACNUDH.pdf>. (Consulta: 10 de mayo de 2022).
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2003). *Ley General de Salud*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Artículo 1, Título I. México.
- Cónsul de Honduras (2018). Entrevista a cónsul de Honduras.
- Diario Oficial de la Federación (2014). *Decreto por el que se crea la coordinación para la atención integral de la migración en la frontera sur*. México: Dof.
- Fajardo-Dolci, Germán; Juan Pablo Gutiérrez, y Sebastián García-Saisó (2015). “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud”. *Salud Pública de México* 57 (2): 180-187.

- Flores Benítez, Rita Marcela (2011). Informe sobre migración y derecho a la salud en México. Grupo de trabajo sobre Migraciones (GTM-México), Espacio DESC, Capítulo Mexicano de la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD). México.
- Fraser, Nancy (2003). “Redistribución, reconocimiento y exclusión social”. En *Inclusión social y nuevas ciudadanías, en las Memorias del Seminario Internacional: Inclusión Social y Nuevas Ciudadanías: Condiciones para la Convivencia y Seguridad Democráticas*. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social y Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, 5569.
- Funcionario de oficina de atención a migrantes (2018). “Entrevista a funcionario de la Oficina de Atención a Migrantes”.
- Garrido Gómez, Alejandro (2012). “Justicia social en la dialéctica inclusión/exclusión social”. *Revista Integra Educativa* 5 (2): 181-188.
- Gobierno Federal de México (2014). “Programa Especial de Migración 2014-2018”.
- Laparra, Miguel; Anna Obradors; Begoña Pérez; Manuel Pérez; Víctor Renes; Sebastián Sarasa; Joan Subirats; Manuel Trujillo (2007). “Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: implicaciones metodológicas”. *Revista Española del Tercer Sector* 5 (enero-abril): 15-57.
- Leyva, René; César Infante; Edson Serván-Mori; Frida Quintino, y Omar Silverman (2015). “Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México”. *CANAMID Policy Brief Series*, PB05. Guadalajara: CIESAS. Disponible en: <<http://www.canamid.org>>.
- López, Blanca (2014). “Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas”. Sinfronteras-IAP. <http://www.sinfronteras.org.mx/attachments/Diagnóstico_Salud.compressed.pdf>. (Consulta: 3 de mayo de 2022).
- Migrantes en situación irregular (2018). Entrevista a migrante.
- Muñoz Martínez, Rubén; Carmen Fernández Casanueva; Omar González; Sonia Morales Miranda, y Kimberly C. Brouwer (2020). “Struggling bodies at the border: Migration, violence and HIV vulnerability in the Mexico/Guatemala border región”. *Anthropology & Medicine* 27: 4, 363-379.

- Organización de Estados Americanos/Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA/CIDH) (2013). *Derechos humanos de los migrantes en México en el contexto de la movilidad humana* [en línea]. Disponible en: <<http://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/Informe-Migrantes-Mexico-2013.pdf>>. (Consulta: 10 de mayo de 2022).
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019). *Glosario de la OIM Sobre Migración*.
- Paz Carrasco, Miguel Ángel; Alejandro Cerda García, y Aldo Jorge Ledón Pereyra (2016). “Mirar las fronteras desde el sur: salud y migración en la frontera México-Centroamérica”. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Voces Mesoamericanas, Mesa de Coordinación Transfronteriza.
- Penchansky, Roy, y J. William Thomas (1981). “The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction”. *Med Care* 19 (2): 127-140.
- Pérez Bravo, Mauro (2018). “El derecho a la salud de las personas migrantes en México: una revisión de la accesibilidad a través del Seguro Social y del Seguro Popular”. *Métodos* 15 (julio-diciembre): 78-103.
- Personal de enfermería de un Centro de Salud de la jurisdicción 7 (2018). “Entrevista a personal”.
- Personal de Trabajo Social (2018). “Entrevista a personal de Trabajo Social del Hospital General.”
- Personal del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018). “Entrevista a personal del ACNUR.”
- Personal directivo de hospital (2018). “Entrevista a personal directivo de hospital”.
- Personal operativo de HRAE (2018). “Entrevista a personal del HRAE”.
- Personal directivo de HRAE (2018). “Entrevista a personal directivo del HRAE”.
- Personal de Médicos de Mundo (2018). “Entrevista a personal directivo de Médicos del Mundo”.
- Presidencia de la República Mexicana (2004). *Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. México.
- Ramírez Ramos, Laura Itzel; Dominga Austreberta Nazar Beutelspacher, y Emma Zapata Martelo (2020). “Procesos de exclusión a través de la

- inclusión subordinada: inmigrantes guatemaltecos en la frontera sur de México”. *Frontera Norte* 32 (3): 1-28.
- Régimen Estatal de Protección Social en Salud Campeche (2017). Respuesta a Solicitud 0100651217.
- Régimen Estatal de Protección Social en Salud Chiapas (2017). Respuesta a Solicitud 00880517.
- Régimen Estatal de Protección Social en Salud Quintana Roo (2017). Respuesta a Solicitud 00904217.
- Sánchez-Siller, Iza María, y Mariana Gabarrot-Arenas (2014). “¿Exclusión en los dos lados? Un análisis de las políticas de salud para migrantes mexicanos en Estados Unidos desde una perspectiva binacional”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 13 (27): 141-161.
- Secretaría de Salud (2014). “Otorgan Seguro Popular a migrantes”. Disponible en: <<https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>>. (Consulta: 30 de mayo de 2018).
- Secretaría de Salud (2020). “Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar”. *Diario Oficial de La Federación*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601958/PROGRAMA_INSTITUCIONAL_2020-2024_INSTITUTO_DE_SALUD_PARA_EL_BIENESTAR_21122020.pdf>. Consulta: 8 de febrero de 2021.
- Tudor Hart, Julian (1971). “The Inverse Care Law”. *The Lancet* 297: 405-412.
- Unidad de Transparencia Comisión de Protección Social en Salud (2017). “Alegatos del RRA0327. Solicitud de información 1210200034117”.
- Unidad de Transparencia Comisión de Protección Social en Salud (2017). “Alegatos del RRA0327. Solicitud de información 1210200034117”.
- Vignolo, Julio; Mariela Vacarezza; Cecilia Álvarez, y Alicia Sosa (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”. *Archivos de Medicina Interna* 33 (1): 7-11.
- Whitehead, Margaret (1992). “The concepts and principles of equity and health”. *Int J. Health Serv* 22: 429-445.

[Notas]

- [1] Párrafo reformado DOF 08-05-2020.
- [2] La Ley General de Salud (LGS).
- [3] En el documento oficial se menciona migrante indocumentado, pero siguiendo los lineamientos que propone la Organización Internacional para las Migraciones, se nombrará como migrantes en situación irregular a toda “persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional y no ha sido autorizada a ingresar o permanecer en un Estado de conformidad con las leyes de ese Estado y los acuerdos internacionales en que ese Estado sea parte” (Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares) (OIM, 2019).
- [4] Este trabajo forma parte del Proyecto Región Transfronteriza México-Guatemala, dentro del cual se realizó trabajo de campo en Tapachula, Chiapas.
- [5] Las solicitudes se hicieron en diciembre de 2017 a través del sistema Infomex, con el número de folio 1210200034117. Se solicitaron los acuerdos y programas, información sobre el registro de las personas migrantes, especificando lugar de procedencia, pertenencia étnica, sexo y padecimiento, que fue registrada por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) de los cuatro estados desde 2014 a 2017. También se realizaron solicitudes a nivel estatal, pero sólo Tabasco envió información, los demás la declararon inexistente.
- [6] Su creación en 2006 fue como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propios.
- [7] Ser personas que residen en el territorio nacional; no ser derechohabientes de alguna institución de seguridad social; contar con una Clave Única de Registro de Población (CURP), y cubrir las cuotas familiares correspondientes (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2003).
- [8] El artículo 42 del Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud, menciona que la residencia podrá demostrarse mediante la presentación de por lo menos un comprobante de domicilio, la no derechohabiencia con la mera manifestación del solicitante, y en caso de no contar con la CURP, se solicitará acta de nacimiento o incluso credencial de elector o carta de autoridad local como medio de identificación (Presidencia de la República Mexicana, 2004).
- [9] Lo anterior es la explicación que se da ante el recurso de revisión que se pide a la CNPSS, pues contesta que no se cuenta con algún acuerdo, convenio o decreto de la CNPSS para ofrecer la afiliación al SP a la población migrante.

- [10] Emitido por la Secretaría de Gobernación, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 30 de abril de 2014, se emitió el acuerdo con fecha 28 de diciembre de 2014.
- [11] La persona encargada del área de trabajo social empezó a realizar el registro y se suspendió cuando estuvo de incapacidad, pero cuando volvió se retomó el registro.
- [12] El primer nivel de atención se refiere a las unidades médicas que dan servicios en el nivel más cercano a la gente, donde se realizan actividades de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, así como procedimientos de recuperación y rehabilitación. En el segundo nivel de atención están los hospitales donde se brindan los servicios de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría, y el tercer nivel de atención se interviene en patologías complejas que requieren especialización y alta tecnología (Vignolo *et al.*, 2011).

CUARTA PARTE

**METODOLOGÍAS EXPLORATORIAS EN EL ESTUDIO DE LA
SALUD EN MIGRANTES**

Capítulo 12

La trayectoria social como instrumento para el estudio de la salud mental de grupos sociales con experiencia migratoria

Nadia Irina Santillanes Allande

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Noreste

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos proponemos presentar la utilidad de un instrumento teórico-metodológico, propio de una perspectiva cualitativa, para la recolección y análisis de datos relacionados con los problemas en salud mental de personas en contextos migratorios. Específicamente nos referiremos a la elaboración de trayectorias sociales como una herramienta que en la práctica del trabajo de campo permita al investigador organizar la biografía de los sujetos, vinculada a otros temas que pueden estar relacionados con sus problemas o padecimientos en salud mental.

En una primera lectura, tal vez sorprenda una propuesta orientada a explorar la salud mental desde las preguntas y métodos de las ciencias sociales, sobre todo cuando tradicionalmente las ciencias médicas y biopsicológicas han dominado el campo de los estudios en salud mental (Martínez Hernández, 1998). Sin embargo, consideramos necesario introducir una perspectiva que coloque en el centro los determinantes sociales y las condiciones materiales del contexto que afectan la vida diaria y, con ello, la salud mental de los sujetos sociales (Virchow citado en Waitzkin, 2006). Es por ello que presentaremos algunas de las ventajas que la elaboración de trayectorias sociales permite en la investigación en salud mental y migración.

Como leeremos a lo largo del trabajo, nuestro interés es integrar otras formas de aproximación que no se limiten a indicadores de tipo biológico (Ramalho, 2009) y entender la relación entre las condiciones materiales y

emocionales de los migrantes, con una serie de padecimientos, malestares y sufrimientos vinculados con las afecciones en su salud mental (Burin *et al.*, 2000).

Es con ese ánimo que dirigimos este trabajo a investigadores que buscan comprender y abonar en la intersección del contexto social y la salud mental de las personas en contextos migratorios. Consideramos que al aproximarnos al estudio de la salud mental y la migración nos enfrentamos a una serie de dificultades de tipo metodológico. Tal es el caso de la epidemiología psiquiátrica, cuyo interés por establecer relaciones causales entre lo ambiental, factores de tipo social y los trastornos mentales, ha tenido dificultades por la ausencia de una nosología uniforme y válida para poblaciones no institucionalizadas (Horwitz y Grob, 2011).

Más aún, como investigadores llevamos al campo una serie de preguntas que buscamos responder identificando los desafíos a los que se enfrentan los sujetos bajo estudio. A su vez, problematizamos las situaciones que deben afrontar y ponemos a prueba la influencia de una serie de variables en la vida de los individuos. Es en ese ejercicio de aproximarnos a la salud mental del otro, que debemos también tomar en cuenta la dimensión subjetiva del que padece o sufre, pues es el individuo quien da sentido y elige el origen de sus aflicciones. Aun cuando esos malestares sean expresados en síntomas y el personal de salud o los investigadores accedamos a dicha información para su registro y posterior análisis. Hay una labor de interpretación tanto del personal médico como del investigador cuando elegimos las variables a priorizar, y es en ese ejercicio en el que corremos el riesgo de que el que padece pierda su voz o el sentido de su padecer.

Por lo anterior, consideramos que la narrativa del sujeto y la descripción de su padecimiento pueden ser recuperadas desde la elaboración y el análisis de trayectorias sociales en contextos migratorios.^[1] La trayectoria social, como la define Goffman (2008), es un instrumento heurístico que nos permite recuperar el recorrido de cualquier persona en un tiempo determinado o durante su curso de vida (Bourdieu, 1989). Una de las ventajas de su uso es que nos permite relacionar los atributos subjetivos (identidad y el yo del sujeto), con su posición formal en el mundo (ya sea jurídica o institucional), y otras variables, en este caso, dadas por la situación migratoria. Nos permite además organizar y entender la experiencia social de un sujeto en un intervalo de tiempo, condensando así las imbricaciones entre sus condiciones históricas,

subjetividad y la forma en que ciertos eventos fueron experimentados (Rivera-Sánchez, 2012).

Este instrumento no es nuevo y ha sido muy útil para investigaciones en salud comunitaria, estudios de género (Esteban, 2008), salud pública y antropología médica (Osorio, 2001). Su uso ha sido útil para captar la secuencia y toma de decisiones de un individuo frente a sus problemas de salud, representaciones, prácticas sociales y formas de atención ante el padecimiento. La trayectoria social además busca vincular, a través de la dimensión biográfica del sujeto, factores, eventos, interpretación subjetiva de la experiencia, con otros factores del contexto familiar y comunitario. Para ejemplificar uno de sus usos, al final del artículo incluiré mi experiencia con dicha herramienta, en una investigación etnográfica sobre el proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión de mujeres migrantes de origen mexicano en los Estados Unidos.

Consideramos pertinente compartir nuestra experiencia con este instrumento por la flexibilidad que ofrece en el análisis de datos empíricos y su posibilidad para la inclusión de aspectos referidos a la subjetividad de los actores sociales. Para ello, en este trabajo nos proponemos profundizar sobre: 1) la forma en que medimos la salud mental de los actores sociales; 2) qué instrumentos de medición utilizamos, producidos bajo qué fines de interés; 3) qué estamos entendiendo por salud mental y, finalmente, 4) qué elegimos como estresores y cómo interpretamos sus efectos en la salud mental. Más aún, es importante reflexionar en cómo medimos el impacto de un acontecimiento referido a la migración en un sujeto cuya historia personal y condiciones materiales son complejas previo a la migración. Para ello comenzaremos revisando el concepto de salud mental desde la biomedicina y las ciencias de la salud, ya que de su definición dependen concepciones ideológicas, teóricas y políticas para el caso de la migración, como observaremos a continuación. Posteriormente, presentaremos una síntesis de algunas de las discusiones más destacadas en torno a la relación entre migración y salud mental producida principalmente en Estados Unidos. Elegimos la literatura de ese país no sólo por su larga trayectoria en los estudios de salud mental y migración, sino también porque sus instrumentos de investigación y medición son los más utilizados en investigación con poblaciones migrantes.

Posteriormente haremos una revisión crítica de las escalas de medición y los conceptos teóricos de los que parten. Con lo anterior pretendemos reflexionar sobre la construcción de instrumentos estandarizados, sus alcances y

limitaciones que dependerán de la diversidad de experiencias migratorias y orígenes étnicos. Finalmente, presentaremos como propuesta el uso de la trayectoria social para una aproximación cualitativa al tema de la salud mental en contextos migratorios. Al igual que en el caso de las escalas de medición e instrumentos estandarizados, describiremos su utilidad para la detección de ciertas problemáticas vinculadas con la salud mental, así como sus limitaciones. Para ilustrar su uso con fines prácticos, ejemplificaremos con un estudio de caso las posibilidades de información a las que podemos acceder a través de su uso.

SALUD MENTAL Y SU INTERSECCIÓN CON LA MIGRACIÓN

Una de las interpretaciones de salud mental más compartida por investigadores y hacedores de políticas públicas, es la de la Organización Mundial de la Salud. Recordamos que su definición la concibe como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2013). Es importante recordar que la inclusión de una dimensión contextual y social de la salud mental (Vainer, 2007) se debe al movimiento “higienista”. A principios del siglo XX, dicha corriente buscó reformar las instituciones asilares, que en ese momento eran la única respuesta psiquiátrica para la atención a los problemas de salud mental.

Sus propuestas para una concepción más amplia de la salud mental incluían la importancia de la prevención, para lo que era necesario la intervención del Estado en el diseño de políticas públicas. Además, a diferencia de la idea de trastorno mental, que ubica la disfunción biológica en el plano individual, el concepto de salud mental propuesto por los higienistas permitiría recuperar la dimensión ambiental, a la par de la intervención del Estado para mejorar las condiciones sociales de los individuos (Ramalho, 2009). Aunque existe evidencia del papel de las instituciones asilares y su biopolítica encaminada a la vigilancia y al control de los cuerpos por parte del Estado (Foucault, 2016), lo que me interesa rescatar de la propuesta de los higienistas es la responsabilidad que debería adquirir el Estado en mejorar las condiciones sociales de los individuos fuera de esas instituciones de control.

Dentro de este marco, también a mediados del siglo XX, emergió una serie de investigaciones y trabajos exploratorios que vinculan la salud mental y la migración. Un caso emblemático es el de Estados Unidos. Dichos instrumentos

son una importante referencia para otras investigaciones en salud mental desarrolladas en México.

Los estudios sobre salud mental y migración realizados en Estados Unidos, tienen la característica de organizar sus categorías en torno a la pertenencia a un grupo racial o étnico. Lo anterior tiene su origen en una historia que se ha construido alrededor de la narrativa de la conquista europea sobre los pueblos indígenas, por un lado, y, por el otro, las olas masivas de inmigración forzada y no forzada proveniente de numerosos países a lo largo de su historia (Vega y Rumbaut, 1991; Park, 1914; Rivera Sánchez, 2012). Destacan las migraciones posteriores a la Primera Guerra Mundial, la Gran Depresión y la Segunda Guerra Mundial. Durante este último periodo, la inmigración a Estados Unidos disminuyó a su punto más bajo desde principios del siglo XIX y en la década de 1950 la “etnia” en sí misma era vista como un fenómeno que se desvanece en la escena nacional.

En este contexto, comenzó un interés y un importante desarrollo de investigaciones sobre la integración de las minorías raciales al Estado nación moderno, bajo dos paradigmas de interpretación de la teoría social clásica de Durkheim: el de alienación y el de anomia. El desarrollo de ambos conceptos buscaba explicar la relación entre el individuo y la sociedad más amplia, así como la forma en que la experiencia subjetiva en el nivel micro se integra en estructuras sociales objetivas más amplias (Vega y Rumbaut, 1991: 352).

Estos conceptos también encontraron eco en los estudios sobre la salud mental de las minorías étnicas y raciales, ya que permitían poner a prueba formulaciones de ambos conceptos. Un clásico ejemplo era el de las áreas sociales que experimentaban un cambio social rápido y tenían mayores probabilidades de producir un efecto desorganizador en el funcionamiento personal de los individuos[2] (Durkheim, 2010 [1897]).

En esa línea tenemos el trabajo pionero de H. B. M. Murphy (1961) sobre los movimientos migratorios a principios del siglo XX. Para Murphy, la migración representaba “un experimento natural para estudiar la relación entre el cambio social y las enfermedades, a la vez de observar los efectos de la modernización, industrialización y urbanización en la salud de los individuos”[3] (Cuevas, 1989). Y aunque hasta el día de hoy existen controversias sobre el vínculo entre cambio social y sus efectos en la salud, de esta idea se han derivado trabajos que van desde demostraciones de que el cambio ha sido un factor en el desarrollo o precipitación de los desórdenes mentales, hasta estudios

focalizados en casos ejemplares, sin hacer ninguna inferencia sobre el efecto que el mismo cambio pudo tener en otros individuos o grupos (Murphy, 1961). Para este autor, los migrantes son una expresión parcial de lo que ocurre en otros grupos poblacionales, sean o no migrantes, ya que todos los cambios sociales generan consecuencias similares.

Otro ejemplo son los primeros estudios de prevalencias en trastornos psiquiátricos desarrollados por la epidemiología descriptiva en la década de 1950. Tal es el caso de los trabajos de Srole (Srole *et al.*, 1962) en la ciudad de Nueva York y el estudio del Condado de Stirling (Leighton *et al.*, 1963) en Canadá, quienes utilizaron listas de verificación de síntomas diseñadas para medir la gravedad y/o duración de los síntomas. Estas escalas cortas se diseñaron para evaluar un conjunto de síntomas comúnmente observados entre las poblaciones de pacientes, y su validez de criterio se demostró comparando poblaciones clínicas con no clínicas. Con mayor frecuencia, estas listas de verificación se crearon para identificar el afecto deprimido, la angustia psicológica y el nivel de disfunción, incluido el desempeño del rol social (Vega y Rumbaut, 1991: 356).

Posteriormente, en la década de 1960 el movimiento por los derechos civiles generó un resurgimiento de la conciencia étnica entre las minorías nativas en Estados Unidos. Lo anterior fue secundado por nuevas oleadas de inmigrantes y refugiados de naciones como Asia o América Latina, transformando de nuevo el mosaico étnico estadounidense (Portes y Rumbaut, 1996; Vega y Rumbaut, 1991: 352). Y, como mencionamos al principio del apartado, en este país ha predominado la metáfora del *melting pot* (o crisol, resultado de la creación de algo nuevo o mejorado a partir de la mezcla de gente e ideas diferentes) para conceptualizar la integración de la llegada de nuevos inmigrantes, haciendo referencia a que los que llegan pasan por un proceso de adaptación gradual hasta lograr su asimilación y aculturación en la sociedad dominante de acogida (Park, 1914; Rivera-Sánchez, 2015).

Estas ideas y conceptos surgen a partir de la experiencia de la inmigración europea hacia Estados Unidos de 1820 a 1920 y están fincados en las preocupaciones de las relaciones raciales y étnicas que forman parte del proceso de consolidación del Estado-nación. Para lo anterior se retomaron conceptos como el de aculturación y asimilación.[\[4\]](#)

En los estudios sobre la salud mental de grupos minoritarios, esos conceptos tomaron gran importancia para determinar qué características

propias de su cultura los exponían a un riesgo mayor para el desarrollo de un trastorno psiquiátrico. Por lo general, dichas investigaciones también se guiaban por la teoría del estrés psicológico social (Pearlin *et al.*, 1981), que propone la existencia de una serie de estresores que predominan en algunos sectores de la población y afectan especialmente a aquellos que experimentan cambios abruptos, y que, a su vez, no cuentan con los suficientes recursos para enfrentarlos (Vega y Rumbaut, 1991). Entre los factores que se considera que vulneran a ciertos grupos sociales destacan: el bajo nivel socioeconómico, los acontecimientos negativos de vida y la falta de apoyo social.

Según las afirmaciones de esas investigaciones tempranas, uno de los procesos más difíciles que enfrentaba el individuo al migrar, era el ajuste a la nueva sociedad de destino (Evans, 1987). Estamos entonces ante la presencia de una serie de estudios que relacionaban el estrés psicosocial con los desórdenes mentales, explicado desde procesos como el grado de aculturación y, en menor medida, variables referidas al contexto económico en que se insertaban los individuos en la sociedad de acogida.

Estos estudios comenzaron a preguntarse si los grupos minoritarios contaban con ciertos rasgos propios de su cultura que aumentarían el riesgo de síntomas y trastornos psiquiátricos. Además, consideraron factores relacionados con el origen étnico o cultural, raza, factores sociales y del contexto, como variables que influyen en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y la manifestación de síntomas de trastornos mentales (Mezzich y Lewis Fernández, 1997; Kirmayer y Young, 1998; Roelcke, 1998). Durante años se ha conjeturado si el estado de minoría era en sí mismo un factor estresante, independiente de los predictores socioeconómicos y demográficos habituales de los problemas de salud mental.

Finalmente, los estudios sobre salud mental y migración tomaron impulso durante 1998, con el presidente Clinton y su iniciativa para eliminar las desigualdades sociales y étnicas en la salud, incluida la salud mental, convirtiendo esta última en prioridad nacional (Office of Minority Health, 2002; U. S. Department of Health and Human Services, 1998). En ese momento, las poblaciones hispanas y asiáticas tenían el crecimiento más rápido en la sociedad estadounidense (Oficina del Censo de Estados Unidos, 2003). Para 2050, por ejemplo, los blancos no hispanos ya no serán la población mayoritaria en Estados Unidos según el censo (U. S. Census Bureau, 2000) (Perreira *et al.*, 2005: 1568). La discusión sobre el aumento de la diversidad y las disparidades

en salud mental entre los jóvenes de grupos minoritarios y la población mayoritaria anglosajona, tomó otros matices. En este momento, los efectos vulnerantes de la aculturación e integración dejan de ser centrales, para dar lugar al tema de la desigualdad y explicar la diferencia en distribución de la salud mental.

Debido al interés de reducir la desigualdad y comprender los riesgos a los que se exponen las poblaciones minoritarias, se incrementó la demanda de herramientas precisas para comprender la salud mental de dichas poblaciones, con objeto de diseñar intervenciones para eliminar las disparidades de salud mental desde políticas públicas. La legitimidad de los resultados de ese tipo de investigación y los programas y políticas desarrollados, dependerán también de la validez de los instrumentos adecuados para medir la salud mental de la población (Perreira *et al.*, 2005: 1590).

A continuación, presentamos una síntesis del modelo de medición del que parten dichos instrumentos, los conceptos sobre la salud mental y el interés para su aplicación en la investigación sobre migración y salud mental.

MODELOS, INSTRUMENTOS Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Como hemos señalado, el estudio sociológico de la salud mental de las minorías raciales-étnicas depende de la calidad de los instrumentos y las escalas de medición para evaluar la salud mental. Estos instrumentos, a su vez, dependen de un acervo ideológico dominante o de un marco de justificación para identificar la anomalía y restablecerla;[\[5\]](#) del modelo económico-productivo; de los dispositivos que como sociedad se implementen para asegurar la reproducción de dicho modelo (entre ellos el sistema médico y su operatividad a nivel colectivo), y del nivel de agencia atribuido a cada individuo, asuntos que ya han sido señalados por diversos autores (Laín, 1978; Pilgrim, 1997; Martínez-Hernández, 1998; Salazar y Sempere, 2012). Para lo anterior, es necesaria la creación de instrumentos de medición que reflejen el bienestar psicológico y la resiliencia para el estudio de la salud mental en diversas poblaciones (Barter, 1983; Biegal y Levenson, 1972). Tarea que no es fácil, como veremos a continuación.

Primero, estos instrumentos continúan utilizando el concepto de trastorno mental, aun cuando se ha trabajado por un concepto más amplio y comprensivo de la salud mental. La forma para poder ubicar en términos objetivos los signos

o síntomas para asociarlo con un trastorno mental, no ha sido tarea fácil tampoco. Es por eso que se han creado escalas que infieren determinadas condiciones mentales a partir de la detección de ciertos síntomas y características del paciente. Estas nosologías para el diagnóstico clínico proporcionan algoritmos que establecen, por ejemplo, si un paciente presenta síntomas A y B pero no síntomas C, entonces el paciente podría tener una condición X (Alegria y McGuire, 2003: 257).

De la misma forma en que los médicos confían en una relación empírica entre síntomas y trastornos para decidir quién está enfermo, brindar un diagnóstico y prescribir un tratamiento, se ha establecido un método similar para el diagnóstico de los trastornos mentales. Para lo anterior, los psiquiatras han jugado un papel dominante en establecer estos “parámetros” de la salud mental y definir el contenido de los trastornos psiquiátricos (Millon y Klerman, 1986). En su consolidación contribuyeron los trabajos clínicos y taxonómicos de Emil Krapelin (1856-1926), quien propuso un sistema de identificación y clasificación de los problemas mentales. Esta clasificación se convirtió en un modelo de diagnóstico para las enfermedades mentales que asumiría la analogía (causalidad, identificación a través de los síntomas) de las enfermedades físicas, creando así un mayor acercamiento de la psiquiatría al modelo de la medicina occidental o hegemónica.

El tratado de Emil Krapelin aún sigue siendo la base de los estudios psiquiátricos modernos (Martínez-Hernández, 2000), cuya característica principal para la clasificación de trastornos es la descripción precisa de los cuadros clínicos y el reduccionismo biológico o psicobiológico de los procesos mentales (Guimón, Mezzich y Berríos, 1987; Martínez-Hernández, 2000).

Para Ángel Martínez-Hernández, cuando se estudian, diagnostican y ubican los padecimientos mentales sólo en el cuerpo biológico de los individuos (Martínez-Hernández, 2000), surge una serie de problemas. Incluso, la psiquiatría que siempre ha buscado situarse en el marco de la biomedicina, continúa presentando dificultades para identificar y establecer los procesos fisiopatológicos específicos que producen la mayoría de los nombrados trastornos mentales. Además, existe aún una gran debilidad para sostener los criterios diagnósticos y las taxonomías en torno a los padecimientos en salud mental.[\[6\]](#)

Un ejemplo claro es el caso de la depresión, pues hasta ahora no se ha descubierto ninguna alteración o marcador biológico estable y común a todas

las personas diagnosticadas, lo que dificulta hablar de ella como una *enfermedad*. Por consiguiente, se han establecido otros términos que la definen como “psicopatología” en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952, creado para ofrecer un criterio estándar para la clasificación de los desórdenes mentales (Huertas, 2012).

El DSM IV, como su nombre lo indica, ha sido diseñado para el diagnóstico y el uso clínico. Dicho manual es utilizado y avalado por la Asociación Americana de Psiquiatría para la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 1994). Además de ofrecer una nosología descriptiva de los trastornos mentales, propone que el diagnóstico se haga a través de la asociación de los síntomas que manifiestan los pacientes, estableciendo relaciones entre el síntoma y el trastorno. No obstante, el manual no profundiza en las causalidades o modelos explicativos que generan los síntomas o trastornos mentales. Es quizá por esto último que ha tenido fuertes críticas, ya que pierde credibilidad diagnóstica al establecer solamente relaciones entre síntomas y trastornos, con una importante falta de evidencia sobre su relación. Por ejemplo, el DSM define a la depresión como un síndrome o agrupación de síntomas susceptibles de valorarse por parte del especialista. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos —esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida—, aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Los criterios para el episodio depresivo mayor serían la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. En síntesis, para realizar el diagnóstico de la depresión, la psiquiatría parte de la observación sintomática, el estudio del ciclo y la evolución de la enfermedad, y en la medida de lo posible se basa en explicaciones anatómico-patológicas para establecer la causalidad del padecimiento (Caponi y Martínez Hernández, 2013: 476).

Este modelo de conexión entre síntomas y diagnóstico ha sido la base para crear otras escalas de medición para investigaciones en salud mental. Una de ellas es la diseñada por el Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión (CES-

D) (Radloff y Locke, 1986), que a su vez se ha convertido en la más popular de las escalas, desarrollada en 1976 para su uso en la población adulta en general (de 18 años o más) (Radloff, 1977). El diseño de dicha escala no es para uso diagnóstico, sino para medir prevalencias de un trastorno como la depresión y establecer distintas comparaciones entre la población encuestada. Asimismo, ha sido de uso común en investigaciones sobre disparidades en salud mental entre diferentes grupos étnicos, aun cuando no ha sido completamente validada para su uso en las poblaciones multiétnicas y nacidas en el extranjero que actualmente viven en Estados Unidos (Perreira *et al.*, 2005: 1567). Pese lo anterior, en varios estudios se hace uso de la CES-D para evaluar los riesgos de depresión en varias poblaciones (por ejemplo, adolescentes, ancianos, poblaciones étnicas y clínicas) para quienes no se diseñó originalmente (Perreira *et al.*, 2005: 1568). A pesar de sus limitaciones, estas escalas han sido muy útiles en la investigación de salud mental porque son rápidas y fáciles de administrar, además de que tienen ciertas ventajas para fines de análisis de datos, al reunir un amplio espectro de información sobre los estados psicológicos de los encuestados.

Aunque estos protocolos y nosologías afirman que la relación entre los síntomas y los trastornos mentales son consistentes en todos los grupos étnicos, sociales y raciales, existen algunos problemas que nos hacen reconsiderar estas afirmaciones (Kleinman y Good, 1985). Por ejemplo, se ha observado una tendencia a pasar por alto la variación en la expresión de los síntomas con que se han asociado los trastornos mentales. Sobre todo, la suposición de que los síntomas o síndromes psiquiátricos se distribuyan universalmente y se manifiestan de manera uniforme en todos los seres humanos. Incluso, el pensamiento etiológico implícito que apoya dicha taxonomía de “talla única” simpatiza con la “ciencia oficial” de las agencias de financiación como el National Institut of Mental Health, que actualmente está a favor de apoyar la investigación en neuropatología y genética para explicar los trastornos psiquiátricos. En pocas palabras, si la génesis del trastorno psiquiátrico tiene sus raíces en la biología molecular, que es universal, los factores culturales y sociales disminuyen en importancia (Fábrega, 1991; Vega y Murphy, 1990).[\[7\]](#)

Vemos entonces que en el centro de la discusión se encuentra el problema del “universalismo” y su encarnación en un único manual, neutral en teoría, en sistemas de diagnóstico como el DSM-IV (Wakefield, 1998). Por lo anterior, es

importante repensar en el algoritmo que relaciona el conjunto de síntomas de los pacientes con una clasificación de trastornos de manera universal. Finalmente, debemos recordar que ese universalismo diagnóstico de los trastornos mentales, deriva de un modelo biomédico para diagnóstico, aun cuando sea atractivo por su simplicidad en facilitar la investigación comparativa (Muñoz, 2021).

Sin el afán de excluir la información generada o el uso de estas escalas comparativas, consideramos importante señalar la necesidad de tomar una serie de precauciones para el diseño y el uso de dichos instrumentos. Por ejemplo, en la investigación sobre ansiedad, depresión y servicios de atención es recomendable incluir un examen crítico sobre la influencia de los factores contextuales (violencias familiares, de la red social, así como otro tipo carencias, limitaciones e inseguridad material, por ejemplificar algunas de las preocupaciones más recurrentes en quienes migran) y culturales (sentidos implícitos o nebulosa de significados sobre las aflicciones y malestares) (Kleinman y Byron Good, 1985) en la interpretación de los síntomas y padecimientos. Un enfoque universalista que no tome en cuenta las diferencias sistemáticas en esta conexión puede tener errores tanto de diagnóstico como de clasificación y lectura de los padecimientos para ciertos pacientes como son los migrantes o grupos de bagajes culturales distintos (Alegria y Mc Guire, 2003: 257). Por esta razón, se recomienda ir más allá de los análisis correlacionales entre síntomas y variables sociodemográficas, trayendo a cuenta los contextos sociales e históricos de los individuos (Ruiz, 1990). Más aún cuando ya no se puede seguir hablando de una sola experiencia en la migración.

La migración de retorno, golondrina, indocumentada, en tránsito o en la espera solicitante de asilo, nos obliga a no pensar linealmente en las trayectorias y retos de diversa índole que enfrentan quienes participan en las distintas formas de movilidad. En particular, entre los grupos de inmigrantes con una condición jurídica irregular y refugiados, los análisis deben atender a las experiencias previas que motivaron su salida, el tránsito, así como las condiciones jurídicas en que se incorporan al país de destino. Bajo las nuevas condiciones que impone el endurecimiento de las fronteras y la precarización de las mayorías, las teorías acuñadas a principios de siglo para describir el proceso de asimilación de los inmigrantes europeos, ya no son suficientes para explicar la diversidad de experiencias migratorias y su relación con los

padecimientos mentales. Asimismo, los estudios sobre la salud mental de los grupos raciales y étnicos no subvencionados deben distinguir entre diferentes generaciones que habitan ese país, para identificar los efectos de las nuevas formaciones interraciales e interétnicas. Finalmente, las categorías de “etnia racial” como unidades de análisis deben conceptualizarse como procesos sociales más que como categorías fijas, inmutables, puramente adscriptivas (Pearlin *et al.*, 1981; Vega y Rumbaut, 1991: 379).

Es importante emitir como aclaración que la revisión que hemos planteado sobre la construcción de los instrumentos estandarizados no busca cuestionar su utilidad para aproximarse a la salud mental de las poblaciones de diversos orígenes étnicos, cuya finalidad es diseñar intervenciones que disminuyan las disparidades de salud mental desde las políticas públicas (Caicedo, 2019). Reconocemos además que el concepto de salud mental se ha convertido en un indicador de bienestar de la población, necesario en estudios longitudinales con distintas poblaciones (Caicedo, 2019).

Lo que intentamos es advertir las implicaciones de estandarizar el concepto de salud mental en poblaciones diversas. Como afirma Allan Young (2016), lo anterior es propio de la influencia de la cultura de la psiquiatría en la elaboración de instrumentos y en la forma como problematizamos la salud mental (Young, 2016). La cultura de la psiquiatría durante el siglo XX, en el cual alcanzó mayor legitimidad en el campo médico, ha afectado o reducido la comprensión de un campo tan amplio como es el de la salud mental en Estados Unidos (Martínez Hernández, 2000). Lo anterior se ve reflejado en la homogeneidad con que la psiquiatría define, estudia y diagnostica la depresión o la ansiedad, ya que es una disciplina prescriptiva y comparte con la biomedicina las características que Menéndez (1990) señala para el modelo médico hegemónico: eficacia pragmática, biologicismo, basada en la concepción evolucionista-positivista, ahistoricidad y universalismo.

Y es por esa preocupación que a continuación presentamos la propuesta de otro instrumento que, si bien no es nuevo, su uso para trabajar ciertos problemas en salud mental con población migrante puede acercarnos a otras interpretaciones de la relación entre el contexto y la experiencia con el padecimiento mental.

LA TRAYECTORIA SOCIAL

En este apartado expondremos la forma en que disciplinas no biomédicas abordan, estudian y se aproximan a la salud mental. Específicamente, la antropología médica ha generado perspectivas teóricas y conceptos que permiten entender la salud/enfermedad/atención como un proceso que, si bien incluye la dimensión biológica del individuo, también hace referencia a los aspectos sociales, económicos, culturales y de poder. Asimismo, incluye los significados que los sujetos y los grupos dan a sus experiencias frente al padecimiento mental.

La antropología médica ha encontrado, a través del estudio de la salud mental, un espacio para comprender que el sufrimiento y la aflicción de los actores sociales responde en gran medida a las dificultades que le impone su contexto. Para ello, recurre a la narrativa o experiencia de los individuos, sus síntomas, quejas y expresiones del padecimiento en contextos sociales determinados (Martínez-Hernández, 1998: 645). Estos estudios además consideran que la salud mental es un medio para explorar las diversas paradojas que viven los sujetos sociales (Kleinman *et al.*, 1997).

A diferencia de la perspectiva biomédica, cuya tendencia con el tiempo y la práctica ha desalentado la búsqueda de los orígenes sociales del padecimiento y la voz del paciente o su narrativa para describirlo (Kleinman, 1989; Vega y Rumbaut, 1991: 356), los estudios desde una perspectiva social dan importancia a esa voz como respuesta humana y descriptiva a diversos eventos de la vida (Kokanovic *et al.*, 2013) que expresan las presiones sociales e individuales a las que se enfrentan los sujetos (Kangas, 2001).

Poner en práctica este método en el trabajo empírico tampoco es tarea fácil. Sobre todo porque los relatos e historias que recuperamos de los sujetos sociales son interpretaciones y representaciones que ellos hacen de esos eventos o experiencias. Otro de los retos está en la información que recabamos en las entrevistas, ya que estamos trabajando desde la subjetividad del sujeto. Es decir, la explicación o sentido con que el sujeto dota su padecimiento tampoco son fijos (Williams y Healy, 2001), incluso, en una misma entrevista, pueden variar y hasta ser contradictorios.

Ante esta serie de desafíos, los autores proponen que, en lugar de buscar un modelo explicativo fijo para los padecimientos mentales, recuperemos un mapa exploratorio que identifique las diferentes vías de pensamiento a las que los individuos recurren para explicarse por qué están experimentando problemas psicológicos (Williams y Healy, 2001; Kokanovic *et al.*, 2013). Estas vías de

explicación pueden ser religiosas, eventos de vida e incluso biológicas, pues frente a un problema que aqueje la salud mental, el individuo se mueve en un gran espectro de creencias y posibilidades para darle significado a la aflicción (Williams y Healy, 2001).

A partir de las recomendaciones de los autores antes citados, desde un análisis cuidadoso de los sesgos en el ejercicio de reconstrucción y generación de los datos, y conscientes de nuestras limitantes en la interpretación de dichos datos, esta perspectiva antropológica también nos abre una interesante oportunidad para entender la relación entre salud mental y la migración.

Por ejemplo, a partir del registro de las dimensiones y significados que los actores utilizan para explicar su padecimiento, el investigador tiene frente a sí la oportunidad de ir entretejiendo esos eventos con el contexto económico, político y social en que el padecimiento ocurre (Kokanovic *et al.*, 2013; Muñoz, 2021).

Para el campo de la salud mental de las mujeres, la biomedicina se ha posicionado como experta, haciendo énfasis en los problemas asociados a la reproducción (Burin, 1987). Sin embargo, gracias a la contribución de los estudios de género, ahora es imperativo partir de los criterios de salud mental desde las mismas protagonistas y no desde el punto de vista de los médicos como los especialistas. Esto implica explorar las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como aquellos factores que constituyen modos de vida que enferman (Burin, 1987). Implica además llevar la experiencia del padecimiento fuera del espacio clínico y discurso biomédico, integrando así otros aspectos y determinantes sociales en el análisis de su proceso de salud/enfermedad/atención (Dossa, 2004).

Un instrumento útil para lograr una aproximación al padecimiento desde el punto de vista del actor es la trayectoria social. Como anticipamos al inicio del capítulo, nos permite organizar la narrativa biográfica a través de ejes que entrecruzan la vida de las personas como son sus experiencias familiares, laborales e institucionales desde temprana edad hasta el momento de la entrevista.

La trayectoria ha sido un instrumento de gran utilidad en investigaciones en salud comunitaria y salud pública, por su flexibilidad para adecuarse a los objetivos y las preguntas de investigación. La trayectoria tiene la posibilidad de registrar los caminos que los sujetos siguen en la búsqueda o resolución de un problema de salud. En la antropología médica se ha empleado para recuperar la

experiencia, representación social y práctica orientada a la curación de la enfermedad por parte del paciente. A su vez, permite incorporar todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como la intervención de terapeutas y otros mediadores de sistemas de referencia profanos como son las personas encargadas del cuidado o mantenimiento de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones, por mencionar algunos de estos otros actores que intervienen en los episodios de enfermedad (Menéndez, 1990).

Así, llevar esta información a los estudios en salud mental y migración, nos permitiría no solamente referirnos a la experiencia con el padecimiento, sino también describir los escenarios en los que se desarrolla dicho padecimiento y con ello conectar esta experiencia con otros hechos que forman parte del contexto de los sujetos sociales.

Finalmente, la trayectoria social para los estudios en salud mental y migración nos permitiría recuperar otros dos aspectos vinculados con los padecimientos en salud mental. El primero es la influencia que ejerce el contexto económico, político y social en la emergencia de ciertos padecimientos. Lo anterior, a través de un análisis en que incluyamos los factores sociales, culturales y biológicos que interactúan de forma compleja y hacen difícil concebir a la enfermedad como un evento unicausal (Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer, 2009). El segundo es la recuperación de la perspectiva del sujeto a partir de la forma en que las personas buscan dar un significado a sus problemas. Como afirma Sian Lewis (2001), el sujeto, al preguntarse ¿por qué a mí?, comienza un autoanálisis y propone posibles situaciones que desencadenaron sus padecimientos. Es en ese autoanálisis y a partir de esa narrativa, que podemos indagar en ciertos eventos vinculados a procesos sociales más amplios.

En un estudio que buscaba conocer si existía un vínculo entre las difíciles condiciones materiales y jurídicas que enfrentan las mujeres inmigrantes indocumentadas en Estados Unidos y el desarrollo de episodios depresivos, se utilizó la trayectoria social como instrumento para dar seguimiento al proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión de seis mujeres originarias de México que migraron por motivos económicos a ese país. Las mujeres eran originarias de la mixteca poblana, pertenecían a un circuito migratorio establecido entre Puebla y Nueva York desde finales de 1970. En este contexto, emprendimos de 2012 a 2015 un estudio sobre mujeres que manifestaron haber

sufrido depresión, enmarcando dicho padecimiento en la historia personal y contextual, caracterizada por una serie de dificultades como son una condición jurídica irregular, familias con dificultades económicas en el origen y en el destino, y otra serie de retos para poder subsistir en empleos informales en la ciudad de Nueva York. Éstos, a su vez, fueron los criterios de inclusión para seleccionar los casos que representaran a mujeres de primera generación que por dificultades hubiesen emigrado a Estados Unidos. Así, en principio se entrevistó a 15 mujeres indocumentadas de origen poblano que residían en la ciudad de Nueva York, y dicha muestra se redujo a seis participantes seleccionadas no solamente por cumplir con los criterios de inclusión, sino también por la necesidad de profundizar en entrevistas que se realizaron en varias sesiones y que requerían además el acompañamiento para la observación de sus actividades cotidianas.

De esta forma dimos seguimiento por un año a la trayectoria de las seis mujeres inscritas en una estrategia económica familiar y comunitaria que involucraba la migración indocumentada de alguno de sus miembros para la reproducción económica del hogar. La migración se consideró como un evento que reconfiguró la vida de estas mujeres y fue estudiado desde la experiencia de familiares, redes y comunidades que facilitan o no su llegada a un nuevo entorno. Además, incluimos la indocumentación como una condición que reconfigura el estar del otro lado en clandestinidad, con un acceso diferenciado a empleos, instituciones de salud y de justicia.

Siguiendo propuestas antes expuestas por Kleinman (1989) y Parin Dossa (2004) en las descripciones sobre el desarrollo de episodios depresivos, incluimos aquellos factores económicos y sociales que pudiesen estar relacionados con los problemas que enfrentaban desde su llegada a Estados Unidos. Además, en todo momento hubo un acompañamiento en la vida de estas mujeres, para lo que fue necesario establecerme en varios de esos hogares, realizando observación de los espacios públicos y privados. La mayoría de ellas vivían en el barrio de Jackson Heights y Astoria, en Queens, además del Bronx, en Nueva York, lugares en que se concentra la mayor población de origen mexicano.

Durante 2012, año en que se hizo una estancia de un año para realizar la etnografía y el acompañamiento con las mujeres, estuvo presente la paradoja entre la salud mental y la migración. Es decir, si la migración representó una mejora en la vida material del grupo de mujeres y sus familias, por qué

desarrollaron los episodios depresivos en la ciudad de Nueva York. Para lo anterior era importante ocupar un lugar como observador de las condiciones objetivas y otras situaciones que implicaban el desgaste emocional que eventualmente las llevara a episodios de depresión.

Las trayectorias además se complementaron con la observación de la vida cotidiana en familia, hogares, interacción con otros miembros del grupo social a través de eventos, fiestas. Esta última técnica también se utilizó para incluir una perspectiva relacional y obtener información por parte de otros miembros de la familia y la comunidad, reduciendo así los sesgos que pudiera haber por trabajar solamente con el testimonio y la experiencia de las mujeres. La trayectoria social fue diseñada para tomar registro de distintas etapas del proceso migratorio, como son *a*) en el origen: las responsabilidades que las actoras tenían en el hogar y con su familia, las responsabilidades fuera del hogar de tipo económico, presiones económicas que se vivían en su hogar y la forma en que éstas eran enfrentadas, relaciones familiares y violencias; *b*) sobre la migración hacia los Estados Unidos: los antecedentes migratorios de la familia, antecedentes migratorios de las actoras centrales, motivos de la migración, experiencias durante el tránsito hacia Estados Unidos; *c*) con respecto a la vida en los Estados Unidos: las relaciones sociales y redes familiares, la experiencia de llegar a otro país, las primeras dificultades, la conformación de la familia en Estados Unidos, violencias familiares y laborales, situación de vivienda y de trabajo, limitantes con respecto a su situación migratoria en ese país, relación con instituciones y otras organizaciones comunitarias en el país de destino.

Fue gracias a la construcción de las trayectorias con las informantes y la observación sistemática, que fue posible encontrar la violencia en diferentes etapas de la vida de las mujeres, ejercida principalmente por miembros de la propia familia. La trayectoria también incluyó los procesos de atención que siguieron estas mujeres frente a sus padecimientos, permitiendo así encontrar, fuera de la interpretación clínica, la importancia de otros factores en juego que mostraremos a continuación con la trayectoria de Regina.

Regina era originaria de la mixteca poblana y al momento de las entrevistas llevaba 25 años viviendo en el barrio de Astoria, Queens, en Nueva York. Tenía 42 años cuando participó en la investigación y me alquiló uno de los cuartos de su pequeño departamento por cuatro meses. En mis observaciones pude anotar qué situaciones le generaban malestar, a la vez que pude advertir las que le

brindaban bienestar y un mejor ánimo en el día a día. Por ejemplo, a Regina le inquietaban las llamadas telefónicas que su marido le hacía desde la cárcel, para ver qué estaba sucediendo en casa mientras él no estaba. Después de estas llamadas, ella se encerraba a escuchar música triste y miraba videos en YouTube que mostraban las fiestas que ocurrían en su pueblo.

Ella salió a los 15 años de Chila de la Sal, Puebla, hacia Estados Unidos, obedeciendo a sus padres. En el verano de 1986 ellos le dijeron que ya era tiempo de que se fuera con un par de tíos que estaban por emprender un viaje a Nueva York: “Mis papás dijeron que por ser la hija mayor te toca irte a trabajar, ver por tus hermanitos, ya te mantuvimos, ahora te toca ayudarnos a mantener a tus hermanitos”.

Considera que el ser la mayor de ocho hermanos determinó que desde muy pequeña tuviera una gran cantidad de responsabilidades en el hogar: “Por ser la mayor siempre mi mamá me marcó, porque si mis hermanos se portaban mal, entonces decían que era por mí y por ser la mayor y no estar al pendiente de ellos. Y mi mamá me dijo: tú tienes la culpa, tú eres la mayor, tú eres la responsable, tú tienes que ver por tus hermanos”. Incluso, cuando no cumplía satisfactoriamente con las responsabilidades asignadas, sus padres la reprendían duramente llegando a la violencia física.

Llegó solamente hasta sexto de primaria porque su padre pensaba que el estudio no era para las mujeres, ya que terminaban casándose, cuidando a los hijos y al marido. Regina describe lo que su padre le decía: “¿Para qué quieren estudio las mujeres? Una mujer de estudios es peligrosa, desobedece al marido y descuida a sus hijos”. En lugar de continuar con sus estudios, a los 12 años comenzaron a enviarla a otros ranchos para que ayudara en la limpieza y el cuidado de los hijos de “comadres” de su mamá: “Me mandaban a los ranchos a trabajar, a cuidar niños o a moler el nixtamal en el molino, de criada pues, de sirvienta me mandaban a los ranchos desde que tengo uso de razón”.

De esas tareas no recibía remuneración y recuerda haber tenido malas experiencias como la que relata a continuación:

Una vez me mandaron a traer la carne para los tacos, el carnicero me quiso jalar para adentro y me dijo: oh ven aquí te doy el cambio. Y a mí me dio muchísimo miedo porque yo todavía tenía en mente que con un beso yo me iba a quedar embarazada. Me jaló y yo le aventé el dinero [...]. Agarré la carne y me fui corriendo para donde la señora [...]; a la señora le conté lo que pasó y me dijo: no pues tú ya te estás poniendo peligrosa, te voy a tener que devolver con tus papás porque yo no quiero un

compromiso aquí. A lo mejor andas de ofrecida, por eso te quiso jalar [el carnicero] y de que te vayan a violar y te vaya a entregar embarazada mejor ahorita te devuelvo con tus papás.

Regina cree que su madre nunca la quiso porque tuvo que quedarse con su padre cuando quedó embarazada de ella. Hasta la fecha continúa afectándole la mala relación que tuvo —y aún mantiene— con sus padres. Como se observa a lo largo de su trayectoria, los conflictos y la falta de apoyo de la familia serán una constante.

Al llegar a Estados Unidos tampoco gozó de mayor libertad. Ahora bajo la vigilancia de sus tíos y tías comenzó a trabajar en una fábrica de textiles junto con otras personas que venían de la comunidad. Lo que ganaba debía utilizarlo para pagar la deuda adquirida con el coyote, gastos de manutención y el resto debía enviarlo a su familia. No es casualidad que, a los 19 años, cuando conoció al padre de sus hijas, se fue a vivir con él sin dudarlo. En casa de sus tíos ya no se sentía cómoda, había tenido algunas malas experiencias como el que su primo tratara de prostituirla entre sus amigos.

Con su pareja tuvo dos niñas y lo describe como una persona poco cariñosa e incluso violenta. Él se justificaba diciendo que no sabía lo que era el cariño porque nunca lo vivió en su casa. Los problemas de violencia comenzaron al poco tiempo de empezar a vivir juntos, los cuales aumentaban cuando él usaba y abusaba de las drogas y el alcohol. Regina normalizaba esa violencia pues era lo que había visto en su casa desde pequeña. Pensaba que los malos tratos eran normales en todas las relaciones de pareja y le parecía natural que en su nuevo hogar las cosas funcionaran de esta forma. Después de varios años se percató de que las relaciones no debían de ser así, sobre todo cuando algunos amigos — a los cuales conoció durante su corto periodo de participación en la Asociación Tepeyac[8]— le preguntaban por qué permitía que su esposo la tratara de esa forma.

Su pareja no le permitía buscar trabajo cuando lo intentaba; describe así la intromisión de su pareja:

Recuerdo que ya después me quería rebelar, decía: voy a buscar trabajo y él les empezaba a decir a mis hijas: tu madre quiere ir a trabajar porque quiere andar de loca por allá, y las niñas no mami, por favor no vayas a trabajar, y les lavaba el cerebro a ellas y ¿qué haces? ¿Cómo le explicas a tus hijas? Entonces todo es como lavado cerebral a la buena, te hacen quedarte a la buena, no es a la mala, a la buena te van

convenciendo de que hagas lo que ellos dicen, aunque supuestamente te dan todo. Entonces yo empecé a hacer mi trabajo en la casa y me empezó a controlar el dinero también de allí. Aunque supuestamente anda suelto el feminismo y todo eso, pero yo pienso que no, son puros cuentos nada más. La mujer termina haciendo lo que el hombre dice.

Aun con los problemas de violencia física, su familia se ponía del lado de él. En una ocasión Regina intentó volver a Chila de la Sal acompañada de sus dos hijas:

Cuando yo a mis papás les dije que Juan me pegaba [...] mis papás no me creyeron, incluso todavía lo quieren muchísimo a él, yo pienso que si tienen que dar la vida entre él y yo, dan la vida por él antes que por mí, ¿por qué?, quién sabe. Mis papás hasta me querían quitar a mis hijas porque yo no quería regresar con él, yo había decidido no regresar con él, pero ellos empezaron hacer complot para quitarme a las niñas.

Así que tuvo que regresar con él, situación que le generaba culpa:

Fue mucha la culpa, porque yo digo, si no hubiera regresado con él, y me hubiera ido lejos, donde no me hubieran podido encontrar con mis hijas, a lo mejor Natally no se hubiera descarriado tanto como se descarrió. A lo mejor Natally no hubiera tenido que aprender a la mala (lágrimas), muchas cosas malas que ha vivido, si yo me hubiera quedado solita con mis hijas, no lo hubieran pasado ellas.

Relató haber pasado por dos depresiones severas, ambas diagnosticadas por instancias biomédicas como describiremos a continuación. La primera vez fue cuando su hija Natally de 16 años dejó de asistir a la escuela y se involucró sentimentalmente con un pandillero de quien quedó embarazada. Por el abandono escolar tuvieron que ir a la corte y eso desencadenó una serie de problemas familiares y la intervención del personal educativo. Entre ellos un psicólogo del colegio que, al hablar con Regina sobre la situación familiar, le diagnosticó depresión. El segundo episodio derivó de que su pareja le apuntó con un arma de fuego. En estado de ebriedad “se le fue una bala”, según Regina, pasando muy cerca de su cabeza. Lo anterior le provocó una lesión en el oído. La policía llegó al departamento y encontró el arma de fuego, pero Regina decidió no presentar cargos porque su hija Mónica, que era menor de edad, presenció el conflicto y si las autoridades llegaban a enterarse de que una

menor estuvo expuesta a un evento violento, el Estado la toma bajo su tutela. Regina declaró que el arma se disparó por accidente y la policía se llevó a Juan sólo por el cargo de portar un arma sin permiso. Al mes del incidente con su pareja, ella comenzó a experimentar los siguientes problemas:

Se me empezó a paralizar la cara y a entumir la mano, la pierna. Ya no podía yo caminar hasta que llegué a la sala de emergencias del hospital Metropolitan. Cuando fui al hospital me dijeron que no podían creer cómo podía yo andar caminando, porque ya mi sistema nervioso estaba tan afectado que yo no podía controlar, entonces tenía que ser a través de medicamentos. Pues también me dijeron que tengo que ir con psiquiatra, no psicólogo sino psiquiatra, para ser tratado el problema de estrés y depresión porque lo tengo demasiado avanzado.

No acudió al psiquiatra porque considera que al igual que otras personas que vienen de México —y en especial sin documentos— prefieren no decirle nada al psiquiatra o psicólogo por miedo a que envíen una trabajadora social a la casa y ésta reporte a las agencias del Estado la violencia presenciada por menores. Esto conllevaría la separación familiar, entre otros problemas legales. Como dice Regina: “si a uno le hace una pregunta el psicólogo, uno a veces se suelta, así que esa vez intenté tener cuidado de no revelar más, porque si ven algún tipo de violencia inmediatamente envían a la trabajadora social: y termina haciéndote hablar, así como tú me estás haciendo hablar”.

Es decir que, en una situación jurídica irregular, varias personas prefieren no ser visibles para ciertas agencias del Estado por miedo a la separación y a la deportación. Además, Regina sostiene que:

No es fácil hablar de tus problemas y decir que te está yendo mal como mujer, ya sea como esposa o como madre o como mujer, no es fácil contarle a la gente que algo no estás haciendo bien, porque algo tienes que estar haciendo mal para que uno no sea feliz, es bien difícil andarle contando a la gente que me pega el marido o me maltrata o me grita, o lo que sea, no es fácil para mí, no es fácil andar contándole a la gente.

Además de los problemas físicos derivados del sistema nervioso, como la casi parálisis facial, Regina me relató que constantemente tiene una serie de pensamientos relacionados con la muerte y el suicidio. Este tipo de pensamientos la han acompañado a lo largo de su vida y muchas veces se ha preguntado sobre su propósito o razón de estar aquí:

Yo pienso que cuando mi madre me dijo desde muy chica que no debía haber nacido, que por mi culpa mi mamá tuvo que sacrificarse y quedarse con mi papá, porque ella se quedó embarazada de mí, entonces yo le dije: yo no pedí venir al mundo, yo vine al mundo porque tú abriste las piernas, yo no te pedí venir al mundo, yo estoy aquí por tu culpa, yo estoy aquí porque ni siquiera quiero estar aquí, en este mundo, y ahí desde entonces empecé así como ¿qué hago yo aquí? Incluso mi propósito en la vida yo todavía no lo encuentro [...] yo no sé a qué vine, es como algo inútil que está aquí nomás, algo que no sirve, pero no me doy por vencida, yo creo que voy a encontrar tarde o temprano, a lo mejor el último día de mi vida en el planeta, yo voy a encontrar mi motivo por el que estoy aquí.

Regina encontró un grupo de danza prehispánica o Mexica tiahui, que dice haberla despertado del letargo en que vivía, y ahora los integrantes de este grupo se han convertido en su nueva familia. Eso le ha dado el valor de rebelarse incluso ante sus padres y ha ido asumiendo nuevos cargos como el de sahumadora (mujer que porta el sahumero —brasero— durante las danzas). Este cargo le da autoridad y la ha comprometido más aún con el grupo. A su vez, le da un sentido comunitario, es un espacio de escucha e incluso un espacio en el que puede desenvolverse más allá de su familia.

A partir de la reconstrucción de la trayectoria de Regina podemos observar cómo en este caso, como en el de varias mujeres, la decisión tomada por los padres para la reproducción económica del hogar se va entrelazando con otros eventos que van minando la salud mental de Regina. La historia vivida y contada por Regina nos permite ver otros factores centrales, a veces invisibilizados, que se vinculan con su salud mental como la violencia, que opera a nivel familiar e institucional de forma relacional, a partir de estructuras que permiten la reproducción de la violencia de género que van más allá de la frontera, así como la forma en que se entrecruza con otros factores referidos a la migración indocumentada. Es a partir precisamente de estas trayectorias que uno puede aproximarse entonces a cuáles son las situaciones que afectan la salud mental de las mujeres y que pueden ser atribuidas o no a la migración internacional. Para el caso de Regina, así como de otras informantes que conformaron el estudio, consideramos que la situación jurídica irregular, así como la reproducción de estructuras de relaciones familiares dominantes, generan escenarios para que una serie de violencias operen, sean reproducidas y vulneren la salud mental de las mujeres migrantes.

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

En este capítulo nos propusimos presentar la viabilidad de un instrumento cualitativo que puede ser de utilidad para la recolección, análisis y comprensión de información relacionada con los problemas en salud mental en contextos migratorios. Así, ejemplificamos la utilidad de la trayectoria social como instrumento teórico-metodológico que nos permita organizar y vincular narrativas del sufrimiento con otros factores que los actores identifiquen relevantes en su historia personal. Además, expusimos algunas de las dificultades a las que nos enfrentamos cuando retomamos conceptos cuya tradición de pensamiento parte de la clasificación de trastornos mentales para fines de clasificación y atención biomédica.

Trajimos a la discusión algunos estudios en salud pública que han logrado crear puentes relacionales entre los padecimientos en salud mental y los determinantes sociales. Estos trabajos, que tienen el propósito de generar evidencia para la intervención en política pública y la eliminación de disparidades entre diferentes grupos poblacionales, han generado instrumentos de recolección de información y diferentes escalas de medición en la salud mental. Dado que son estudios a gran escala, parten de la comparación de información y datos para presentar sus resultados. Aunque estos estudios han contribuido enormemente en explorar la salud mental de diferentes grupos sociales, varios de estos estudios continúan retomando una serie de conceptos de la psiquiatría.

Aun cuando la finalidad de los estudios en ciencias sociales no sean el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, coincidimos con Allan Young (2016) en que el estudio del padecimiento, los conceptos y las técnicas para la investigación en salud mental continúan permeados por la cultura de la psiquiatría, es decir, “permeadas por un diagnóstico de enfermedades en abstracto, sin relación con las condiciones de vida y trabajo, ni la cultura, etnia, clase social o medio ambiente” (Valls-Llobet, 2009). Por lo que el afán e insistencia en este trabajo no es excluir los aportes desde la salud pública en los estudios en salud mental y migración, sino dar un paso atrás para reflexionar sobre el uso de algunas herramientas e instrumentos que pueden no ir de acuerdo con el interés de la comprensión de la relación que existe entre el padecimiento mental y los determinantes del contexto en que suceden.

Es con ese fin que proponemos como ejercicio previo al diseño de instrumentos y uso de otras herramientas para el estudio de salud mental: 1) repensar los conceptos de los que partimos al estudiar la salud mental; 2) la revisión de los instrumentos que se utilizan para su estudio pues estos fueron producidos para fines particulares, y, finalmente 3) qué elegimos como estresores del ambiente y cómo interpretamos sus efectos en la salud mental. Consideramos lo anterior no porque demeritemos el conocimiento generado desde las ciencias biomédicas para la comprensión de los padecimientos mentales, sino porque su proceder metodológico obedece a objetivos propios, que son el diagnóstico y la atención. Además, como todo conocimiento, se produce para problemáticas particulares y en contextos históricos determinados. Así es que cuando incluimos la migración y su relación con la salud mental, creemos importante pensar en la diversidad de actores que participan en ella, perfiles sociodemográficos y condiciones jurídicas particulares. Antes de acuñar conceptos de otras disciplinas, proponemos un autoanálisis teórico-metodológico de conceptos y herramientas, para medir el impacto de un acontecimiento referido a la migración en la historia personal de los sujetos, cuyas condiciones materiales son complejas previo a la migración.

Otra consideración es la revisión del estado de la política migratoria de los estados emisores y receptores, pues se encuentra en constante cambio. Como hemos referido en este trabajo, los estudios en salud y migración en Estados Unidos se encuentran enmarcados por la preocupación de la etnicidad y su integración en la cultura hegemónica de la escena nacional. Ante las distintas oleadas de diferentes grupos migratorios, sobre todo durante el siglo XIX y XX, la preocupación por las relaciones raciales y étnicas forma parte del proceso de consolidación del Estado-nación en Estados Unidos. Como en otras naciones, ha existido una preocupación por el proceso de adaptación gradual de los inmigrantes hasta lograr su asimilación y aculturación en la sociedad dominante de acogida (Park, 1914; Rivera Sánchez, 2015).

No es casualidad que las investigaciones producidas en salud mental y migración durante el siglo XX y parte del XXI, entre sus instrumentos tengan como característica: 1) la categoría de pertenencia por grupo étnico o racial; 2) un modelo que parte del cambio y su efecto desorganizador en el individuo, producto de la modernización, industrialización, urbanización y migración rural-urbano (Durkheim, 2010: 3); 3) la aculturación y asimilación como variables atenuantes o que propician el padecimiento mental de los individuos

(Redfield, Linton y Herskovits, 1936; Evans, 1987); 4) instrumentos y parámetros que provienen de la psiquiatría, disciplina dominante para la comprensión de la salud mental en Estados Unidos (Millon y Klerman, 1986; Young, 2016).

Dichos instrumentos de medición, que reflejan el bienestar psicológico y la resiliencia para el estudio de la salud mental en diversas poblaciones, cuentan entre sus características: 1) escalas que parten de la observación objetiva de síntomas asociados a trastornos mentales: causalidad, identificación a través de los síntomas; 2) presentan continuidad en el uso del concepto de trastorno mental, aun cuando se ha trabajado por un concepto más amplio y comprensivo de la salud mental; 3) parten de la teoría del estrés psicológico-social (Pearlin *et al.*, 1981), que proviene de la fisiología y define el estrés como una respuesta biológica no específica del organismo a toda demanda que se le haga (Selye, 1956).

Desde las ciencias sociales han sido señaladas ciertas limitaciones hacia estos instrumentos. La falta de precaución en la recolección y medición de datos sobre la sintomatología cuando se trabaja con grupos étnicos y sociales con expresiones tan variables; la ausencia de descripción de los malestares por parte de los actores, así como la falta de integración del contexto o determinantes sociales en los informes. Especialmente para la antropología médica, que considera particularmente importante la descripción de la aflicción, las narrativas del sufrimiento o el síntoma como forma de expresión del padecimiento, para integrar el contexto y su influencia en la comprensión del padecimiento mental.

Es por ello que los estudios en salud mental y migración requieren de instrumentos como la trayectoria social para tomar registro y poder integrar otras dimensiones sociales en el padecimiento mental. Con dicha herramienta, el investigador puede entretelar los eventos biológicos y sociales con el contexto económico, político y social en que el padecimiento ocurre (Kokanovic *et al.*, 2013). Será también parte de este ejercicio incluir dimensiones como son las experiencias familiares, laborales e institucionales desde temprana edad hasta el momento de la entrevista.

Para comprender su utilidad en contextos migratorios, incluimos el análisis de la trayectoria de una mujer que inmigró a Estados Unidos a temprana edad y en el lugar de destino comenzó a presentar diversos episodios depresivos. A través de esa y otra trayectoria pudimos comprender que los episodios

depresivos de las mujeres migrantes de origen poblano en la ciudad de Nueva York se presentaron después de haber experimentado alguna forma de violencia (física, psicológica, emocional y/o sexual), perpetrada principalmente por algún varón miembro del grupo familiar. Dicha violencia se generaba sobre todo cuando las mujeres no cumplían o alteraban “real o de forma imaginaria, los papeles socialmente asignados como hija, esposa o madre” (Ordorika, 2009; Castro y Casique, 2012). Así surgió uno de los principales retos de la investigación: incluir y tratar de explicar el vínculo entre las condiciones particulares que viven las mujeres desde el origen y como migrantes, pues los episodios violentos se presentaron a lo largo de sus vidas, propiciando el desarrollo de episodios de depresión. De este modo, la descripción del padecimiento, vinculado con el contexto y eventos a lo largo de la vida de estas mujeres, nos obligó a incluir la perspectiva de género tanto en la comprensión del padecimiento como en el marco interpretativo de la salud mental.

Para este caso, la relación entre el padecimiento mental y la migración no sólo radicaba en las dificultades materiales que imponen una situación jurídica irregular en Estados Unidos. Las condiciones en que las mujeres, por ser mujeres, realizan la migración, imponen una serie de dificultades que vulneran su salud mental desde el origen hasta el destino: las relaciones familiares de dominación en México, que continúan en la conformación de sus hogares en Estados Unidos. Y aunque los escenarios son cambiantes, se impone la reproducción de ciertos roles que, al ser alterados, son fuertemente reaprendidos mediante diversas formas de violencia (Jenkins y Mary-jo Del Vecchio, 2014).

Después de analizar estos resultados, creemos importante compartir los hallazgos que nos puede brindar el uso de la trayectoria social. Sobre todo, a la luz de una serie de estudios que dan cuenta de las dificultades implícitas en los procesos migratorios contemporáneos, dotados de diversas formas de violencia, separación familiar y en condiciones cada vez más precarias.

Finalmente, consideramos necesario el desarrollo e implementación de metodologías mixtas que nos permitan explorar los procesos individuales ante diversos escenarios migratorios. Sobre todo para contribuir en la comprensión de la salud mental desde una perspectiva en que las condiciones sociales y los factores causales vinculados con las condiciones materiales de los sujetos sean visibilizados.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUR. *Refugee Statistics*. (Consulta: 1 de agosto de 2019).
- Alegria, Margarita, y Thomas McGuire (2003). "Rethinking a universal framework in the psychiatric symptom-disorder relationship". *Journal of Health and Social Behavior* 44 (3): 257-274.
- American Psychiatric Association (1994). Disponible en: <<https://www.psychiatry.org/>>.
- Angel, Ronald J., y Jacqueline L. Angel (2015). *Latinos in an Aging World*. Nueva York: Routledge.
- Burin, Mabel (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M.; E. Moncarz, y S. Velázquez (2000). *El malestar de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Barter, J. T. (1983). "California: Transformation of mental health care, 1957-1982". En *Unified Health Systems: Utopia Unrealized*, coordinado por J. Talbott, 7-17. San Francisco, CA: Editorian Jorsey-Baas.
- Biegal, Allan, y Alan I. Levenson (1972). "Mental health center: Origins and concepts". En *The Community Mental Health Center*, 3-18. Nueva York: Basic Books.
- Bourdieu, Pierre (1989). "La ilusión biográfica". *Historia y Fuente Oral* (2): 27-33. Disponible en: <en <http://www.jstor.org/stable/27753247>>.
- Caicedo, Maritza (2019). *Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caponi, Sandra, y Ángel Martínez-Hernández (2013). "Krapelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos". *Scientiae Studia* 11 (3): 467-489.
- Castro, R., e I. Casique (coords.) (2012). *Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011*. México: Instituto Nacional de las Mujeres, CRIM-UNAM.
- Correa Urquiza, Martín; Tomás Silva; Márcio Belloc, y Ángel Martínez-Hernández (2006). "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas

- globales y narrativas locales”. En *Quaderns de l’Institut Català d’Antropologia* 22: 47-69.
- Cuevas Córdova, S. (1989). “El estudio de la salud mental en relación con los procesos migratorios. Esbozo de un modelo”. *Salud Mental* 12 (1): 15-27. Disponible en: <http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/361>.
- Dossa, Parin (2002). “Narrative mediation of conventional and new ‘mental health’ paradigms: Reading the stories of immigrant Iranian women”. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series 16 (3): 341-359.
- Dossa, Parin (2003). “The body remembers: A migratory tale of social suffering and witnessing”. *International Journal of Mental Health* 32 (3): 50-73.
- Dossa, Parin (2004). *Politics and Poetics of Migration. Narratives of Iranian Women from the Diaspora*. Toronto: Canadian Scholars Press Inc.
- Durkheim, Émile (2010 [1897]). *El suicidio. Estudio de sociología*. México: Colofón.
- Esteban, Mari Luz (2008). “Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos”. En *La materialidad de la identidad*, coordinado por Elixabete Imaz. Donostia: Editorial Hariadna.
- Evans, J. (1987). “Introduction: Migration and health”. *The International Migration Review* 21 (3): v-xiv.
- Fábrega, Horacio (1969). “Social psychiatric aspects of acculturation and migration: A general statement”. *Comprehensive Psychiatry* 140: 1103-1105.
- Fábrega, Horacio (1990). “Hispanic mental health research: A case for cultural psychiatry”. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 12: 339.
- Foucault, Michel (2016). *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I. México: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, Erving (2008). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Guimón, J.; J. E. Mezzich, y G. E. Berríos (1988). *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Horwitz, A. V., y G. N. Grob (2011). “The checkered history of American psychiatric epidemiology”. *The Milbank Quarterly* 89 (4): 628-657.
- Huertas, Rafael (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata.

- Jenkins, J., y Mary-Jo del Vecchio (2014). "Women and global mental health: vulnerability and empowerment". *Essentials of Global Mental Health*, 264-281. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kangas, Ilka (2001). "Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives". *Health* 5 (1) (enero): 76-92.
- Kleinman, Arthur, y Byron Good (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1989). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books Inc.
- Kleinman, Arthur; Margaret Lock, y Vena Das (1997). "Introduction". En *Social Suffering*, 9-27. Berkeley: University of California.
- Kokanovic, Renata; Ella Butler; Hariz Halilovich; Victoria Palmer; Frances Griffiths; Christopher Dowrick, y Jane Gunn (2013). "Maps, models, and narratives: The ways people talk about depression". *Qualitative Health Research* 23 (1): 114-125.
- Laín Entralgo, Pedro (2005). *La curación por medio de la palabra en la antigüedad clásica*. Barcelona: Anthropos.
- Leighton, D. C.; J. S. Harding; D. B. Mackin; A. M. MacMillan, y A. H. Leighton (1963). *The Character of Dancher: Stirling County Study*, vol. 3. Nueva York: Basic Books.
- Lewis-Fernández, Roberto, y Arthur Kleinman (1994). "Culture, personality, and psychopathology". *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1): 67-71.
- Martínez-Hernández, Ángel (1998). "Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 18 (68): 645-659.
- Martínez-Hernández, Ángel (2000). "Anatomía de la ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura". En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, coordinado por Enrique Perdiguer Gil y Josep M. Comelles, 249-276. Barcelona: Bellaterra.
- Martínez-Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica. Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez Hernández, Ángel (2014). "El signo de los cinco. Las semióticas del síntoma y sus olvidos". *Intersecciones en Antropología* 15 (2): 353-362.

- Martínez, Igda E., y Peter J. Guarnaccia (2007). “‘It’s like going through an earthquake’: Anthropological perspectives on depression among Latino immigrants”. *Journal of Immigrant and Minority Health* 9 (1): 17-28.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Mezzich, J. E., y R. Lewis-Fernández (1997). “Cultural considerations in psychopathology”. En *Psychiatry*, vol.1, coordinado por A. Tasman, J. Kay y J. Lieberman, 563-571. Filadelfia, PA: Saunders.
- Millon, Theodore, y Gerald Klerman (coords.) (1986). “Con-temporary directions”. En *Psychopathology: Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- Muñoz, Rubén (2021). *Antropología, psiquiatría y alteridad: de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.
- Murphy, Henry Brian Megget (1961). “Social change and mental health”. *The Milbank Memorial Found Quarterly* 39 (3): 385-445.
- OMS (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra, Suiza. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=1D09E24C19414C343ADFFCEF906C362F?sequence=1>.
- Ordorika, Teresa (2009). “Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres”. *Revista Mexicana de Sociología* 71 (4) (octubre-diciembre): 647-674.
- Osorio, Rosa María (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INI, INAH-Conaculta.
- Paykel, Eugene (1991). “Depression in women”. *The British Journal of Psychiatry* 158 (10): 22-29.
- Park, Robert (1914). “Racial assimilation in secondary groups with particular reference to the negro”. *American Journal of Sociology* 19 (5) 606-623.
- Partel, V. (2014). “Why mental health matters to global health”. *Transcultural Psychiatry* 51: 777.
- Pearlin, Leonard; Mayra Lieberman; E. G. Menaghan, y J. T. Mullan (1981). “The stress process”. *J. Health Social Behavior* 22: 337-356.
- Perreira, K. M.; N. Deeb-Sossa; K. M. Harris, y K. Bollen (2005). “What are we measuring? An evaluation of the CES-D across race/ethnicity and immigrant

- generation". *Social Forces* 83 (4): 1567-1601.
- Pilgrim, A. R. D. (1997). "The contribution of lay knowledge to the understanding and promotion of mental health". *Journal of Mental Health* 6 (1): 23-36.
- Portes, Alejandro (2006). "La nueva nación latina: inmigración y la población hispana de los Estados Unidos (The New Latin Nation: Immigration and the Hispanic Population of the United States)". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 116: 55-96
- Portes, Alejandro (2007). "Un diálogo Norte-Sur: el progreso de la teoría en el estudio de la migración internacional y sus implicaciones". En *El país transnacional. Migración mexicana y cambio social a través de la frontera*, coordinado por Marina Ariza y Alejandro Portes, 651-702. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Portes, Alejandro, y Ruben Rumbaut (1996). *Immigrant America: a Portrait*. Berkeley, CA.: University of California Press.
- Radloff, L. S. (1977). "The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population". *Applied Psychol. Measure* 1: 385-401.
- Radloff, L. S., y B. Z. Locke (1986). "The community mental health assessment survey and the CES-D scale". En *Community Surveys of Psychiatric Disorders*. New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press.
- Ramallo, Rodrigo (2009). *Psiquiatría y Salud Mental* 42 (1). Universidad Nacional de Asunción.
- Redfield, R.; R. Linton, y M. Herskovits (1936). "Memorandum for Acculturation". *American Anthropologist* 38: 149-152.
- Rivera-Bátiz, Francisco (2003). *The State of Newyorktitlán: a Socioeconomic Profile of Mexican New Yorkers*. Nueva York: Columbia University.
- Rivera-Sánchez, Liliana (2015). "Las trayectorias en los estudios de migración: una herramienta para el análisis longitudinal cualitativo". En *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, coordinado por Marina Ariza y Laura Velasco, 455-494. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, El Colegio de la Frontera Norte.
- Roelcke, Volker (1998). "Discovering the history of psychiatry". *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 3 (33): 269-270.

- Ruiz, D. S. (coord.) (1990). *Handbook of Mental Health Disorder among Black Americans*. Wesport, Conn: Greenwood.
- Rylko-Bauer, Barbara; Linda Whiterford, y Paul Farmer (2009). *Global Health in Times of Violence*. Santa Fe: School for Advanced Research Press.
- Salazar, J., y E. Sempere (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Valencia, España: Generalitat Valencia.
- Selye, Hans (1956). *The Stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company.
- Srole, L.; T. S. Langner; S. T. Michael; M. K. Opler, y T. A. C. Rennie (1962). *Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Vainer, Alejandro (2007). “De qué hablamos cuando hablamos de salud mental”. *Topia*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>.
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vega, Armando; Kolody Bohdan, y Juan Valle (1987). “Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women”. *International Migration Review* 21 (3): 512-530.
- Vega, W. A., y J. W. Murphy (1990). *Culture and the Restructuring of Community Mental Health*. Wesport, Conn: Greenwood.
- Vega, William, y Ruben Rumbaut (1991). “Ethnic minorities and mental health”. *Annual Review of Sociology* (1): 351-383.
- Velázquez, Susana, y Ester Moncarz (2000). “El malestar de las mujeres”. *La tranquilidad recetada*. México: Editorial Paidós.
- Wakefield, J. C. (1998). “Meaning and melancholia: Why the DSM-IV cannot (entirely) ignore the patient’s intentional system”. En *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*, coordinado por J. W. Barron, 29-72. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Waitzkin, Howard (2006). “Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social”. *Medicina Social* (1) 1.
- Williams, B., y D. Healy (2001). “Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: ‘explanatory model’ or ‘explanatory map’?” *Soc Sci Med*. 53 (4): 465-476.

Young, Allan (2016). "Culture, history and traumatic memory: An interpretation". *Acta Bioethica* 22 (1): 63-70.

- [1] Existen otros instrumentos que permiten captar la secuencia de actividades que los individuos buscan para solucionar sus problemas de salud, como es el itinerario terapéutico (Werner en Osorio, 2001) o el curso de vida utilizado sobre todo por la sociodemografía para analizar la vida de las personas dentro de contextos estructurales, sociales y culturales, enfatizando las interacciones del cambio biológico y el cambio social a nivel individual (Angel y Angel, 2015). Para este caso nos referimos a la trayectoria social como una herramienta que nos permita no sólo integrar decisiones para la búsqueda de la salud, sino también aspectos familiares, laborales e institucionales desde temprana edad hasta el momento de la entrevista.
- [2] En su estudio clásico, el suicidio se usó como un indicador válido del impacto ambiental en los individuos. La construcción original de la anomia transmitía la idea de una mayor disponibilidad de opciones de comportamiento y un debilitamiento de los controles sociales que potencialmente abrumaban a las personas que habían sido criadas en un entorno caracterizado por expectativas sociales estables y bien definidas. Las minorías étnicas estadounidenses experimentan variaciones sobre un tema similar. Algunos miembros de minorías étnicas nacen y se crían en entornos sociales que son culturalmente diversos. Otros, como inmigrantes y refugiados, atraviesan un proceso de transición más similar al descrito por Durkheim. Es decir, proceden de una cultura de origen estable que ha proporcionado un contexto cultural para su comportamiento y autoconcepto, para pasar a otro complejo cultural que los obliga a reorganizar sus expectativas sociales (Vega y Rumbaut, 1991).
- [3] Según Murphy, la creencia de que el cambio social tiene un efecto adverso sobre la salud mental, tiene como ancestro el pensamiento del psiquiatra Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), quien asumía que “los disturbios sociales de este tiempo (1830-31) ejercieron su influencia en la producción de la locura, no sólo por espanto y por exaltación política sino por convulsión en la posición social de muchos individuos” (traducción del autor).
- [4] El primero para describir el fenómeno en el que los individuos provenientes de distintas culturas establecían interacciones de primera mano con la sociedad de destino. El segundo para explicar aquellos fenómenos que resultan cuando dos grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto continuo, lo que generará cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos (Redfield, Linton y Herskovits, 1936).
- [5] Los estudios sobre cuerpo y corporalidad han trabajado mucho con la discusión crítica sobre la “norma” con que las sociedades en las que predomina la cultura “occidental” han hecho

sujetos a los individuos y los mecanismos por los cuales se busca distinguir a quienes se salen de la norma (generalmente las minorías) y cómo regular las diferencias.

- [6] Otra limitación de la definición de trastornos mentales que maneja el DSM-IV (manual diagnóstico) es que no son percibidos, al menos mayoritariamente, como enfermedades peculiares cuyos síntomas responden a mecanismos culturales, psicológicos y biográficos. Al contrario, ahora los trastornos mentales son aprehendidos bajo la analogía de las enfermedades físicas y sus síntomas son entendidos como señales de una disfunción biológica subyacente (Martínez-Hernández, 2000: 248).
- [7] Actualmente, una ley del instrumento prevalece en la investigación en salud mental. Se inventan listas de verificación y protocolos de diagnóstico, se realizan encuestas y se presentan los datos. Incluso en la evidente ausencia de estudios de validez culturalmente fundamentados, la existencia misma de datos tiende a objetivar el protocolo utilizado para recopilar la información en primer lugar. Además, el uso de procedimientos estadísticos para establecer la consistencia interna de los ítems de la escala, sirve para calmar y ocultar las preocupaciones sobre la validez de constructo de los instrumentos cuando se usan en poblaciones multiculturales. El resultado es una literatura de investigación epidemiológica que refleja un desprecio general tanto por el contenido cultural como por el contexto social de los problemas de salud mental (Vega y Rumbaut, 1991: 359).
- [8] Asociación dedicada a promover los derechos humanos de los inmigrantes mexicanos y latinos.

Capítulo 13

Notas y reflexiones sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores en los lugares de origen

Ricardo Regules García

The Population Council, México

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

Las tendencias demográficas futuras indican que, aproximadamente, en dos o tres décadas los cambios en la estructura etaria de la población mexicana comenzarán a estar dominados por la dinámica de las generaciones de la población adulta mayor (60 años y más); el envejecimiento, la vejez y su incidencia sobre las demandas de los servicios de salud y la seguridad social serán fenómenos sociodemográficos significativos para el país. A su vez, la migración interna e internacional —y más recientemente la migración de retorno— han comenzado a trastocar la estructura por edad de muchas localidades mediante procesos de despoblamiento y repoblamiento territorial, lo cual se refleja en la ausencia de estratos en edades productivas y un notable envejecimiento de la población, particularmente, aunque no de manera exclusiva, en el medio rural (Sagarpa y FAO, 2014; Johnson y Lichter, 2019).

El crecimiento constante de la población adulta mayor y las características tanto del envejecimiento poblacional de México como de la migración mexicana a Estados Unidos, han dado pie a un número importante de investigaciones cuantitativas y cualitativas, las cuales están orientadas a obtener conocimientos del estado de la salud, física o mental, de las personas adultas mayores migrantes en los lugares de origen y destino (Román, 2018). En su mayoría, estos trabajos identifican factores de riesgo que aumentan las probabilidades de sufrir alguna discapacidad de la población adulta mayor migrante que retorna (Wong y González-González, 2010), mientras que otros se centran en el análisis de los procesos de salud y enfermedad y en los cuidados de salud del adulto mayor migrante (Águila *et al.*, 2013; Ponce-Martínez *et al.*,

2018). De igual manera, la creciente importancia de la migración de retorno ha incentivado investigaciones sobre la salud, el bienestar y la vulnerabilidad de las personas adultas mayores que regresan a México después de estancias más o menos prolongadas en Estados Unidos (Riosmena *et al.*, 2012).

La migración también es un factor de riesgo para la salud, no sólo de quienes emigran, sino también de quienes se quedan atrás. En México, la salud de los hijos, las mujeres casadas o unidas y los padres adultos mayores que permanecen en los lugares de origen ha sido asociada a la migración de sus padres, sus cónyuges y sus hijos adultos, respectivamente. Los aspectos de la salud —tanto física como mental— de los niños, adolescentes y de las mujeres (cónyuges) que se quedan han sido analizados en relación con los costos emocionales de la separación familiar resultado de la migración (Nobles, 2013; Nguyen *et al.*, 2007; Fellmeth *et al.*, 2018; Gassmann *et al.*, 2018; Xie, 2019); la búsqueda de atención de servicios de salud (Caballero *et al.*, 2008); la reasignación de roles en espacios locales y con el envío de remesas (López-Ekra *et al.*, 2011).

Por su parte, tener uno o más hijos adultos migrantes también es una variable que ha sido asociada con la calidad de vida y la salud de los padres adultos mayores (Antman, 2010a, 2010b; Downer *et al.*, 2018; Torres *et al.*, 2018). Estos trabajos presuponen que el envío de remesas por parte de los hijos podría tener efectos positivos en la salud de sus padres; sin embargo, la evidencia empírica resulta inconsistente, sobre todo cuando las dimensiones de salud analizadas se refieren a enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con el estilo de vida —particularmente enfermedades cardiovasculares—; a la autopercepción de la salud, la cual es una concepción subjetiva e individual que resulta de la intersección de factores biológicos, sociales y psicológicos (Jerkovic *et al.*, 2017), y a la sintomatología de salud mental (Antman, 2010a, 2010b; Torres *et al.*, 2018).

La migración, como fenómeno multidimensional, transforma la dinámica doméstica: cambia la estructura y composición de los hogares, reorganiza la vida social y reajusta los flujos de apoyos y cuidados intergeneracionales; por ejemplo, la ayuda doméstica y el cuidado de personas dependientes e, incluso, el respaldo emocional (Zissimopoulos, 2001; Hogan *et al.*, 1993; Montes de Oca *et al.*, 2012). Estos cambios y transformaciones, junto con el envío de remesas, pueden tener repercusiones en la salud de los miembros del hogar que permanecen o se quedan atrás (Ariadi *et al.*, 2019).

En el caso de las personas adultas mayores, la emigración de uno o más de sus hijos adultos puede resultar en la reasignación de actividades laborales (empleo) y de cuidado y, por tanto, en mayores cargas para los padres; también es posible que dé pie a una mayor participación comunitaria o en otros espacios locales y, en consecuencia, a un mayor acceso a redes sociales de apoyo. A su vez, la emigración de los hijos adultos implicaría para los padres la adjudicación de responsabilidades relacionadas con la distribución de los recursos monetarios y el gasto familiar, mientras que se generan expresiones de incertidumbre respecto de la disminución en el envío de remesas; las condiciones laborales, económicas y el estado de salud de su descendencia en los lugares de destino; el debilitamiento de los lazos afectivos; las ausencias cada vez más prolongadas de los hijos adultos, y la posibilidad de que éstos emigren otra vez o formen familias en la sociedad de acogida. Todo esto podría tener efectos sobre la salud de las personas adultas mayores.

Con base en lo anterior y centrando su interés en la relación directa o indirecta que podría guardar la emigración de los hijos adultos con la salud de los padres mayores, el presente trabajo tiene como objetivo problematizar en torno a los mecanismos por los cuales la emigración de los hijos incide en el estado de salud de sus padres mayores, pero también identificar factores que median la relación causa-efecto entre la migración de unos y la salud de otros, a fin de explicar mejor esa correspondencia. El supuesto que motiva la reflexión es que la comprensión del binomio migración y salud debe partir de una concepción multidimensional que dé cuenta de su complejidad.

En este trabajo se examinarán los aspectos teórico-metodológicos de la investigación cuantitativa, a nivel global, alrededor de la migración de los hijos y sus efectos en la salud de sus padres, pero también los presupuestos en los que se fundamentan las hipótesis más utilizadas para explicar esta relación. A partir de lo anterior —y con el fin de problematizar la reflexión— se planteará la necesidad de considerar el análisis de otras dimensiones que requieren la incorporación de enfoques de curso de vida y de aproximaciones metodológicas cualitativas.

Además de la introducción, este capítulo se estructura en tres partes. En la primera se discute la literatura: se hace un recuento de los niveles de análisis relevantes y se destacan otros aspectos que resultan de la migración de los hijos, que podrían afectar la salud de los padres mayores en el origen. En la segunda parte se elabora en torno a las distintas consecuencias que resultan de

la migración de los hijos y se discuten puntualmente algunos de sus posibles efectos sobre la salud del adulto mayor. En la tercera parte se da cuenta de las consideraciones finales y, a manera de conclusión, se perfilan para México algunas líneas de investigación futuras que acentúan el uso de metodologías de la investigación de corte cualitativo y el enfoque de curso de vida.

AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN EN TORNO A LA RELACIÓN ENTRE LA MIGRACIÓN DE LOS HIJOS ADULTOS Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS PADRES MAYORES QUE PERMANECEN

Con la finalidad de ofrecer una visión lo más completa posible de los esfuerzos hechos para analizar los efectos de la migración de los hijos adultos sobre la salud de los padres mayores, se hace una revisión exploratoria de la literatura, la cual tiene como propósito proporcionar una visión general de quién, dónde y de qué manera se ha generado la evidencia disponible, pero también de proponer ámbitos de estudio que no están suficientemente desarrollados.

Si bien existen investigaciones sobre la relación entre la salida de los hijos adultos del hogar familiar y la salud de los padres que datan de finales de la década de 1980 (Pillay, 1988), la emigración de los hijos adultos adquiere relevancia a finales de la primera década del siglo XXI, cuando Abas *et al.* (2009) analizan por primera vez la salud del adulto mayor en función de la ausencia de los hijos adultos que resulta de la migración. En consecuencia, se hizo una revisión del conocimiento acumulado entre los años 2009 y 2020, que incluye 15 trabajos publicados en revistas indexadas vinculadas a la demografía, envejecimiento poblacional, geriatría y gerontología, salud mental, economía, epidemiología y salud pública. En estas investigaciones el objetivo central es utilizar la migración de los hijos adultos como variable explicativa de la salud de los padres mayores. Dicho de otro modo, a través de medidas de asociación o efecto se cuantifica la magnitud de la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de los padres mayores. Por tanto, la revisión se centra únicamente en investigaciones de corte cuantitativo.

De las 15 investigaciones, seis se refieren a la migración interna, siete a la internacional, mientras que sólo dos investigan los efectos de la migración de los hijos adultos—tanto interna como internacional—sobre la salud de la población adulta mayor. El análisis de esta literatura mostró que independientemente del tipo de experiencia migratoria de los hijos adultos

(interna, internacional o ambas), todas las investigaciones presuponen efectos de la migración de los hijos sobre la salud de los padres. Con respecto a la cobertura geográfica, las investigaciones son diversas pues se refieren a México, Irlanda, Moldavia, China, Tailandia e Indonesia. Conviene mencionar que en estos países la migración, tanto interna como internacional, ha sido fundamental para su desarrollo y ha influido en su dinámica socioeconómica y demográfica. La finalidad de incluir en la revisión las investigaciones realizadas a nivel global, es identificar posibles diferencias regionales y de carácter teórico-metodológico entre los estudios que analizan los efectos de la migración interna de los hijos adultos en la salud de los padres mayores y los que la asocian a la migración internacional. La forma en que se estructuró la revisión de las investigaciones sobre el tema indica su evolución teórica-metodológica; se perfilan algunos de los niveles de análisis relevantes y los cambios ocurridos en la medición del fenómeno.

Las investigaciones de Antman (2010a; 2010b) son de las primeras que analizan los efectos de la migración internacional de los hijos adultos sobre la salud de los padres mayores. Con información longitudinal del Estudio Nacional de Envejecimiento en México (Enasem), la autora analizó si la condición migratoria de los hijos adultos —es decir, si al momento del levantamiento de la encuesta uno o más de ellos residían en Estados Unidos—, es un factor asociado a la condición del estado de salud percibido (si la persona que responde diría que su salud es excelente, muy buena, buena, regular, mala); a la mala salud física (si la persona que responde ha tenido o no un ataque al corazón), y a la mala salud mental (si en la semana previa a la entrevista el encuestado se sintió deprimido, solo y/o triste). Los resultados de los análisis muestran que tener hijos migrantes adultos es un factor de riesgo para la salud —física y mental— de los padres mayores, aun después de controlar los efectos de variables demográficas, socioeconómicas y de acceso a servicios de salud.

Abas *et al.* (2009) diseñaron y utilizaron datos de un estudio de cohorte para analizar la relación entre la migración interna de los hijos adultos y los trastornos depresivos en las personas adultas mayores en Tailandia. Entre los hallazgos de su análisis estadístico multivariado resalta que, una vez controlados los efectos del apoyo social, el estado de la salud física y las características demográficas y socioeconómicas de los padres, la migración interna de los hijos adultos no es un factor de riesgo para la depresión en la población adulta mayor. En 2013, Abas *et al.* recurrieron a la misma fuente de

información de 2009 para investigar los efectos de los cambios en los patrones de movilidad interna de los hijos adultos (*i.e.* emigración y retorno) en los cambios en salud mental de los padres mayores. Sin embargo, en esta ocasión los autores utilizaron datos tanto de la encuesta de línea base como de la encuesta de seguimiento (*follow-up*). Con respecto a los resultados del modelo de regresión logística multivariante, destaca que la ocurrencia de eventos de retorno es un factor asociado a los cambios en la salud mental del adulto mayor; en cambio, la emigración no lo es. Abas *et al.* (2013) concluyeron que el retorno de los hijos adultos podría estar vinculado con el deterioro de la salud mental de los padres mayores.

Por su parte, Adhikari *et al.* (2011) utilizaron datos de una encuesta nacional de envejecimiento en Tailandia para identificar, a través de modelos de regresión logística, si tener o no hijos migrantes también es una característica asociada a la presencia de síntomas de afecciones mentales, la autopercepción de la salud (excelente, muy buena, buena, regular, mala), la salud física y el mayor uso de servicios de atención a la salud. A diferencia de Abas *et al.* (2009, 2013), los autores encontraron que la migración interna de los hijos adultos es un factor vinculado tanto a la presencia de síntomas depresivos como a una mayor utilización de servicios de salud. Sin embargo, la migración de los hijos adultos no es una variable asociada al deterioro de la salud física y la autopercepción de la salud en el adulto mayor.

Para el caso de Indonesia, Kuhn *et al.* (2011) utilizaron información de la encuesta longitudinal de vida familiar (IFSL, por sus siglas en inglés) para analizar los efectos de la migración interna de los hijos en la autopercepción de la salud del adulto mayor (buena, mala) y en las actividades de la vida diaria (AVDs). Para controlar por los efectos de la selectividad y dar cuenta del problema de endogeneidad, los autores recurrieron a tres técnicas de análisis estadístico: 1) el pareamiento por puntaje de propensión o propensity score matching (PSM); 2) la estimación del efecto promedio del tratamiento o average treatment effect (ATE), y 3) los análisis multivariados. Después de controlar por los efectos de la edad, el sexo de las personas adultas mayores y el número total de hijos nacidos vivos de 15 o más años, Kuhn *et al.* (2011) observaron que, en general, las personas adultas mayores con hijos migrantes tienen menores probabilidades de reportar estados de salud pobres.

En China, la dinámica de los flujos migratorios internos, junto con sus consecuencias sociales, económicas y demográficas, también ha incentivado el

interés por investigar el vínculo entre la migración de los hijos adultos y la salud mental de los padres mayores que se quedan atrás. Para analizar esta relación, Guo *et al.* (2009) utilizaron información de la primera y la segunda ronda de un estudio longitudinal para construir, además de la variable que indica si la persona adulta mayor cuenta con hijos migrantes, una variable continua que se refiere al número total de hijos migrantes. Entre los hallazgos de las regresiones múltiples en esta investigación destaca que, en comparación con los padres que no tienen hijos adultos migrantes, los que sí los tienen presentan menores niveles de depresión. Sin embargo, entre quienes tienen un número acumulado de hijos migrantes mayor, el nivel de depresión es mayor.

Más recientemente, Song (2017) utilizó información de una encuesta longitudinal sobre salud y nutrición china para reconstruir, describir y comparar las trayectorias de la salud percibida entre la población rural adulta mayor en función de la migración interna de los hijos adultos. Mediante un análisis descriptivo, el autor identificó que las trayectorias de la salud percibida en las personas adultas mayores con hijos migrantes son persistentemente peores que las de la población adulta mayor sin hijos migrantes. Song (2017) también notó que la migración prolongada de los hijos tiene un impacto mucho más negativo que la migración a corto plazo en la salud de los padres. Vale la pena mencionar que, a diferencia de los trabajos anteriores, Song (2017) subraya las diferencias en cuanto al sexo de las personas adultas mayores y de los hijos migrantes. En este sentido, el autor encuentra que las trayectorias de autopercepción de la salud física (excelente, buena, regular, mala) de las mujeres adultas mayores con hijos migrantes son mejores que las de otros adultos mayores.

En cuanto a las investigaciones que estudian la relación entre la migración internacional de los hijos adultos y la salud de los padres mayores, otro ejemplo es el de Downer *et al.* (2018), quienes también utilizaron datos del Enasem, la técnica de pareamiento por puntaje de propensión (propensity score matching) y el análisis multivariado para analizar los efectos de la migración de los hijos sobre el deterioro cognitivo de los padres mayores en México. No obstante, la asociación entre el riesgo de deterioro cognitivo en el adulto mayor y la migración internacional de uno o más hijos no resultó estadísticamente significativa. Según Downer *et al.* (2018), esto podría deberse a dos cosas: primero, a la mayor interacción social (amigos, vecinos) reportada por los adultos mayores con hijos migrantes, y segundo, a la propensión de los padres

mayores con hijos migrantes a comunicar y compartir aspectos de su situación financiera, estado de salud y sintomatología depresiva. Todas estas acciones han sido asociadas a una buena salud cognitiva (Kuiper *et al.*, 2015).

Por su parte, Torres *et al.* (2018) utilizaron la técnica de estimación de máxima verosimilitud longitudinal o longitudinal targeted maximum likelihood estimation (LTMLE) para analizar la asociación entre la migración internacional de los hijos adultos y la sintomatología depresiva de los padres mayores. Esta técnica de análisis, si bien poco común, permite controlar por los efectos de variables perturbadoras (confounding variables) que cambian en el tiempo (time-varying). Con respecto a los hallazgos, en esta investigación los autores encontraron que la asociación entre la sintomatología depresiva en los padres mayores y la migración internacional de sus hijos está en función del tamaño del hogar, el género y la ubicación del hijo migrante en el país de destino. Al igual que Antman (2010a; 2010b) y Downer *et al.* (2018), los autores utilizaron información del Enasem.

En Irlanda, Mosca y Barrett (2016) analizaron si la migración internacional de uno o más hijos, entre el primer y el segundo levantamiento de una encuesta longitudinal sobre envejecimiento, se asocia a la aparición de síntomas de depresión y a la autoevaluación de los trastornos mentales en la población adulta mayor. Para poder establecer asociaciones y reducir el sesgo por variables omitidas, los autores estimaron un modelo econométrico de primeras diferencias y posteriormente uno de efectos fijos. Los resultados de la investigación señalan que la emigración de uno o más hijos adultos es un factor asociado a la aparición de síntomas depresivos; sin embargo, la asociación resulta estadísticamente significativa únicamente para el caso de las mujeres adultas mayores.

En Moldavia, Böhme *et al.* (2015) investigaron el efecto de la migración internacional de los hijos en distintas dimensiones de la salud de los padres mayores a partir de información proveniente de un módulo especial de una encuesta nacional sobre trabajo. Este módulo recaba información demográfica, socioeconómica y sobre las condiciones de salud tanto de los hijos de padres emigrantes como de los adultos mayores con hijos migrantes. Los autores utilizan el método de variables instrumentales (VI) para abordar la endogeneidad estadística. Böhme *et al.* (2015) encontraron una asociación positiva y significativa entre la migración internacional de los hijos, el índice de masa corporal (IMC), la condición motriz y la autopercepción de la salud en la

población adulta mayor con respecto a la salud percibida de otras personas en el mismo rango de edad (por ejemplo, si la persona responde diría que, con respecto a la salud de otros adultos mayores, su salud es mucho mejor, mejor, ni mejor ni peor, peor, mucho peor).

Con excepción de las investigaciones de Antman (2010a; 2010b), quien analiza la relación entre tener hijos adultos migrantes y la salud física, el resto se centra en la salud percibida y en aspectos de la salud mental. No obstante, Falkingham *et al.* (2017) encontraron que, en India, tener hijos adultos migrantes, tanto internos como internacionales, es un factor de riesgo asociado a la presencia de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida. Por su parte, Evandrou *et al.* (2017) encontraron que en China la prevalencia de enfermedades gastrointestinales crónicas y otros trastornos digestivos es significativamente mayor en la población adulta mayor con hijos adultos migrantes. En cuanto a las técnicas de análisis, tanto Falkingham *et al.* (2017) como Evandrou *et al.* (2017) utilizaron modelos de regresión logística; sin embargo, en India se utilizó información de una encuesta transversal sobre conocimiento en torno al envejecimiento, mientras que en China la información provino de una encuesta longitudinal sobre la salud y el retiro en la vejez.

Hasta aquí la revisión de la literatura sobre la migración de los hijos adultos y su relación con la salud de los adultos mayores. Sin embargo, es importante mencionar la existencia de investigaciones cuantitativas que vinculan la migración de uno o más miembros del hogar —aunque sin precisar si se trata de los hijos adultos—, a la salud de las personas adultas mayores (Lu *et al.*, 2012), mientras que otras investigan la relación entre la migración internacional de los hijos adultos y el bienestar y la calidad de vida de los padres mayores (Waidler *et al.*, 2017; Thapa *et al.*, 2020). Estos últimos dos aspectos también han sido analizados en relación con la salud de las personas adultas mayores y la migración de los hijos adultos (Xie *et al.*, 2014).

Particularmente interesante resultó la gran diversidad de herramientas estadísticas y analíticas. Así, las investigaciones que utilizaron datos de corte transversal incorporaron técnicas de análisis multivariado, estimaciones de modelos *Probit* y la técnica de pareamiento por puntaje de propensión (propensity score matching). Por otra parte, el uso de encuestas longitudinales, o de panel, ha permitido incorporar a las investigaciones otras técnicas de análisis estadístico de datos, tales como la técnica de estimación de máxima

verosimilitud longitudinal (longitudinal targeted maximum likelihood estimation) y los métodos lineales de estimación con datos panel, por ejemplo, modelos de primeras diferencias y de efectos fijos.

Desde los primeros y hasta los trabajos más recientes, la discusión se ha centrado en problematizar el análisis y las dificultades para establecer relaciones causales entre la salud de los padres y la migración de los hijos y las hijas, enfatizando dos cuestiones fundamentales: 1) la selectividad; 2) los problemas de endogeneidad. En consecuencia, algunas de las técnicas antes mencionadas han permitido dar cuenta de la selectividad, mientras que en otras de las investigaciones también se utilizó el método de variables instrumentales (VI) para abordar la endogeneidad estadística, o bien a través de la especificación de modelos de efectos fijos con datos de panel para reducir los sesgos por variables omitidas. Todos estos problemas son recurrentes en la investigación sobre la relación entre la migración de los hijos y el estado de salud de los padres mayores debido a lo siguiente: primero, el estado de salud del adulto mayor es un factor que puede incentivar la migración de los hijos adultos; y segundo, existen variables que se asocian tanto a la salud del adulto mayor como a la migración de los hijos adultos.

Al respecto de la revisión hecha sobre la literatura disponible, hay que señalar que, en principio, el interés por estudiar la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de los padres mayores tiene sustento en el argumento de que una proporción importante de las remesas se utiliza para cubrir los gastos en salud de los hogares con personas adultas mayores, lo que a su vez supone efectos positivos en la salud de esta población. Sin embargo, las diferencias entre los hallazgos con respecto a la magnitud (significancia estadística) y a la dirección (positiva o negativa) de las asociaciones pueden deberse, en parte, a las distintas dimensiones de la salud sobre las cuales se ha analizado el efecto de la migración de los hijos (cuadro 1); a la diversidad de escalas e instrumentos que generan información para la construcción de indicadores que permitan identificar sintomatologías asociadas a uno o más afecciones mentales, o bien, a otros aspectos asociados a la salud, por ejemplo la incapacidad física, la habilidad cognitiva o motriz, la calidad de vida y la satisfacción con la vida (cuadro 2); a la naturaleza multicausal de la enfermedad, la cual eleva los sesgos de confusión y por variables omitidas; a la relación entre los antecedentes familiares relativos a la salud y la selectividad migratoria positiva con respecto al estado de salud, y a las distintas

consecuencias que resultan de la migración de los hijos y sus efectos sobre la salud del adulto mayor.

En cuanto a la operacionalización de la variable explicativa (migración de los hijos adultos), en la mayoría de las investigaciones se trata de una variable dicotómica que se refiere a si, al momento de la encuesta, los padres adultos mayores tenían o no hijos migrantes (Antman, 2010a; 2010b; Adhikari *et al.*, 2011; Kuhn *et al.*, 2011; Böhme *et al.*, 2015; Downer *et al.*, 2018), mientras que en otras se refiere a la condición migratoria de los hijos adultos, es decir, si al momento de la encuesta los padres reportaron tener hijos migrantes internos, hijos migrantes internacionales o hijos migrantes retornados (Evandrou *et al.*, 2017; Falkingham *et al.*, 2017; Song, 2017; Torres *et al.*, 2018); a la estructura de los arreglos residenciales de las personas mayores con base en la migración de uno o más hijos adultos (Abas *et al.*, 2009; Abas *et al.*, 2013); a la ocurrencia de eventos migratorios entre rondas de encuestas longitudinales (Mosca y Barret, 2016), o bien, al número total de hijos migrantes (Guo *et al.*, 2009).

Con excepción del trabajo de Mosca y Barret (2016), en el resto de las investigaciones resulta complicado hacer una reconstrucción detallada de las trayectorias migratorias de los hijos adultos, puesto que las fuentes de datos que se utilizan no recogen información sobre la ocurrencia de los eventos migratorios, lo cual limita cualquier aproximación a su temporalidad y, en consecuencia, no es posible determinar si la migración de los hijos adultos precede a las condiciones de salud de los padres mayores reportadas al momento del levantamiento de la información. En todo caso, la disponibilidad cada vez mayor de encuestas y estudios longitudinales o de panel de salud, junto con la evolución de las técnicas estadísticas, han permitido incorporar a la mayoría de las investigaciones métodos apropiados para robustecer los análisis y, por tanto, la relación estadística (asociación) entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores, por ejemplo: la técnica de pareamiento por puntaje de propensión (propensity score matching), la estimación de máxima verosimilitud longitudinal (longitudinal targeted maximum likelihood estimation), y la estimación de modelos econométricos de primeras diferencias y de efectos fijos. Estos métodos permiten la construcción de grupos de comparación a partir ciertos supuestos y bajo los cuales el grupo de control (adultos mayores sin hijos adultos migrantes) y el grupo de tratamiento (adultos mayores con hijos adultos migrantes), serían comparables. Así, el grupo de control es una buena representación del

contrafactual, es decir, de lo que ocurriría en presencia de la exposición, o bien, en su ausencia.

A través del análisis contrafactual, estas estrategias metodológicas atienden el sesgo de confusión (confounding), el cual se refiere a las diferencias entre los grupos —de control y de tratamiento— con respecto a otros factores o variables perturbadoras y que pueden ser responsables de lo que observamos (o no observamos). Asimismo, cuando una variable no observada se correlaciona tanto con el tratamiento (migración de los hijos adultos) como con el resultado (estado de salud del adulto mayor), la estimación puede estar sesgada debido a la autoselección en el tratamiento. No obstante, se puede recuperar una estimación causal de un tratamiento en un resultado utilizando el método de variables instrumentales (VI). Este método también reduce el sesgo o error de medición de la variable de tratamiento, en este caso de la migración de los hijos adultos, y el sesgo de variables omitidas, el cual resulta de la omisión de una o más variables relevantes en el modelo estadístico y, en consecuencia, atribuir el efecto de las variables faltantes a las que se incluyeron.

Si bien las técnicas para el análisis contrafactual y las estimaciones con variables instrumentales son estrategias metodológicas que proveen una base lógica robusta para inferir causalidad, es importante tener en consideración algunas de sus limitaciones. Por ejemplo, en el análisis contrafactual, la aceptabilidad del grupo de control puede verse comprometida por errores conceptuales y, por tanto, en la medición, codificación y especificación del modelo para los factores de confusión potenciales. Además, el surgimiento de sesgos de selección, es decir, cuando las características de los grupos de control y tratamiento difieren, puede subestimar o sobreestimar el efecto verdadero de la migración de los hijos adultos en la salud de sus padres mayores. Con respecto al método de variables instrumentales, conviene mencionar la dificultad para identificar instrumentos (variables) válidos que afecten el resultado exclusivamente mediante su efecto sobre el grupo de tratamiento, pero también la dificultad en la interpretación de la estimación, una vez que ha encontrado un instrumento válido.

De los párrafos anteriores podemos concluir que, aunque el objetivo central del análisis tanto contrafactual como con variables instrumentales es minimizar la mayor parte de las fuentes de variabilidad, excepto aquella cuyos efectos están siendo observados, las diferencias entre los grupos de control y de tratamiento se pueden atribuir a la exposición únicamente cuando se han

logrado controlar debidamente todas las fuentes de variabilidad. En la investigación social en salud, esto último resulta poco probable debido a la naturaleza multicausal de la enfermedad y la dificultad para realizar experimentos controlados, lo que a su vez obstaculiza el establecimiento de las relaciones causales.

En cuanto a la migración, conviene mencionar que las condiciones en las que ocurre el fenómeno y las consecuencias que experimentan las personas al migrar, pueden ser factores de riesgo para la salud de las y los migrantes (Villar y Eibenschutz, 2007), mientras que en el caso de las personas que se quedan, por ejemplo los padres mayores, la migración de uno o más miembros de la familia también puede tener efectos en su estado de salud a través del envío de remesas, los costos emocionales de la separación familiar y los distintos mecanismos adaptativos para afrontar las consecuencias sociales y económicas de la ausencia. No obstante, estos efectos pueden variar en magnitud y dirección dependiendo del indicador de salud.

En esta sección han quedado expuestos los esfuerzos por cuantificar la magnitud de la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de los padres mayores a través de medidas de asociación o efecto, sobre todo en el campo de acción de la demografía, los estudios de población, la salud pública y la economía de la salud. En todo caso, la investigación sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores en los lugares de origen, requiere de una reflexión minuciosa sobre la plétora de situaciones o circunstancias que resultan de la migración de los hijos adultos y sobre cómo pueden afectar la salud de los padres mayores, teniendo en consideración el enfoque multicausal de la salud y la enfermedad. Si bien esto va más allá de los alcances de este trabajo, en la siguiente sección se discuten algunos aspectos para considerar en la investigación sobre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores.

Cuadro 1
Variabales sobre el estado de salud de las personas adultas mayores que se quedan, comúnmente asociadas a la migración, interna o internacional, de sus hijos adultos

Indicadores de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida	Enfermedades cardiovasculares
	Diabetes
	Hipertensión
	Cáncer
	Parálisis
Indicadores de otras enfermedades o discapacidades	Presenta una o más enfermedades crónicas
	Enfermedades gastrointestinales crónicas
	Trastornos digestivos
	Dificultades para respirar
	Desmayos
	Artritis
	Debilidad
Indicadores de la autopercepción de la salud	Impedimentos auditivos
	Autopercepción de la salud física (p. ej., excelente, muy buena, buena, regular, mala)
Indicadores de salud mental	Sintomatología de la salud mental (p. ej., se ha sentido deprimido, ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo, ha sentido que su sueño era intranquilo, se ha sentido feliz, se ha sentido solo, ha sentido que disfrutaba de la vida, se ha sentido triste, se ha sentido cansado, ha sentido que tenía mucha energía).
Otros indicadores asociados al estado de salud	Índice de masa corporal (IMC)
	Búsqueda de atención médica

Fuente: Elaboración propia, con base en la revisión exploratoria de la literatura sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores.

Cuadro 2
Escalas/instrumentos para evaluar la salud mental, la presencia de sintomatología depresiva y otros aspectos relacionados con la salud de las personas adultas mayores que se quedan

Indicador	Escala/Instrumento
Mala salud mental y presencia de síntomas (si se ha sentido, o no, deprimido, solo y/o triste)	UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS)
	Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)
	Geriatric Depression Scale (GDS); EURO-D Depression Scale
	EURO-D Depression Scale
	Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)
Incapacidad física y funciones motrices	Actividades de la vida diaria (AVDs)
	World Health Organization Disability Assessment Schedule
Habilidades cognitivas	Cross-Cultural Cognitive Examination (CCCE)
Calidad de vida	The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)
Satisfacción con la vida	Life Satisfaction Scale (Diener et al., 1985)

Fuente: Elaboración propia, con base en la revisión exploratoria de la literatura en torno a la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de sus padres mayores

ASPECTOS PARA CONSIDERAR EN EL ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA MIGRACIÓN DE LOS HIJOS ADULTOS Y LA SALUD DE SUS PADRES MAYORES

Durante la vejez ocurren numerosas manifestaciones fisiológicas, emocionales, cognitivas, sociales, económicas e interpersonales que actúan sobre la calidad de vida y el estado de salud de las personas adultas mayores. Al momento de analizar la relación entre la migración de los hijos y la salud de sus padres, es necesario tener en cuenta que uno de los principales cambios en esta etapa es la transición de la independencia a la dependencia, no sólo económica sino también la funcional, reflejada al realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), lo cual se asocia a mayores niveles de insatisfacción en los adultos mayores (Dorantes-Mendoza et al., 2007).

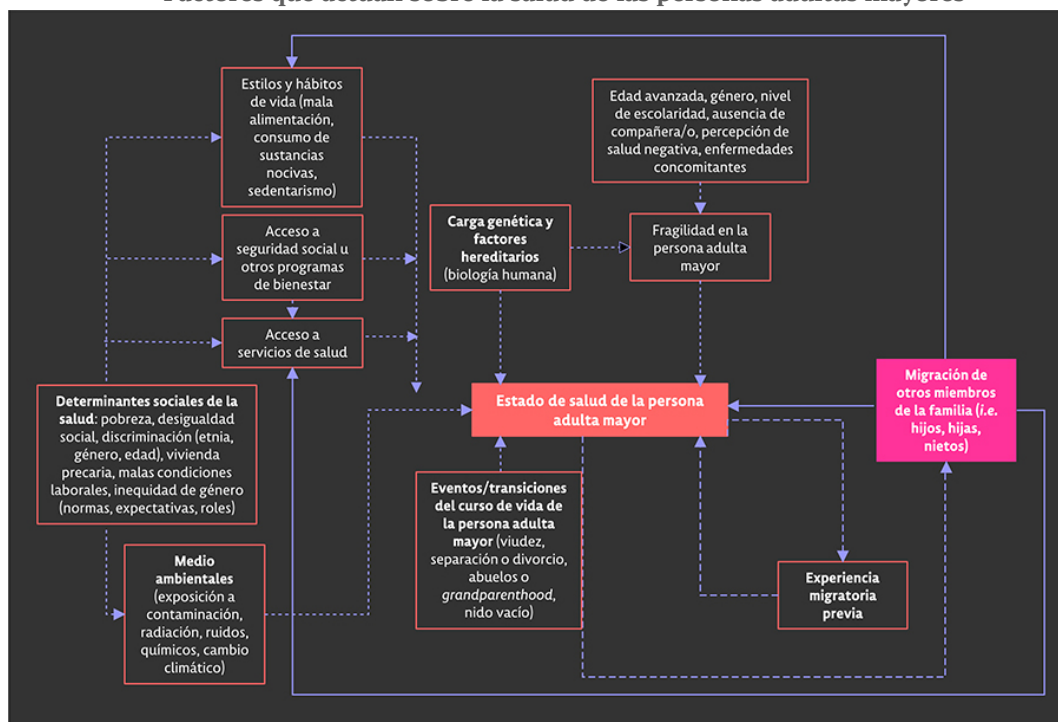
A su vez, es importante considerar diversos factores que actúan sobre la salud y que hacen referencia a sus determinantes sociales, por ejemplo, la pobreza, la desigualdad social, la discriminación y la inequidad de género; pero

también al medio ambiente, a los estilos y hábitos de vida, al acceso a servicios de salud, seguridad social y programas de bienestar, así como a aspectos biológicos o hereditarios. Por su parte, factores socioeconómicos tales como el nivel de escolaridad, las fuentes de ingreso, la tenencia de vivienda y las transferencias informales de dinero, también se asocian a indicadores de salud en personas adultas mayores (Carmona-Valdez, 2016).

Por otro lado, la edad avanzada y el género son atributos demográficos que se asocian a trastornos del estado de ánimo (sentimiento de desesperanza, tristeza, pérdida, ira o frustración) y a la fragilidad en el adulto mayor, es decir, al aumento de la vulnerabilidad y la pérdida de resistencia frente a estresores externos como consecuencia del desgaste acumulado de los sistemas fisiológicos (Woo *et al.*, 2005). Asimismo, la presencia de múltiples condiciones crónicas o comorbilidades en la edad adulta puede favorecer el desarrollo de la fragilidad en el adulto mayor. Todo esto eleva el riesgo de sufrir efectos adversos para la salud, tanto física como mental (Castell *et al.*, 2010; Romero-Cabrera, 2011).

El divorcio o la separación, la viudez, la independencia familiar de los hijos e, incluso, la transición de padres a abuelos, son eventos clave en el curso de vida de las personas adultas mayores en tanto que producen cambios económicos, sociales y emocionales que podrían tener efectos sobre su salud (Bennett, 2006; Perkins *et al.*, 2016; Condon *et al.*, 2018) (figura 1).

Esquema 1
Factores que actúan sobre la salud de las personas adultas mayores



Aunque la literatura indica que quienes emigran son, en su mayoría, personas jóvenes y en buen estado de salud, también reconoce que aspectos de la experiencia migratoria previa podrían tener implicaciones para la salud física y mental del adulto mayor (Rubalcava *et al.*, 2008; Ullman *et al.*, 2011; Riosmena *et al.*, 2013). Por ejemplo, la inserción en nichos laborales relacionados con la construcción, el manejo de maquinaria pesada y la agricultura, junto con la precariedad laboral, es decir, la inseguridad, la incertidumbre, los horarios excesivos, las barreras del lenguaje y la falta de garantía en las condiciones laborales, podrían elevar los riesgos de padecer accidentes, enfermedades y discapacidades relacionadas con su ocupación (Villarejo, 2003; Holmes, 2006; Kim *et al.*, 2020).

La situación migratoria irregular, la falta de dinero, la marginación, la discriminación, el endurecimiento de las políticas migratorias, la tristeza por ausencia y separación de la familia, el debilitamiento de los lazos afectivos con quienes se quedan y la incertidumbre por el futuro, pueden tener efectos en la salud de las personas migrantes (Sullivan y Rehm, 2005; Moya *et al.*, 2013), o bien, incentivar el consumo de sustancias nocivas para la salud, tales como el tabaco, el alcohol y las drogas (Loury y Kulbok, 2007; Borges *et al.*, 2012;

Schwartz *et al.*, 2015). De igual manera, es posible que los procesos de adaptación y aculturación introduzcan cambios alimentarios y en el estilo de vida que han sido asociados con enfermedades no transmisibles; por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Salant y Lauderdale, 2003; Steffen *et al.*, 2006).

Después de considerar los diversos factores que afectan con regularidad la salud del adulto mayor, así como aspectos de su propia experiencia migratoria (en caso de tenerla), el estudio de la relación entre la migración de los hijos y la salud de los padres mayores requiere de esfuerzos que problematicen los mecanismos mediante los cuales la migración de uno o más hijos adultos podría afectar el estado de salud sus padres mayores. Por ejemplo, existen investigaciones que vinculan el envío de remesas por parte de los migrantes con el gasto en salud de los hogares y con la salud de sus dependientes, específicamente de sus hijos y cónyuges en los lugares de origen (Lopez-Ekra *et al.*, 2011; Pardo y Dávila, 2017); sin embargo, poco se conoce sobre la relación que guarda el envío de remesas con el comportamiento del gasto en salud de los hogares con personas adultas mayores y, mucho menos, en torno a sus implicaciones para la salud de esta población.

Otros aspectos a tener en cuenta son la reasignación de roles, la adjudicación de nuevas responsabilidades y la redistribución del uso de tiempo, que son resultado común de la separación familiar que acompaña a la migración. Esto podría incrementar la participación social del adulto mayor a través de su integración en las diversas instituciones, asociaciones y redes informales en las comunidades de origen y, en consecuencia, contar con mayor apoyo social, emocional, instrumental e informativo (Gallardo-Peralta *et al.*, 2016). La participación social en la vejez se asocia positivamente con la salud física y mental, la satisfacción vital, la calidad de vida y la autovalencia (Theeke *et al.*, 2012; Tomioka *et al.*, 2015; Gallardo-Peralta *et al.*, 2016); sin embargo, son escasos los trabajos que investigan la intersección de la migración de los hijos, la participación social y la salud de sus padres mayores.

Teniendo en cuenta que, en México, el entorno residencial más frecuente entre los adultos mayores es la coresidencia con los hijos (Garay *et al.*, 2019), la migración de uno o más de ellos también podría resultar en la transformación y reconfiguración de la distribución de las tareas de cuidado y del hogar. En este sentido, la migración de los hijos traería mayores tareas de cuidado y del hogar para el adulto mayor, lo que afectaría su salud. Al respecto,

vale la pena mencionar que, en muchas ocasiones, los abuelos se encargan de los cuidados de los nietos cuando uno de sus hijos emigra. Además del cuidado de los nietos, los abuelos realizan otras actividades; por tanto, deben redistribuir su tiempo entre todas esas tareas, lo que hace que no tengan tiempo para ellos mismos.

El cuidado de los nietos podría conllevar efectos negativos manifestados en forma de estrés y una peor salud física y mental. Si bien son escasas las investigaciones en torno a los efectos de las tareas de cuidado de los nietos sobre la salud de los abuelos (Butler y Zakari, 2005; Leder *et al.*, 2007), dentro de los impactos negativos del cuidado se identifican la disminución de espacio y tiempo personal, agotamiento, dolencias físicas y tensión emocional (Musil *et al.*, 2013).

Otro aspecto a tener en cuenta cuando se investiga la salud del adulto mayor en función de la migración de los hijos, es el impacto de las emociones negativas tales como el miedo, la tristeza y la ira en los padres que viven la etapa de la vejez sin la presencia de sus descendientes, pues se trata de fenómenos psicofisiológicos que han sido asociados tanto al proceso de salud-enfermedad como a las enfermedades físicas y mentales (Piqueras *et al.*, 2009). Al respecto, valdría la pena apoyarse en investigaciones que vinculan el estado de la salud de las personas adultas mayores con los efectos psicológicos que produce el síndrome del nido vacío vacío (Liu y Guo, 2007; Zhai *et al.*, 2015; Gao *et al.*, 2017), que se refiere a los sentimientos de soledad, pérdida, tristeza y desmotivación que experimentan los padres cuando los hijos se van de casa (Mitchel y Lovegreen, 2009).

Las consecuencias de la migración de los hijos pueden tener efectos en la salud, tanto física como mental, de las personas adultas mayores. Al respecto, uno de los retos para el estudio de las relaciones entre la migración de los hijos y la salud de sus padres es la relación que guardan las enfermedades mentales con las enfermedades crónicas no transmisibles. Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún trastorno mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas (Díez-Canseco *et al.*, 2014). La evidencia muestra que las personas con depresión tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas que quienes no sufren problemas de salud mental (Pitt y Deldin, 2010; Rotella y Mannucci, 2013); los síntomas depresivos incrementan las complicaciones asociadas a la diabetes y a las

enfermedades cardiovasculares (Andreoulakis *et al.*, 2012; Carney y Freedland, 2017).

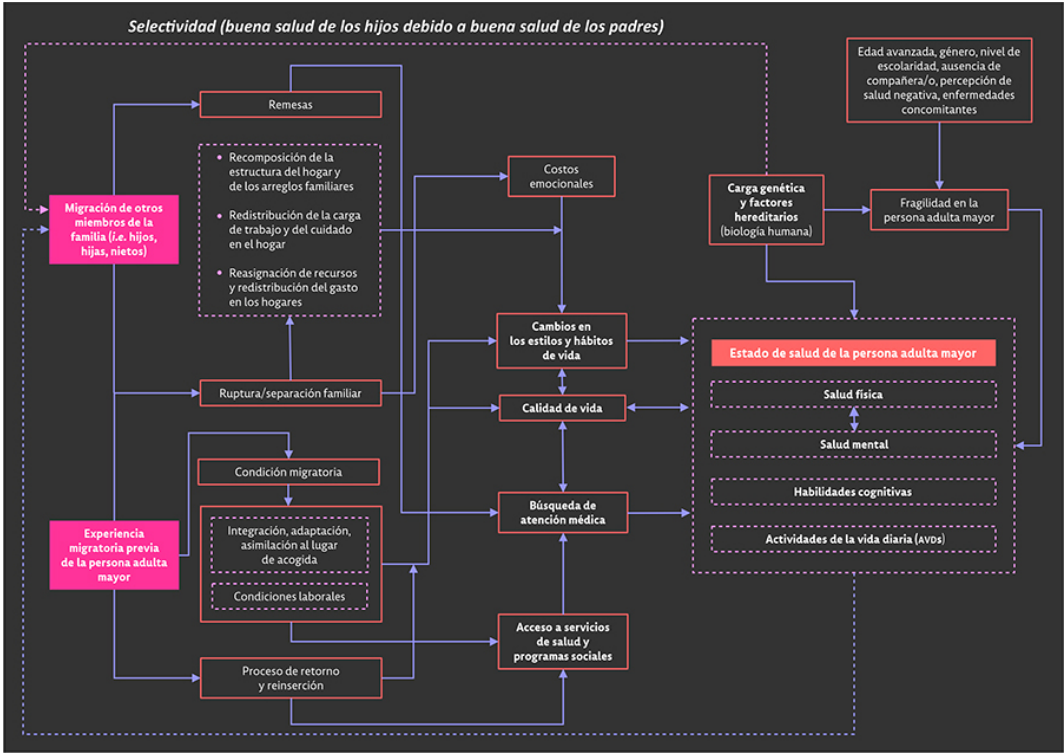
Además del impacto directo de la depresión sobre las condiciones crónicas de los pacientes, diversos estudios han explorado el efecto de los desórdenes mentales sobre la disposición y el comportamiento del paciente en relación con su cuidado y tratamiento. La depresión ha sido asociada de manera negativa con casi todas las medidas de autocuidado de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares; por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física (Pitt y Deldin, 2010; Andreoulakis *et al.*, 2012; Huffman *et al.*, 2013). En este sentido, el deterioro de la salud mental en los adultos mayores, resultado de la migración de los hijos, podría tener consecuencias negativas para la salud física del adulto mayor.

Finalmente, otro aspecto recurrente en la investigación sobre la relación entre la migración de los hijos y la salud del adulto mayor —pero que resulta mucho más difícil de controlar en los trabajos empíricos—, se refiere a los antecedentes familiares que contienen información importante sobre los riesgos de ciertas enfermedades. El mejor estado de salud que presentan los adultos mayores con hijos migrantes respecto de los adultos mayores sin hijos migrantes, podría explicarse en términos de la migración selectiva de los individuos que muestran un mejor estado de salud porque sus padres también la tienen.

El esquema 2 resume algunos aspectos por considerar cuando se quiere investigar la relación que guarda la migración de los hijos con la salud de los padres mayores. Por ejemplo, los mecanismos adaptativos utilizados por el adulto mayor para afrontar las consecuencias de la ausencia de uno o más hijos, tales como la redistribución tanto del gasto como de la carga de trabajo y del cuidado en el hogar, lo cual puede resultar de la recomposición de los arreglos familiares asociada con la migración. Estos mecanismos, junto con los costos emocionales de la separación familiar (*i.e.* síndrome del nido vacío), pueden generar emociones negativas y afectar los estilos, los hábitos y la calidad de vida, e incluso la búsqueda de atención médica, lo cual puede tener efectos negativos sobre la salud del adulto mayor. Por otro lado, el envío de remesas y algunos mecanismos adaptativos (*i.e.* adjudicación de nuevos roles en el hogar y la comunidad), pueden tener efectos positivos en la búsqueda de atención médica, la calidad de vida y, por tanto, conducir a un buen estado de salud de los padres mayores. Conviene mencionar que el envío de remesas, los costos

emocionales de la separación familiar y los distintos mecanismos adaptativos para afrontar las consecuencias sociales y económicas de la ausencia, pueden interactuar con factores genéticos, demográficos (i.e. edad avanzada) y ambientales. A su vez, estas interacciones pueden ser moduladas por la acción de los determinantes sociales de la salud.

Esquema 2
Aspectos tanto de la experiencia migratoria individual como de la migración de los hijos adultos que pueden afectar la salud de las personas adultas mayores que se quedan



CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

El escaso desarrollo de la investigación cuantitativa sobre la relación entre la migración de los hijos adultos y la salud de los padres mayores puede deberse a la complejidad inherente a su diseño y ejecución. El dinamismo tanto de la migración de los hijos como de la salud del adulto mayor genera retos metodológicos que refieren al empalme temporal entre estos dos procesos, sobre todo porque el grueso de las encuestas disponibles que recaban datos longitudinales referentes a la salud de la población adulta mayor, no contiene

información completa sobre las trayectorias migratorias de todos los miembros de la familia inmediata. Por otro lado, también se generan retos en términos de: 1) la dificultad para establecer cuál de las consecuencias que conlleva la migración de uno o más hijos adultos puede actuar sobre la salud de los adultos mayores, y 2) determinar la naturaleza de la relación entre las consecuencias de la migración de los hijos y el efecto en la salud de los padres, es decir, medir la importancia del efecto y observar cómo funciona la relación entre las variables.

Para México, un aspecto fundamental en futuras investigaciones cuantitativas es la valoración y pertinencia de la información contenida en otras encuestas; por ejemplo, el Proyecto sobre Migración Mexicana (MMP, por sus siglas en inglés) y la Encuesta Nacional sobre los Niveles de Vida de Hogares (ENNViH). Estos estudios permiten la reconstrucción, más o menos detallada, de las trayectorias migratorias de los miembros del hogar, además de contener información sobre la salud percibida, el estado de ánimo y los padecimientos o condiciones de salud pasados o actuales tanto del jefe del hogar como de su cónyuge (MMP), o bien, de los miembros del hogar de 15 y más años (ENNViH).

Por último, también conviene mencionar que la consideración e integración de las técnicas cualitativas y del enfoque de curso de vida en futuras investigaciones permitiría identificar y comprender los significados que los padres mayores en los lugares de origen confieren a los procesos de salud y enfermedad en contextos de migración familiar, pero también entender las maneras en que su estado de salud y su salud percibida se interconectan a lo largo de su vida con su entorno, sus experiencias laborales y migratorias, las transiciones hacia otras etapas del ciclo vital familiar, pero sobre todo con las experiencias de otros miembros del hogar tales como los procesos migratorios y las transiciones vitales de los hijos. Mientras tanto, es necesario continuar realizando ejercicios teóricos de reflexión sobre la manera en que las consecuencias de la migración de los hijos podrían afectar la salud de los padres mayores, teniendo en consideración las características básicas de la relación causal, por ejemplo, la temporalidad (si la causa precede al efecto) y si la causa se ha definido como un evento sociodemográfico que inicia o permite —solo o en conjunto con otras— otra secuencia de eventos que afectan el estado de salud.

En este capítulo se presentó una reflexión inicial sobre la intersección de la migración de los hijos adultos y la salud de los adultos mayores. Se trata, más

que nada, de un intento por destacar la complejidad del problema de investigación, pero también el carácter promisorio de una línea de investigación que combina la riqueza teórica en torno las consecuencias económicas y psicosociales de la migración de los hijos adultos y su potencial efecto en la salud de la población adulta mayor, este último un grupo social prioritario en cuanto a la atención de sus necesidades de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abas, Melanie A.; Kanchana Tangchonlatip; Sureeporn Punpuing; Tawanchai Jirapramukpitak; Niphon Darawuttimaprakorn; Martin Prince, y Clare Flach (2013). "Migration of children and impact on depression in older parents in rural Thailand, Southeast Asia". *JAMA Psychiatry* 70 (2): 226-234.
- Abas, Melanie A.; Sureeporn Punpuing; Tawanchai Jirapramukpitak; Philip Guest; Kanchana Tangchonlatip; Morven Leese, y Martin Prince (2009). "Rural-urban migration and depression in ageing family members left behind". *The British Journal of Psychiatry* 195: 54-60.
- Adhikari, Ramesh; Aree Jampaklay, y Aphichat Chamrathirong (2011). "Impact of children's migration on health and health care-seeking behavior of elderly left behind". *BMC Public Health* 11: 143.
- Águila, Emma; José Escarce; Mei Leng, y Leo Morales (2013). "Health status and behavioral risk factors in older adult Mexicans and Mexican immigrants to the United States". *Journal of Aging and Health* 25 (1): 136-158.
- Andreoulakis, Elias; Thomas Hyphantis; D. Kandylis, y A. Iacovides (2012). "Depression in diabetes mellitus: A comprehensive review". *Hippokratia* 16 (3): 205-214.
- Antman, Francisca (2009). "How does adult child migration affect the health of elderly parents left behind? Evidence from Mexico". *SSRN Electronic Journal*. 10.2139/ssrn.1578465.
- Antman, Francisca (2010a). "Adult child migration and the health of elderly parents left behind in Mexico". *The American Economic Review* 100 (2): 205-208.
- Antman, Francisca (2010b). "How does adult child migration affect the health of elderly parents left behind? Evidence from Mexico". *SSRN Electronic*

- Ariadi, Septi; Muhammad Saud, y Asia Ashfaq (2019). "Analyzing the effect of remittance transfer on socioeconomic well-being of left-behind parents: A study of Pakistan and Azad Jammu and Kashmir (AJK)". *Journal of International Migration and Integration* 20: 809-821.
- Bennett, Kate M. (2006). "Does marital status and marital status change predict physical health in older adults?". *Psychological Medicine* 36: 1313-1320.
- Böhme, Marcus H.; Ruth Persian, y Tobias Stöhr (2015). "Alone but better off? Adult child migration and health of elderly parents in Moldova". *Journal of Health Economics* 39: 211-227.
- Borges, Guilherme; Claudia Rafful; Corina Benjet; Daniel J. Tancredi; Naomi Saito; Sergio Aguilar-Gaxiola; Maria Elena Medina-Mora, y Joshua Breslau (2012). "Mexican immigration to the U.S. and alcohol and drug use opportunities: Does it make a difference in alcohol and/or drug use?". *Drug and Alcohol Dependence* 125: S4-11.
- Butler, Frieda, y Nazik Zakari (2005). "Grandparents parenting grandchildren. Asseisign health status, parental stress, and social support". *Journal of Gerontological Nursing* 31 (3): 43-54.
- Caballero, Marta; René Leyva-Flores; Sandra Catalina Ochoa-Marín; Ángel Zarco, y Claudia Guerrero (2008). "Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud". *Salud Pública de México* 50 (3): 241-250.
- Carmona-Valdés, Sandra Emma (2016). "Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México". *Población y Salud en Mesoamérica* 13 (2): 1-18.
- Carney, Robert M., y Kenneth E. Freedland (2017). "Depression and coronary heart disease". *Nature Reviews Cardiology* 14: 145-155.
- Castell Alcalá, María Victoria; Ángel Otero Puime; María Teresa Sánchez Santos; Araceli Garrido Barral; Juan Ignacio González Montalvo, y María Victoria Zunzunegui (2010). "Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad". *Atención Primaria* 47 (10): 520-527.
- Condon, John; Mary Luszcz, e Ian McKee (2018). "The transition to grandparenthood: A prospective study of mental health implications". *Aging & Mental Health* 22 (3): 336-343.

- Diener, Ed; Robert A. Emmons; Randy J. Larsen, y Sharon Griffin (1985). "The satisfaction with life scale". *Journal of Personality Assessment* 49 (1): 71-75.
- Díez-Canseco, Francisco; Alessandra Ipince; Mauricio Toyama; Ysabel Benate-Gálvez; Edén Galán-Rodas; Julio César Medina-Verástegui; David Sánchez-Moreno; Ricardo Araya, y J. Jaime Miranda (2014). "Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención". *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 31 (1): 131-136.
- Dorantes-Mendoza, Guadalupe; José Alberto Ávila-Funes; Silvia Mejía-Arango, y Luis Miguel Gutiérrez-Robledo (2007). "Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México". *Rev Panam Salud Pública* 22 (1): 1-11.
- Downer, Brian; César González-González; Noreen Goldman; Ann R. Pebley, y Rebeca Wong (2018). "The effect of adult children living in the United States on the likelihood of cognitive impairment for older parents living in Mexico". *Ethnicity & Health* 23 (1): 57-71.
- Evandrou, Maria; Jane Falkingham; Min Qin, y Athina Vlachantoni (2017). "Children's migration and chronic illness among older parents 'left behind' in China". *SSM-Population Health* 3: 803-807.
- Falkingham, Jane; Min Qin; Athina Vlachantoni, y Maria Evandrou (2017). "Children's migration and lifestyle-related chronic disease among older parents 'left behind' in India". *SSM-Population Health* 3: 352-357.
- Fellmeth, Gracia; Kelly Rose-Clarke; Chenyue Zhao; Laura K. Busert; Yunting Zheng; Alessandro Massazza; Hacer Sonmez; Ben Eder; Alice Blewitt; Wachiraya Lertgrai; Miriam Orcutt; Katharina Ricci; Olaa Mohamed-Ahmed; Rachel Burns; Duleeka Knipe; Sally Hargreaves; Therese Hesketh; Charles Opondo, y Delan Devakumar (2018). "Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: A systematic review and meta-analysis". *The Lancet* 392 (10164): 2567-2582.
- Gallardo-Peralta, Lorena; Dina Conde-Llanez, e Isabel Córdova-Jorquera (2016). "Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas". *Gerokomos* 27 (3): 104-108.
- Gao, Min; Yanyu Li; Shegfa Zhang; Linni Gu; Jinsui Zhang; Zhuojun Li; Weojun Zhang, y Donghua Tian (2017). "Does an empty nest affect elders' health?"

- Empirical evidence from China”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14: 463.
- Garay Villegas, Sagrario; Verónica Montes de Oca, y María Concepción Arroyo (2019). “Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México”. *RELA-Revista Latinoamericana de Población* 14 (26): 70-88.
- Gassmann, Franziska; Melissa Siegel; Michaela Vanore, y Jennifer Waidler (2018). “Unpacking the relationship between parental migration and child well-being: Evidence from Moldova and Georgia”. *Children Indicators Research* 11: 423-440.
- González-Block, Miguel Ángel; Luz Angélica De la Sierra-De la Vega, y Arturo Vargas-Bustamante (2013). “Utilización de remesas de migrantes en California para atención a la salud de sus dependientes en México”. *Salud Pública de México* 55 (4): 459-467.
- Guo, Man; Maria P. Aranda, y Merrill Silverstein (2009). “The impact of out-migration on the inter-generational support and psychological wellbeing of older adults in rural China”. *Ageing & Society* 29: 1085-1104.
- He, Guoping; Jian-fei Xie; Jian-da Zhou; Zhu-qing Zhong; Chun-xiang Quin, y Si-qing Ding (2016). “Depression in left-behind elderly in rural China: Prevalence and associated factors”. *Geriatrics & Gerontology International* 16: 638-643.
- Hogan, Dennis P.; David J. Eggebeen, y Clifford C. Clogg (1993). “The structure of intergenerational exchanges in American families”. *American Journal of Sociology* 98 (6): 1428-1458.
- Holmes, Seth M. (2006). “An ethnographic study of the social context of migrant health in the United States”. *PloS Med* 3 (10): e448.
- Huffman, Jeff C.; Christopher M. Celano; Scott R. Beach; Shweta R. Motiwala, y James L. Januzzi (2013). “Depression and cardiac disease: Epidemiology, mechanisms, and diagnosis”. *Cardiovasc Psychiatry Neurol* 2013 (2013): 695925.
- Johnson, Kenneth M., y Daniel T. Lichter (2019). “Rural depopulation: Growth and decline processes over the past century”. *Rural Sociology* 84: 3-27.
- Kim, Ji-Myong; Kiyong Son; Sang-Guk Yum, y Sungjin Ahn (2020). “Analyzing the risk of accidents: The relative risks of migrant workers in construction industry”. *Sustainability* 2 (13): 5430.

- Knodel, John; Jiraporn Kespichayawattana; Chanpen Saengtienchai, y Suvinee Wiwatwanich (2010). "How left behind are rural parents of migrant children? Evidence from Thailand". *Ageing & Society* 30: 811-841.
- Kuhn, Randall; Bethany Everett, y Rachel Silvey (2011). "The effects of children's migration on elderly kin's health: A counterfactual approach". *Demography* 48: 183-209.
- Kuiper, Jisca S.; Marij Zuidersma; Richard C. Oude Voshaar; Sytse U. Zuidema; Edwin R. van den Heuvel; Ronald P. Stolk, y Nynke Smidt (2015). "Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies". *Ageing Research Reviews* 22: 39-57.
- Leder, Sharon; Linda Nicholson Grinstead, y Elisa Torres (2007). "Grandparents raising grandchildren: Stressors, social support, and health outcomes". *Peer Reviewed Articles* 9. Disponible en: <http://scholarworks.gvsu.edu/kcon_articles/9>.
- Liu, Li-Juan, y Qiang Guo (2007). "Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China". *Qual Life Res* 16: 1275-1280.
- Lopez-Ekra, Sylvia; Christine Aghazarm; Henriette Kötter, y Blandine Mollard (2011). "The impact of remittances on gender roles and opportunities for children in recipient families: Research from the International Organization for Migration". *Gender & Development* 19 (1): 69-80.
- Loury, Sharon, y Pamela Kulbok (2007). "Correlates of alcohol and tobacco use among Mexican immigrants in rural North Carolina". *Family & Community Health* 30 (3): 247-256.
- Lu, Yao; Hu Peifeng, y Donald J. Treiman (2012). "Migration and depressive symptoms in migrant-sending areas: Findings from the survey of internal migration and health in China". *International Journal of Public Health* 57: 691-698.
- Miltiades, Helen B. (2002). "The social and psychological effect of an adult child's emigration on non-immigrant Asian Indian elderly parents". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 17: 33-35.
- Mitchel, Barbara A., y Loren D. Lovegreen (2009). "The empty nest syndrome in midlife families. A multimethod exploration of parental gender differences and cultural dynamics". *Journal of Family Issues* 30 (12): 1651-1670.

- Montes de Oca Zavala, Verónica; Rogelio Sáenz; Nadia Irina Santillanes Allande, y Consuelo Izazola-Conde (2012). “Cuidado a la salud en la vejez y recursos familiares transnacionales en México y Estados Unidos”. *Revista de Psicología* (nueva época) 9 (19): 85-101.
- Mosca, Irene, y Alan Barret (2016). “The impact of adult child emigration on the mental health of older parents”. *Journal of Population Economics* 29: 687-719.
- Moya Salas, Lorraine; Cecilia Ayón, y Maria Gurrola (2013). “Estamos traumatizados: The effect of anti-immigrant sentiment and policies on the mental health of Mexican immigrant families”. *Journal of Community Psychology* 41 (8): 1005-1020.
- Musil, Carol M.; Alexandra B. Jeanblanc; Christopher J. Burant; Jaclene A. Zauszniewski, y Camille B. Warner (2013). “Longitudinal analysis of resourcefulness, family strain, and depressive symptoms in grandmother caregivers”. *Nurs Outlook* 61 (4): 225-234.
- Nguyen, Liem; Brenda S. A. Yeoh, y Mika Toyota (2007). “Migration and the well-being of the ‘left behind’ in Asia”. *Asian Population Studies* 2 (1): 37-44.
- Nobles, Jenna (2013). “Migration and father absence: Shifting family structure in Mexico”. *Demography* 50: 1303-1314.
- Olivera Stanojevic, Jerkovic; S. Sauliune; L. Šumskas; C. A. Birt, y J. Kersnik (2017). “Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: Findings of the EURO-URHIS 2 survey”. *European Journal of Public Health* 27, no suppl_2: 74-79.
- Pardo Montaña, Ana Melisa, y Claudio Alberto Dávila Cervantes (2017). “Migración y desarrollo. Características de los hogares y uso de las remesas internas e internacionales en México”. *Revista Desarrollo y Sociedad* 78: 131-141.
- Perkins, Jessica M.; Hwa-young Lee; K. S. James; Juhwan Oh; Aditi Krishna; Jongho Heo; Jong-koo Lee, y S. V. Subramanian (2016). “Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: A cross-sectional study among older adults in India”. *BMC Public Health* 16: 1032.
- Pillay, Anthony L. (1988). “Midlife depression and the ‘empty nest’ syndrome in Indian women”. *Psychological Reports* 63: 591-594.

- Piqueras Rodríguez, José Antonio; Victoriano Ramos Linares; Agustín Ernesto Martínez González, y Luis Armando Guadalupe Oblitas (2009). "Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física". *Suma Psicológica* 16 (2): 85-112.
- Pitt, Bertram, y Patricia J. Deldin (2010). "Depression and cardiovascular disease: Have a happy day-just smile!" *Eur Heart J.* 31 (9): 1036-1037.
- Ponce-Martínez, Delia; Manuel Lillo-Crespo; Teresa Elizabeth Cueva-Luna; Luz Elena Cano-Fajardo; San Juana López-Guevara, y Bertha Cecilia Salazar-González (2018). "Salud, enfermedad y cuidado de adultos mayores inmigrantes". *Journal Health NPEPS* 3 (1): 22-37.
- Riosmena, Fernando; César González-González, y Rebeca Wong (2012). "El retorno reciente de Estados Unidos: salud, bienestar y vulnerabilidad de los adultos mayores". *Coyuntura Demográfica* 2: 63-67.
- Riosmena, Fernando; Rebeca Wong, y Alberto Palloni (2013). "Migration selection, protection, and acculturation in health: A binational perspective on older adults". *Demography* 50 (3): 1039-1064.
- Román Macedo, Alejandro (2018). "Un acercamiento a la salud de la población adulta mayor mexicana en Estados Unidos (EU) de América y en México: una visión comparada". *Perspectivas Sociales* 20 (1): 71-85.
- Romero-Cabrera, Ángel Julio (2011). "Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores". *Med Int Mex* 27 (5): 455-462.
- Rotella, Francesco, y Edoardo Mannucci (2013). "Depression as a risk factor for diabetes: A meta-analysis of longitudinal studies". *J Clin Psychiatry* 74 (1): 31-37.
- Rubalcava, Luis N.; Graciela M. Teruel; Duncan Thomas, y Noreen Goldman (2008). "The healthy migrant effect: New finding from the Mexican Family Life Survey". *American Journal of Public Health* 98 (1): 78-84.
- Sagarpa y FAO (2014). *Estudio sobre el envejecimiento de la población rural en México*. México: Secretaría de Agricultura, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, Organización de las Naciones Unidad para la Alimentación y la Agricultura.
- Salant, Talya, y Diane S. Lauderdale (2003). "Measuring culture: A critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations". *Social Science & Medicine* 57 (1): 71-90.

- Schwartz, Seth J.; Jennifer B. Unger; Lourdes Baezconde-Garbanati; Byron L. Zamboanga; Elma I. Lorenzo-Blanco; Sabrina E. Des Rosiers; Andrea J. Romero; Miguel Ángel Cano; Melinda A. Gonzales-Backen; David Córdova; Brandy M. Piña-Watson; Shi Huang; Juan A. Villamar; Daniel W. Soto; Monica Pattarroyo, y José Szapocznik (2015). "Trajectories of cultural stressors and effects on mental health and substance use among Hispanic immigrant adolescents". *Journal of Adolescent Health* 56 (4): 433-9.
- Sekhon, Harinder, y Sukhmeet Minhas (2013). "An insight into mental health of elderly family members of emigrants from Punjab, India". *International Journal of Research in Health Science* 2 (1): 30-35.
- Song, Qian (2017). "Aging and separation from children: The health implication of adult migration for elderly parents in rural China". *Demographic Research* 37: 1761-1792.
- Steffen, Patrick R.; Timothy B. Smith; Michael Larson, y Leon Butler (2006). "Acculturation to Western society as a risk factor for high blood pressure: A meta-analytic review". *Psychosomatic Medicine* 68 (3): 386-387.
- Sullivan, Margaret M., y Roberta Rehm (2005). "Mental health of undocumented Mexican immigrants. A review of the literature". *Advances in Nursing Sciences* 28 (3): 240-251.
- Thapa, Deependra K.; Denis C. Visentin; Rachel Kornhaber, y Michelle Cleary (2020). "Migration of adult children and quality of life of older parents left-behind in Nepal". *Geriatrics & Gerontology International* 20: 1061-1066.
- Theeke, Laurie; R. Turner Goins; Julia Moore, y Heather Campbell (2012). "Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of Psychology* 146: 155-171.
- Tomioka, Kimiko; Norio Kurumatani, y Hiroshi Hosoi (2015). "Social participation and the prevention of decline in effectance among community-dwelling elderly: A population-based cohort study". *PLoS ONE* 10 (9): e0139065.
- Torres, Jacqueline M.; Kara E. Rudolph; Oleg Sofrygin; M. Maria Glymour, y Rebeca Wong (2018). "Longitudinal associations between having an adult child migrant and depressive symptoms among older adults in the Mexican Health and Aging Study". *International Journal of Epidemiology* 47 (5): 1432-1442.

- Tovar Cuevas, Luis Miguel, y Juan Sebastián Vélez Velásquez (2007). “Los efectos de la migración internacional en las condiciones de vida de los hogares colombianos”. *Desarrollo y Sociedad* 60: 155-197.
- Ullmann, S. Heidi; Noreen Goldman, y Douglas S. Massey (2011). “Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico”. *Social Science & Medicine* 73 (3): 421-428.
- Villar Peyrí, Eugenia, y Catalina Eibenschutz Hartman (2007). “Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6 (13): 11-32.
- Villarejo, Don (2003). “The health of U.S. hired farm workers”. *Annual Review of Public Health* 24: 175-193.
- Waidler, Jennifer; Michaela Vanore; Franziska Gassmann, y Melissa Siegel (2017). “Does it matter where the children are? The wellbeing of elderly people ‘left behind’ by migrant children in Moldova”. *Ageing & Society* 37: 607-632.
- Wong, Rebeca, y César González-González (2010). “Old-age disability and wealth among return Mexican migrants from the United States”. *J Aging Health* 22 (7): 932-954.
- Woo, Jean; W. Goggins; A. Sham, y S. C. Ho (2005). “Social determinants of fragility”. *Gerontology* 51: 402-408.
- Xie, Jian-fei; Si-qing Ding; Zhu-qing Zhong; Qi-feng Yi; Sai-nan Zeng; Jun-hua Hu, y Jian-da Zhou (2014). “Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China”. *Revista Latino-Americana Enfermagem* 22 (3): 364-370.
- Xie, Wubin (2019). “Left-behind villages, left-behind children: Migration and child health and development in rural China”. Tesis de doctorado, The Faculty of the Milken Institute of Public Health of the George Washington University, ProQuest Number: 13420478.
- Zhai, Yujia; Huaoming Yi; Wein Shen; Yuanyuan Xiao; Haixiao Fan; Fan He; Fudong Li; Xinyi Wang; Xiaopeng Shang, y Junfen Lin (2015). “Association of empty nests with depressive symptom in a Chinese elderly population: A cross-sectional study”. *Journal of Affective Disorders* 187: 218-223.
- Zissimopoulos, Julie (2001). “Resource transfers to the elderly: Do adult children substitute financial transfers for time transfers?” *Working Papers* DRU-2542, RAND Corporation.

Capítulo 14

Los circuitos de la medicina en la migración: un marco referencial para comprender el acceso a los servicios de salud para los migrantes latinos en Estados Unidos

Alejandro Méndez Rodríguez^[1]

Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM

Katia Jiménez Amaya

The Next Step Public Charter School, Washington, D. C.

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

El vínculo entre migración, salud y trabajo ha estado presente en los estudios sociales principalmente en los países de alta inmigración que reciben personas en oleadas permanentes, como es el caso de Estados Unidos. Un antecedente lejano de ese vínculo es el proyecto de investigación del Departamento de Sociología de la Universidad de Harvard en colaboración con el Departamento de Bienestar Público de Massachusetts. En 1935, 16 profesores emprendieron la investigación sobre los jóvenes desempleados y sus contextos de hogar, migración y salud. Las áreas que abordaron fueron la morfología de las parejas y las familias, las estadísticas de la salud, el carácter de la migración y algunos episodios de enfermedad como la depresión, además de otros tópicos específicos. En el proyecto participaron reconocidos sociólogos como Robert K. Merton, Talcott Parsons, Niles Carpenter y Carle C. Zimmerman (*The New York Times*, 1935).

Casi un siglo después de la investigación del grupo interdisciplinario de la universidad ubicada en Massachusetts, Estados Unidos, la relación entre el proceso de migración y el proceso salud-enfermedad ha adquirido formas complejas, diversas y desiguales en el marco de la mundialización y la globalización de los procesos sociales y económicos. Ante tal situación, es necesario delinear el marco general de corte referencial en que el proceso de salud-enfermedad de la población inmigrante se desenvuelve. Para ello es

necesario distinguir de manera analítica los circuitos principales que integran las diversas formas de acceso a la salud para la población migrante, lo cual nos conduce a comprender la dinámica de los procesos particulares de salud-enfermedad en dicha población. Por tal motivo, el objetivo principal de este capítulo consiste en dibujar los procesos generales que enmarcan y configuran el acceso a la salud de los migrantes, a través de la distinción de los circuitos básicos de la medicina: *a)* el modelo de los seguros médicos; *b)* la política de la diáspora; *c)* la comunidad transnacional, y *d)* la medicina tradicional y alternativa en la inmigración mesoamericana en Estados Unidos. La pregunta de investigación es: ¿cuáles son las características de los circuitos que conforman el sistema de salud de los migrantes? Cabe aclarar que la investigación es principalmente analítica mediante el método de la revisión de la literatura para estructurar un marco referencial básico.

El capítulo consta de dos partes: en la primera se analizan los factores pertinentes del vínculo entre migración, salud y sociedad en el contexto histórico. De manera particular se aborda el sistema de salud estadounidense, la relación entre migración/salud en la vida política y las políticas migratorias de corte antinmigrante que dificultan el acceso a los servicios de salud a gran número de migrantes.

En la segunda parte se describen los cuatro circuitos de la medicina desde la mirada de la migración. En primer término, el circuito hegemónico con base en los seguros médicos. En segundo lugar, el circuito de la diáspora como situación emergente de los estados-nación de origen de los migrantes mediante los convenios internacionales. En tercer término, el circuito de la comunidad transnacional con base en las redes sociales que se expresa en la práctica de la telemedicina. Por último, el circuito de la medicina tradicional y complementaria cuya dinámica responde a las prácticas médicas ancestrales de las comunidades de origen.

CALEIDOSCOPIO SOCIAL DE LA INTERSECCIÓN DE MIGRACIÓN Y SALUD DESDE LA ÓPTICA DE LA GLOBALIZACIÓN Y DEL AMBIENTE POLÍTICO ANTIINMIGRANTE

La construcción del objeto de estudio del proceso de migración y salud conduce a observar analíticamente al migrante en su componente físico y emocional dentro de un contexto socioeconómico y cultural en el país de acogida bajo el

paraguas de la extranjería. Este componente es configurado por dos dimensiones. Una consiste en que la salud es alterada de manera desigual en función de la calidad y las condiciones que acompañan el proceso de inmigración. Es muy diferente la migración de jóvenes estudiantes, o bien profesionistas calificados, que de trabajadores sin documentos. La otra dimensión recae en la herencia de la salud física y psicosomática que tiene una gran carga social y cultural. En ambas dimensiones desempeña un papel primordial la variable tiempo. Distinguir estas variedades permite comprender la heterogeneidad del fenómeno de la migración y la salud.

El proceso de migración implica una serie de cambios en la salud. Sin embargo, aislar las consecuencias o efectos de la migración en la esfera de la salud de manera analítica es una tarea difícil de realizar, en virtud de la carencia de información del curso de vida de la salud de los inmigrantes. Se han realizado estudios comparativos sobre la salud entre la población nativa y la migrante, en donde destacan las diferencias y la vulnerabilidad de la población migrante. La pandemia de Covid-19 que se inició en el año 2020, ha evidenciado la vulnerabilidad sanitaria de los inmigrantes en Estados Unidos. Las cifras, en constante evolución, muestran los marcados riesgos en la salud; como ejemplo de tal situación, en el resumen de los casos de Covid-19 en el condado de San Diego, se tenían registrados 132,000 al 22 de diciembre de 2020, de los cuales 58% correspondía a la población inmigrante de origen latinoamericano.[2] Entre los factores que favorecen la vulnerabilidad y los riesgos de salud de la población migrante están las condiciones laborales precarias. Se estima que cinco millones de migrantes indocumentados trabajan en actividades esenciales.[3]

Otro factor de riesgo recae en los aspectos de habitabilidad limitada de las viviendas con problemas de hacinamiento y calidad pobre del aire. Además, desde el punto de vista del sujeto y su relación con el sistema de salud, el estado de salud se observa en un conjunto de indicadores que están relacionados con la higiene, la inocuidad, la calidad de los alimentos y la educación.

Se reconoce al sistema de salud como un conjunto de actores e instituciones que adquiere forma a través de la dinámica e interacción de ellos. Es un conjunto estructurado de elementos que se relacionan entre sí. Dentro del sistema de salud se observan diversos circuitos: uno de ellos es el formado por la etnicidad, por ejemplo, la medicina tradicional étnica.

En el primer cuarto del siglo XXI, los fenómenos generales que emergen de la relación entre migración, salud, vivienda y trabajo configuran un caleidoscopio social cuya mirada está definida por su intersección en el tiempo y el espacio, así como por el ciclo del flujo migratorio. De manera esquemática, en el ciclo general del flujo migratorio se distinguen tres momentos: partida/recorrido, la instalación/inserción y el regreso. En cada una de ellas se observan diferentes fenómenos que configuran las condiciones de salud dependiendo del tipo de migrante.

En un primer momento, de manera general, el proceso de migración internacional ha acarreado el hecho drástico de la pérdida de la vida para un número considerable de personas en movimiento en gran parte del mundo. Baste señalar la migración en forma de éxodo de los ciudadanos del norte de África que se movilizan hacia Europa. Entre 2014 y 2019 fallecieron en el mar Mediterráneo 20,000 migrantes (OIM, 2019a). Otro trayecto peligroso recae en el flujo migratorio que atraviesa los desiertos del sur de Estados Unidos. Por tanto, el proceso de migración menoscaba la vida y la salud de individuos en movimiento, tales como los migrantes que se desplazan en colectivos organizados, como las caravanas de centroamericanos cuyo destino son los Estados Unidos. En todos ellos, el desplazamiento se convierte en una odisea, al estilo de la novela clásica de Homero, con elementos claros de deterioro de la salud, o bien la muerte. Al respecto, los consulados mexicanos ubicados en la frontera sur de Estados Unidos reportaron en el periodo 2009-2016 el deceso de 2,052 mexicanos en el intento de internarse sin documentos en territorio de Estados Unidos. Las principales causas de muerte fueron por deshidratación, 692; ahogamiento, 307; accidente, 83; muerte natural asociada a una enfermedad, 13; hipotermia, 13; otras causas, 1,090 (Conapo, 2017: 91).

En un segundo momento, en la inserción económica y social de los migrantes en el entorno huésped, se observa de manera particular que los inmigrantes indocumentados acceden a empleos, por lo general, de tipo 3D (por siglas en inglés: dirty, dangerous y demeaning, o sea, trabajo sucio, peligroso y degradante). Los inmigrantes laborales tipo 3D están expuestos a riesgos de la salud; los migrantes que laboran en el sector de la economía GIG —plataformas digitales que ofrecen los servicios para proyectos de corto plazo— son los más vulnerables, sobre todo en tiempos de la pandemia del coronavirus (Howson *et al.*, 2022).

En el tercer momento, bajo el esquema de la migración circular, el regreso definitivo del migrante cierra el ciclo de la migración. La conclusión del proceso de migración implica, en algunos casos, el final de la vida productiva y la reinserción en la sociedad de origen. Quizá el regreso está marcado por el agotamiento y el deterioro de la salud después de periodos largos de exposición a riesgos.

La complejidad de los flujos de migración es uno de los motores que motivan el estudio de la migración y la salud, en donde cohabitan conceptos contruidos durante décadas de trabajo investigativo del proceso migratorio y, por otra parte, las investigaciones específicas de corte médico como las realizadas por Michael Marmot (2015), presidente de la Asociación Médica Británica (2010-2011). Así, conceptos sociales y síndromes médicos clasifican y explican la situación de bienestar de los inmigrantes. A partir del artículo de Ravenstein (1885), las investigaciones sobre el fenómeno migratorio han edificado un cuerpo conceptual valioso para comprender las características, patrones y problemas de la población migrante (Herrera Carassou, 2006). En la actualidad se han formulado diversos conceptos en los estudios migratorios y en ocasiones se reconocen cerca de 39 conceptos clave (Bartram, Poros, y Monforte, 2014); algunos de estos conceptos clave que contribuyen a la comprensión del proceso de salud-enfermedad son: capital social, migración de retorno, redes de migrantes, migración laboral, integración, enclaves étnicos, migración indocumentada, etnicidad y asimilación. Desde otro ángulo, en los estudios de salud se han planteado varios elementos explicativos para ubicar el proceso salud-enfermedad de los migrantes. En esta ocasión nos referimos a la taxonomía de trastornos y síndromes clínicos orientados a la migración. Además, han surgido ciertas expresiones coloquiales sobre algunos momentos de la migración, como por ejemplo la expresión figurativa de “quema de naves”, que denota la idea de rompimiento con el pasado y la integración plena del migrante, con lo cual queda cancelado el momento del regreso.

Otra expresión común ha tomado como referencia el ciclo de vida del pez más popular y consumido: el salmón. Los estudios de ictiología han documentado el proceso de migración del salmón. Este pez nace en ríos y se desarrolla en el océano; posteriormente, regresa a su lugar de origen para morir (Hiroshi, 2020). La travesía del salmón ha sido adaptada a la migración de personas desde el supuesto de que el migrante regresa a su lugar de origen a atender sus malas condiciones de salud (Diaz, Koning y Martinez-Donate,

2016). Por tanto, a la situación de la migración de regreso se le ha añadido, desde la óptica de la salud, la figura del síndrome del salmón.

El síndrome más desarrollado en el ambiente psiquiátrico frente a la migración tiene el papel de clasificación de los síntomas de estrés y ansiedad que se observa en los migrantes. A ello se ha llamado “síndrome de Ulises”, en referencia a las vicisitudes del personaje de la novela épica de Homero. El término de síndrome de Ulises fue acuñado por el psiquiatra barcelonés Joseba Achotegui, a principios del siglo XXI. El término sintetiza el perfil clínico del problema de salud mental de los inmigrantes internacionales (Achotegui, 2002). Un concepto clave de este síndrome es el conflicto entre el duelo migratorio y la readaptación del yo. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple tiene los siguientes estresores: la soledad y separación de la familia; el duelo por el fracaso del proyecto migratorio; la lucha por la supervivencia y el miedo (Achotegui, 2005, 2006). En su corta vida, el síndrome de Ulises ha demostrado ser un concepto clave para comprender los problemas de salud mental de los migrantes (Castro Vázquez, 2011). La salud mental de los inmigrantes ha sido un aspecto importante en la realización de múltiples estudios desde diversos ángulos, entre ellos la formación del personal de la salud frente a otras culturas (Vivanco González, 2005).

Otro componente de los estudios de salud y migración es el “síndrome de posición”, acuñado por Michael Marmot (Marmot, 2004). Este síndrome tiene el carácter explicativo del proceso salud-enfermedad desde la óptica de la desigualdad y de la jerarquía sociales. El síndrome como herramienta heurística plantea que en la sociedad hay miembros saludables y otros menos saludables. En la sociedad existe un gradiente social o escala en los niveles de salud. Marmot se inspira en la estructura ocupacional weberiana de las profesiones (véase capítulo 4 de Marmot, 2004), para señalar que las diferencias sociales se manifiestan de manera omnipresente y en constante aumento entre los diversos trabajadores de cuello blanco, azul y servicios.

El síndrome de posición incorpora el concepto de capital social como forma de “llevar la cuenta” de la posición social. Este síndrome tuvo diversos antecedentes en los estudios migratorios. Cabe señalar la investigación de la salud de migrantes en Inglaterra y Gales (Marmot, Adelstein y Bulusu, 1984a). En esa publicación se muestra una situación híbrida, en donde los migrantes mantienen los patrones de la enfermedad del país de origen y cambian poco a poco al perfil de enfermedad del país de llegada. El entorno de llegada del

migrante está marcado por nuevas relaciones sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad (Marmot, Adelstein y Bulusu, 1984b).

Si bien el enfoque del síndrome de posición surge para comprender la desigualdad social y la salud en un país determinado, dicho enfoque es enriquecido con la posibilidad de estudios comparativos, por ejemplo, entre los países pobres y ricos. El resultado de la comparación realizada por Marmot le permite concluir que, a pesar de las diferencias de los patrones de salud entre los países, existe un vínculo entre la enfermedad innecesaria y el sufrimiento de los grupos desfavorecidos en el gradiente de la posición social, lo cual responde a la forma en que se organiza la sociedad (Marmot, 2006).

La conjunción entre los aportes de los estudios médicos y los estudios migratorios abre un sendero particular para comprender el proceso de salud-enfermedad de la población migrante que, según las estadísticas recientes de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019b), alcanza la cifra de 272 millones, dos tercios de ellos son migrantes laborales.

Al síndrome de Ulises y al de posición social se suma la política migratoria como factor que afecta directamente a la salud de los migrantes. De manera particular, el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en Estados Unidos está condicionado y limitado por la actual política migratoria de carácter altamente restrictiva. El clima antiinmigrante, la ansiedad y el estrés crónico se manifiestan con más notoriedad cuando se experimentan la deportación y la separación familiar. Existe un panorama adverso a la inmigración, en especial a la inmigración mesoamericana, que incluye a México, El Salvador, Guatemala y Honduras, al grado de que en el año 2020 el ejecutivo estadounidense propuso excluir a los inmigrantes indocumentados en el conteo del Censo de Población. Cerca de 13 millones de indocumentados estarían ausentes de la estadística estadounidense. No obstante, el Censo de 2020 contabilizó a los ciudadanos, no ciudadanos e inmigrantes, incluyendo a los indocumentados.

Otro elemento de la política migratoria que inhibe el acceso a los servicios de salud públicos es el criterio de Inadmisibilidad por Motivos de Carga Pública, que entró en vigor a principios de 2020. Éste condiciona a los migrantes la posibilidad de ajuste de su condición migratoria a partir de no caer en la situación de carga pública. Los beneficios públicos considerados en las determinaciones de inadmisibilidad incluyen recibir asistencia durante 12 meses en un periodo de tres años de cuidados de salud mediante el programa

Medicaid (Valle *et al.*, 2020). La carga pública penaliza el uso de los apoyos gubernamentales. Los efectos de la carga pública en la salud se expresan en el sentido de establecer una barrera en el acceso a los servicios de salud por parte de los migrantes. Cabe señalar que antes de la regla final de Inadmisibilidad por Motivos de Carga Pública, la población migrante percibía como riesgo el acudir a los programas de asistencia. Por ejemplo, en el estudio etnográfico de Castañeda y Melo (2014) se señala que algunos padres temen inscribir a los niños en programas porque eso afectará la posibilidad futura de regularización migratoria.

Sin lugar a duda, la definición de políticas migratorias afecta las condiciones de salud de los migrantes, aunado al aspecto estructural del sistema de salud hegemónico de Estados Unidos. Por tanto, el estudio de la salud/enfermedad de los migrantes implica —con base en el sistema conceptual migratorio y de salud—, distinguir los diversos elementos que se registran en el sistema de salud de la sociedad huésped. Por tal motivo, a continuación, se delinea el sistema de salud de Estados Unidos como el primer circuito de medicina.

El sistema de salud en Estados Unidos: primer circuito

El concepto de salud como categoría histórica ha presentado cambios sustanciales: de la versión tradicional a la postmoderna, pasando por la moderna. La salud es —según la definición tradicional y retomando el enunciado de la Organización Mundial de la Salud de 1946— “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (citado en Vergara Quintero, 2007: 75). La salud es, pues, el estado en que se realizan las funciones naturales, sociales y económicas sin sufrimiento. La segunda versión de salud descansa en la racionalidad científica que se centra en los factores biológicos de la enfermedad y la rehabilitación. Estas dos visiones están presentes en la actualidad en los esquemas de la atención médica. Por tanto, la medicina es un conjunto de saberes y técnicas orientados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades para lograr la perfecta salud. La tercera óptica de la salud es la postmoderna, que se afianza en los postulados de Foucault (2012) sobre el significado social de la salud y las enfermedades. El enfoque postmoderno ha enriquecido la investigación sobre salud. Por ejemplo, Carolina Narváez (2019) estudia la enfermedad nerviosa como construcción social asociada al modelo de

género de los años treinta del siglo XX, a través del análisis de la publicidad del medicamento Cardui.

Por otro lado, los movimientos sociales respecto de la salud han reivindicado como elemento clave el principio del acceso y la cobertura universal de la salud, lo cual significa que cualquier persona sin distinción de condición social tiene el derecho de acudir a los servicios de salud. Esta situación es la herencia del modelo Beveridge de Reino Unido que, en los albores del siglo XX, planteaba la universalidad de la seguridad social bajo el esquema del financiamiento del Estado (Sánchez Castañeda, 2012). La universalización como derecho a la medicina social se enfrenta al desarrollo y la influencia de las fuerzas económicas capitalistas como la preeminencia de la medicina científica y mercantil, así como la concentración e influencia de la industria farmacéutica en la producción de medicamentos y en la formación de los recursos humanos de trabajadores de la salud. Lejos estamos de alcanzar el principio de acceso universal a los servicios de salud. Ahora bien, cabe preguntar: ¿cuál es la situación del sistema de salud en Estados Unidos?

La figura omnipresente del seguro médico

A finales del siglo XIX, en Alemania se desarrolla el modelo Bismarck, el cual plantea, de manera esquemática, que la cobertura de seguridad social depende de las condiciones laborales; los servicios serían proporcionados mediante la figura del seguro y el financiamiento tendría su origen en las contribuciones de los asegurados, empleadores y del Estado. El modelo bismarckiano subraya que la seguridad social es un derecho de los trabajadores, se basa en la figura de aportaciones de cuotas de trabajadores y de empresarios. Este modelo abre las puertas a la acción de las aseguradoras privadas.

En Estados Unidos, la historia económica de las compañías de seguros en el siglo XX está marcada por un alto grado de concentración, como lo revela José Luis Ceceña (1994: 23). En 1960 se reconocía a cinco compañías-gigante de las 267 compañías: Metropolitan Life Insurance Co., The Prudential Insurance Co. of America, Equitable Life Assurance Society of U.S., New York Life Insurance Co. y John Hancock Mutual Life Insurance Co. En esos años, las compañías de seguros estaban centradas en los seguros de vida. Años después, se incorpora la figura del seguro médico.

En la década de los ochenta del siglo XX fue evidente la política de salud mediante la figura de seguro médico. La encuesta National Medical Expenditure Survey (NMES) de 1987 (United States Department of Human Services. Agency for Health Care y Research, 2006), incluyó preguntas sobre la cobertura del seguro médico. Los resultados fueron orientados para hallar el perfil y el patrón social de la cobertura del seguro médico. Según ese estudio, 15.5% de la población carecía de seguro médico (36.8 millones). El 10% contaba con seguros públicos médicos respaldados por el gobierno, tales como Medicare y Medicaid. El 74.5% de la población tenía algún plan de seguro de salud de forma selecta o bien además de algún plan de acceso a los servicios públicos de salud.

La encuesta agrupa a la población en tres grupos étnicos. De la población sin seguro destacan con 31.5% los hispanos; 22% corresponde a la población negra, y 12.4% a la población blanca. Respecto a los programas apoyados por el gobierno, en primer lugar está la población negra; en segundo lugar, los hispanos. Un dato importante es la relación laboral y el seguro médico. El 81.9% de los trabajadores de tiempo completo tiene seguro médico. En cambio, 59.7% de los trabajadores de tiempo parcial cuenta con seguro, mientras que 54.7% de los trabajadores de autoempleo tiene seguro. Además, los trabajadores de la industria de empleo temporal, los trabajadores no sindicalizados y los trabajadores de pequeñas empresas (menos de 10 trabajadores) están en desventaja para contar con seguro médico debido a que estos tipos de empleo no ofrecen a sus trabajadores beneficios en materia de salud (NMES PROJECT, 1987).

El proyecto más reciente de acceso a los servicios médicos fue el del presidente Barack Obama (2009-2017). Este proyecto, denominado Obamacare, tenía tres objetivos: 1) aumentar la calidad del seguro de salud; 2) reducir la tasa de no asegurados mediante la expansión de la cobertura de seguro público y privado, y 3) reducir los costos de la atención sanitaria para las personas y el gobierno (Joseph y Marrow, 2017). En términos generales, se amplió el programa de Medicaid en los estados y se crearon las condiciones necesarias para poder disponer de diferentes opciones de seguro a precios más accesibles (Valle *et al.*, 2020).

En la aurora de los años veinte del siglo XXI, el patrón social de seguro médico de 1987 ha registrado cambios en la población sin cobertura de seguro médico; en promedio, cerca de 12% de la población en áreas metropolitanas no

tiene seguro médico. El porcentaje más alto fueron Houston y Miami con cerca de 20% de su población en 2014.[4] El estado con más población sin seguro médico fue Texas, con 17.4%.

El sistema de salud en Estados Unidos está controlado por las empresas transnacionales de seguros médicos. La organización del sistema sanitario en Estados Unidos es mixta, existen aseguradoras públicas y privadas. El costo de los seguros médicos es cubierto por el empleado, empleador o el gobierno. En el caso del seguro cubierto con la participación del empleador, se denomina póliza patrocinada por el empleador. En el caso de seguros con participación del gobierno, se denominan seguros de salud Affordable Care Act (ACA). También existen seguros privados. Como es natural, el precio del seguro varía dependiendo de las condiciones de salud del asegurado; por ejemplo, en 2021, el promedio nacional para una familia costaba 1,152 dólares en el modelo de seguro ACA, y en el modelo de seguro privado alcanzaba la cifra de 5,940 dólares anuales.[5]

El sistema de salud descansa en los seguros médicos, los cuales tienen diversos planes de contratación. Recientes medidas como la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA por sus siglas en inglés), de enero de 2014, comúnmente denominada Obamacare, trata de incidir en el funcionamiento de los seguros médicos, principalmente en la cobertura de los seguros, en el esquema de financiamiento y en los costos. Con la reforma del Obamacare se estimaba que 50% de la población estaría cubierta por el empleador y un tercio de la población tendría acceso a los seguros Medicare y al programa Medicaid. Uno de cada diez ciudadanos pagaría el seguro individual y privado. Se estimaba que más de 30 millones de estadounidenses estarían sin cobertura médica.

Medicare es un seguro médico con diversos planes de cobertura, financiado por el gobierno federal. El paciente paga una cuota mensual y copago de 20%. Está dirigido a personas mayores de 65 años, retirados y de bajos ingresos, personas con discapacidades, personas con enfermedades renales crónicas y personas que padezcan esclerosis lateral amiotrófica. Se estima que en 2015 cerca de 55 millones de estadounidenses estaban cubiertos por el seguro de salud Medicare (Tierney, 2022)

Entre las aseguradoras privadas en el mercado estadounidense están MetLife, American Family Insurance, Cigna, Infinity Insurance, The General Insurance. La cobertura es variada. Los seguros tipo Organización para el

Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés), funcionan sobre un listado de médicos y hospitales de la zona del contratante. Otros seguros cuentan con una red interna y externa de proveedores de salud. También están los planes catastróficos para atender casos de accidentes o enfermedades graves; por último, están los seguros por cuota de servicio.

El panorama de los seguros médicos privados es complejo en el aspecto financiero y en el área de cobertura de enfermedades. Generalmente están dirigidos a la población con ingresos suficientes. El acceso al seguro médico es limitado para los inmigrantes, tanto documentados como indocumentados. Cabe señalar que no todos los migrantes con “papeles migratorios” tienen seguro médico. Inclusive muchos ciudadanos estadounidenses no tienen seguro médico. En 2020, 8.6% de las personas, o sea cerca de 28 millones, no tenían seguro de salud en ningún momento del año (Keiser-Starkey y Bunch, 2021).

Ante el carácter monolítico que ha adquirido el acceso a los servicios de salud vía los seguros médicos, emergen nuevas formas de cuidado de la salud en la población migrante, las cuales tienen su origen en las prácticas políticas, sociales y culturales del país de origen.

LOS CIRCUITOS DE LA COMUNIDAD MIGRANTE Y LOS SERVICIOS DE SALUD

La migración como proceso ha acarreado la manifestación de nuevos canales emergentes de aprovisionamiento de servicios de salud; dos de ellos están configurados, por una parte, por los mecanismos de la diáspora y, por otra, por el funcionamiento de la comunidad transnacional.

Diáspora y salud: segundo circuito

Un elemento que define a la diáspora es el mecanismo de gobernanza entre los migrantes y los gobiernos nacionales de origen. En el caso mexicano se observan diversas rutas de gobernanza, entre las que se incluyen, en los regímenes de representación democrática, el ejercicio de votación electoral de la población que reside en el extranjero y los programas de inversión productiva como el programa 3X1, en el caso de México. De manera especial se destaca el servicio de cuidado de la salud que proporciona el gobierno nacional de origen en los países de destino.

A partir de 2013 el gobierno mexicano instituye el programa denominado Ventanillas de Salud. Las instancias gubernamentales encargadas de orquestar el programa son la Secretaría de Salud, la Secretaría de Relaciones Exteriores mediante el Instituto de los Mexicanos en el Exterior y la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Las Ventanillas de Salud constituyen una acción gubernamental que ofrecen los consulados mexicanos en Estados Unidos (50 sedes). En general, las acciones de este programa se dirigen a informar a la comunidad migrante sobre las instancias a las que pueden acudir para recibir asistencia médica. Además, brinda orientación para el autocuidado en los migrantes mexicanos de forma gratuita y sin importar condición migratoria. Los principales ejes de atención son: canalización de pacientes a clínicas comunitarias; orientación sobre alimentación; actividad física; problemas de obesidad; diabetes; salud de la mujer; salud infantil; salud mental; prevención de adicciones, y salud sexual. Además, suministra pruebas de VIH sida, índice de masa corporal, niveles de colesterol y glucosa. También realiza aplicaciones de vacunas e información sobre seguros médicos para residentes.

De acuerdo con los tres reportes anuales que abarcan el periodo de 2013-2019 (véase cuadro 1), se atendieron cerca de 10.4 millones de personas y se brindaron 29.4 millones de servicios. Además, se otorgaron 16.4 millones de servicios de orientación o consejería, nueve millones de servicios de detección, 382,000 vacunas aplicadas y 2.1 millones de personas referidas a servicios de salud en Estados Unidos.

Cuadro 1
Ventanillas de Salud: población atendida y servicios médicos otorgados
2013-2019

Año	Población atendida		Detecciones	Vacunas	Referencias
	Total	<i>Sin seguro médico (%)</i>			
2013	1,407,818	99.3	551,560	54,065	318,319
2014	1,534,402	98.7	404,069	60,332	333,437
2015	1,525,504	98.4	1,462,166	63,084	299,806
2016	1,591,422	98.3	1,631,991	46,776	492,328
2017	1,731,301	98.9	2,410,075	41,228	333,615
2018	1,271,657	98.8	1,873,219	48,424	316,405
2019	1,391,309	94.7	584,156	67,972	7,903
Total	10,453,413	98.2	8,917,236	381,881	2,101,813

Fuente: Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Ventanillas de Salud, Informes 2013-2019.

Como se aprecia en el cuadro 1, el programa Ventanillas de Salud atiende a migrantes mexicanos que carecen de seguro médico (98.2%); es de suponer que corresponde a migrantes indocumentados. Además, con base en las pruebas de laboratorio, se hallaron las principales causas de morbilidad, en orden de importancia: sobrepeso y obesidad; presión alta/hipertensión y glucosa en sangre/diabetes; colesterol/triglicéridos altos. Este perfil de morbilidad también está presente en la población mexicana residente en México. Así, la tipología de la prevalencia de enfermedades de los migrantes y no migrantes es común entre los dos grupos. La diferencia entre migrantes y no migrantes está en los tipos de acceso a los servicios de salud que, naturalmente, repercuten positiva o negativamente en la calidad de la salud. Además, debe tomarse en cuenta el lugar de destino, ya que las políticas de salud en Estados Unidos difieren notablemente entre los estados; asimismo, el ámbito de acción del programa Ventanillas de Salud a través de consulados mexicanos es limitada geográficamente. El programa Ventanillas de Salud cumple un papel pertinente como proveedor de servicios de salud, como lo demuestran sus reportes anuales. Sin embargo, las Ventanillas de Salud de los consulados no logran

cubrir la marcada dispersión de la población migrante mexicana en Estados Unidos.

Transnacionalismo y salud: tercer circuito

En los años noventa del siglo XX, emerge y se desarrolla la perspectiva conceptual del transnacionalismo para explicar la expansión del capital transnacional y de la globalización. Los flujos transnacionales involucran los efectos desestabilizadores de la globalización; la revolución tecnológica de la transportación y las comunicaciones; la descolonización y la universalización de los derechos humanos. Finalmente, el transnacionalismo implica la expansión de las redes sociales que facilitan la reproducción de la migración transnacional (Smith y Guarnizo, 1998). Desde la perspectiva del transnacionalismo se acentúan las prácticas de las comunidades de migrantes en el contexto de las redes sociales. Una de las prácticas transnacionales en materia de salud se ubica en la telemedicina desde abajo, es decir, la organización de los recursos de la telemedicina por parte de los migrantes. Por lo general, la telemedicina se realiza mediante el uso de la tecnología para proporcionar servicios médicos e información clínica a pacientes remotos (Dabaghi-Richerand *et al.*, 2012). Además, la telemedicina es vista como una estrategia de gestión de los recursos humanos dedicados al cuidado de la salud (Nouhi *et al.*, 2012). La telemedicina es un recurso en los sistemas de salud locales para proporcionar servicios de salud a lugares distantes. En México, desde 2002 la Secretaría de Salud cuenta con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud para impulsar la telemedicina. A partir de 2010 se incorpora el término de telesalud junto al término de telemedicina, como programas innovadores en los servicios de salud.

Los estudios sobre telemedicina y migrantes son limitados. En 2013 se afirma en una investigación que los migrantes mexicanos estudiados a través de grupos focales, desconfían de la práctica médica a través de la telemedicina porque desconocen las credenciales de los médicos que están atrás de las pantallas (Wallace *et al.*, 2013). No obstante, el uso de las tecnologías de comunicación por parte los migrantes son pertinentes, por lo cual han surgido nuevas modalidades de acceso a los servicios de salud en la esfera transnacional de la migración que etiquetamos como telemedicina desde abajo. La comunidad transnacional de mexicanos en Estados Unidos ha incorporado

formas novedosas de servicios de salud con el uso de los teléfonos inteligentes, tabletas y computadoras. De manera general, según González-Vázquez *et al.* (2020), destacan las siguientes prácticas transnacionales de salud de la población migrante mediante el empleo de tecnologías:

- Consultas médicas remotas a distancia vía correo electrónico o videoconferencia. La práctica médica se realiza sin auscultación del paciente, generalmente sin examen clínico. La prescripción de tratamientos y medicamentos se realiza a larga distancia. En ocasiones se envían medicinas nacionales a los pacientes. Los migrantes se han apoyado en los servicios de los servidores de correos electrónicos para la comunicación con los médicos locales de su lugar de origen. Las videoconferencias son un fenómeno reciente al desarrollarse la telefonía móvil inteligente. Tanto el correo electrónico como las videoconferencias apoyan y, a su vez, fortalecen la red social de los migrantes.
- Consultas médicas mediante una tercera persona. Por lo general, algún familiar del migrante describe su problema de enfermedad.
- La tercera persona se convierte en el interlocutor entre el médico y el paciente. El conocimiento que tiene la tercera persona sobre el migrante es amplio, en ocasiones se trata de un familiar. La comunicación de la familia transnacional cuenta con diversos canales, la mayoría apoyados en los avances de la tecnología, en especial de internet.
- Consulta médica presencial del migrante durante su regreso. La migración circular que representa el traslado hacia el lugar de destino y el viaje de regreso, disminuye su ritmo en época de políticas migratorias restrictivas. A pesar de ello, los diversos momentos de estancia de regreso del migrante son utilizados para la consulta médica. Los diagnósticos realizados por el médico parten de los estudios clínicos básicos. Cabe señalar que el regreso temporal de los migrantes está acompañado por las remesas sociales, en este caso los aparatos de cuidado y medición de la salud. Los migrantes proveen artefactos médicos a sus familiares como son los glucómetros, los baumanómetros digitales y los oxímetros.
- Movilidad de los profesionales de la salud a los lugares de destino. Los viajes de los médicos a Estados Unidos son frecuentes. En esta modalidad el “médico a domicilio” es una práctica común en las comunidades rurales de origen.

Finalmente, dentro de las prácticas médicas transnacionales está la automedicación y la autopercepción que implica la adquisición de medicamentos a partir del autoconocimiento de las propiedades de las medicinas en Estados Unidos, o bien, del envío de productos médicos por parte de familiares de los migrantes, que a veces son comprados en la frontera norte de México.

Medicina alternativa y tradicional: cuarto circuito

El constante flujo de migración a Estados Unidos tiene su parteaguas en los años sesenta del siglo XX, cuando es notorio el cambio del patrón de inmigración, tanto en volumen como en origen de inmigrantes. En 1965, el volumen de inmigrantes fue de 297,000; años después, en 1986, alcanzó la cifra de 602,000. El cambio regional del origen de los inmigrantes fue también notorio: en 1960 dos terceras partes llegaron de los países de Europa; para 1986, la proporción descendió a 1/9 de inmigrantes. A partir de los años sesenta el flujo de movilidad registró un aumento de migrantes de Asia, América del Sur y el Caribe. Algunos países fueron Filipinas, Corea del Sur, Taiwán, Singapur y Malasia. En particular, de los países de Latinoamérica destacaron México, algunos países de Centroamérica y de América del Sur (Sassen, 1998: 35). En el ámbito de los estudios migratorios se ha denominado coloquialmente a este cambio de patrón como “la apertura de la puerta trasera”.

El cambio del patrón occidental de inmigrantes abrió diversos escenarios a la migración multicultural; una de las manifestaciones fue la visibilidad de prácticas y saberes del cuidado de la salud, que se alejan de la medicina científica. La occidentalización del mundo, que tiene su hegemonía en el siglo XX (Ianni, 1998), experimenta una transformación en el siglo XXI, cuando se observan rasgos de crisis de dicha hegemonía que conduce, a corto plazo, a un sistema multipolar. Por ejemplo, en el escenario mundial, China tiene niveles de innovación y de generación de conocimiento que se acercan cada vez más a los de Estados Unidos (Dabat y Leal, 2019: 108).

La migración asiática a Estados Unidos alcanza la cifra de 18 millones en 2017. Las principales naciones de origen son: India, China, Filipinas, Japón, Corea del Sur y Vietnam. Por su parte, los migrantes latinos registran la cantidad de 58.8 millones. En conjunto, entre los migrantes asiáticos y los latinos representan 23.6% de la población de Estados Unidos (Census Bureau,

2017). En conjunto, este flujo migratorio multicultural impulsa la posibilidad de nuevas visiones sobre el proceso de salud-enfermedad, la cual se expresa en diferentes tipos de medicina. A continuación, se realiza un breve recuento de ellas.

LA MEDICINA CIENTÍFICA Y ALTERNATIVA

La medicina científica ha adquirido diversos nombres como medicina alópata, convencional, occidental, ortodoxa, etcétera; se funda sobre el conocimiento de la ciencia y el desarrollo tecnológico de la primera mitad del siglo XX (Kurtz, 1972: 510). Los recursos humanos de la salud —médicos, enfermeros, terapeutas— centran su actividad en resolver los síntomas de las enfermedades a través de medicamentos, cirugía y radiación. Las causas de las enfermedades están fuera del cuerpo: bacterias, virus, etcétera. Los diagnósticos médicos reconocen y miden los síntomas para establecer un tratamiento mediante medicamentos alópatas que en ocasiones tienen efectos secundarios contraproducentes. Este tipo de medicina es dominante en Estados Unidos.

Por su parte, la medicina complementaria y/o alternativa recibe el nombre de no convencional o paralela. Es un conjunto de prácticas sanitarias que no forma parte de la tradición de un país. Un ejemplo es la acupuntura; a pesar de que es una terapia médica tradicional china ampliamente usada, en muchos países de Occidente se considera como complementaria o alternativa (Brosnan *et al.*, 2018). La medicina complementaria agrupa a diversas prácticas médicas: homeopática, naturopatía, herborista, tradicional y otras.

La medicina homeopática fue desarrollada por el médico y químico alemán Samuel Hahnemann en 1808. Es una práctica médica que parte del principio de que el cuerpo tiene la capacidad de sanarse a sí mismo y de que “lo similar cura lo similar”. Considera que los síntomas de la enfermedad son respuestas normales del cuerpo para recuperar la salud. Por ello, el hecho de suministrar sustancias similares al paciente es la forma de curar la enfermedad.

La naturopatía emplea una variedad de prácticas calificadas como naturales o no invasivas y promueve la autocuración. Los médicos naturópatas generalmente recomiendan no seguir las prácticas médicas modernas, incluidas, entre otras, las pruebas médicas, los medicamentos, las vacunas y la cirugía. La práctica de la naturopatía se basa en la creencia en la capacidad del cuerpo para curarse a sí mismo a través de una energía vital especial o de la

fuerza que guía internamente los procesos corporales. Los naturópatas pretenden prevenir enfermedades a través de la reducción del estrés y los cambios en la dieta y el estilo de vida, a menudo rechazando los métodos de la medicina basada en pruebas.

La medicina tradicional, según la OMS (2013), es “un conjunto de conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas”. Esto incorpora diversos tratamientos mediante el uso de plantas medicinales, animales, minerales, ritos, terapias espirituales para mantener el bienestar y la salud.

LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA CON BASE EN LAS PLANTAS MEDICINALES

El circuito de la medicina tradicional y la migración se muestra de manera clara en la difusión de la herbolaria de China y de las plantas medicinales mesoamericanas. Los fuertes e históricos flujos de migración china han propiciado la formación de una industria farmacéutica china global. La conjunción entre el conocimiento tradicional y el científico ha dado lugar a que la medicina tradicional china esté presente, entre otros lugares, en los diversos barrios chinos de las ciudades del mundo: desde San Francisco hasta Argentina (Puentes, 2019). Por otro lado, la medicina tradicional de Mesoamérica también goza de una presencia notoria en los correspondientes barrios latinos.

El circuito de la medicina tradicional mesoamericana se nutre del conocimiento adquirido destacadamente por las comunidades rurales e indígenas y por los estudios científicos emprendidos por los etnobotánicos; en ellos se ha puesto el interés científico en la interacción de las personas y las plantas a través del tiempo y en diferentes contextos culturales. Los estudios etnobotánicos dan cuenta de los inventarios descriptivos de las plantas utilizables (Casas *et al.*, 2016).

Autores como Rafael Lira han afirmado que “México es uno de los países donde el conocimiento etnobotánico y el aprovechamiento de los recursos vegetales alcanza los niveles más altos y donde las interacciones entre los humanos y las plantas han llegado a grados de alta complejidad y sofisticación” (Caballero *et al.*, 2004). En México se han registrado varios miles de plantas medicinales. Por ejemplo, en el estudio etnobotánico sobre las interacciones de

la gente y las plantas en el Valle de Tehuacán, en México, se identificaron 396 especies de uso medicinal (Lira *et al.*, 2009).

La población migrante, en especial la rural e indígena de mayor edad, cuenta con conocimiento tradicional ancestral de las plantas medicinales; cabe subrayar que las plantas curativas son el recurso terapéutico por excelencia en la práctica médica tradicional mexicana; por ejemplo, en las enfermedades gastrointestinales (Hernández *et al.*, 2005).

Finalmente, la medicina herborista se orienta al uso de plantas, hierbas, frutos, raíces y hongos, así como productos obtenidos de las abejas y minerales en forma de infusiones, pomadas y pastillas. El uso de plantas para combatir las enfermedades es casi universal entre las sociedades no industrializadas como Bolivia y Perú.

El circuito de la medicina tradicional, complementaria y alternativa en los países desarrollados ha estado vinculado directamente a los flujos de inmigrantes. Se han documentado y analizado diversos casos; por ejemplo, los inmigrantes bolivianos y peruanos en Reino Unido (Ceuterick *et al.*, 2011). Es importante poner atención en el hecho de que, en Londres, los inmigrantes andinos practican diversas alternativas biomédicas. Los autores citados documentan el hallazgo de una mezcla creativa de diferentes tipos de conocimiento y recursos de salud por parte de los inmigrantes en el marco de la multiculturalidad. Cabe recordar que la medicina alternativa como la homeopatía, la acupuntura o la osteopatía es costosa en Estados Unidos, aun para quienes tienen seguro médico, entre otras cosas porque los seguros médicos cubren casi exclusivamente tratamientos relacionados con la alopátia.

Los migrantes de primera generación son los que más recurren a remedios herbolarios. Tratan de transmitirle este conocimiento a las nuevas generaciones; al parecer estos remedios son usados preferentemente por los migrantes de edad avanzada. Los inmigrantes los reconocen, aceptan y usan con agrado, a sabiendas de que cuando se trata de una enfermedad mayor, tienen cubierta su atención médica por el sistema de aseguramiento y por la medicina alopática. En el caso de la segunda y tercera generaciones de inmigrantes, como se sabe son residentes y por ende tienen más derechos y recursos como contar con seguro médico.

La medicina tradicional es un recurso que con frecuencia resuelve problemas de salud entre los mexicanos radicados en Estados Unidos. Los inmigrantes mantienen los saberes mediante la frase de que “las abuelitas

decían que era bueno para esto, para lo otro”. En las tiendas de productos latinos es común encontrar la sección de hierbas y remedios caseros. También acuden a consultar a los sobadores o curanderos, tanto mexicanos como centroamericanos.

En consecuencia, la medicina tradicional y alternativa utilizada por los inmigrantes se complementa con las prácticas de consumo de medicamentos alópatas empleadas para sobrevivir a las condiciones de trabajo y de vida. Tal parece que las prácticas del proceso salud-enfermedad de estos dos tipos de medicina caminan en sentido paralelo al bienestar sanitario de los inmigrantes indocumentados, con los riesgos ocasionales de los daños secundarios que ocasiona el tratamiento alópata.

CONCLUSIONES

La movilidad de las personas en un contexto de migración internacional ha propiciado la formación de comunidades tipo diásporas y transnacionales. Los diversos y amplios flujos de migración internacional constituyen múltiples expresiones sociales, económicas, políticas y culturales. Un proceso que atraviesa estas dimensiones es la salud. Por ello, un marco de referencia básico para comprender el proceso salud-enfermedad de la población migrante reside en su carácter multidisciplinario.

En este capítulo se han delineado algunos factores que inciden en el acceso a los servicios de salud de los migrantes. En Estados Unidos, la economía de los seguros médicos es un elemento que incide en la calidad de la salud. La política migratoria federal y estatal aleja o acerca a la población migratoria a los servicios de salud. La gobernanza de la diáspora de la migración abre nuevos canales de atención médica. En la formación de espacios transnacionales emergen nuevas formas y prácticas del cuidado de la salud. Además, la presencia de perspectivas diferentes de comprender el mundo clínico de la medicina ha propiciado la consolidación del ángulo científico y del alternativo del cuidado de la salud. En conjunto, la interrelación de ambos da lugar a diversos circuitos de la salud.

En este capítulo se distinguen cuatro circuitos para comprender el proceso de acceso a la salud de la población migrante. El primero tiene como nodo principal el funcionamiento del sistema de salud edificado sobre la figura del seguro médico privado y público. El acceso a ellos está condicionado por el

costo y por la situación migratoria. El funcionamiento de los seguros médicos produce poblaciones vulnerables. La constante transformación de los seguros médicos bajo el principio de rendimiento económico hace que el migrante indocumentado sea el ente más afectado por este sistema.

El segundo circuito tiene su punto gravitacional en la gobernanza de la diáspora. Los mecanismos políticos y sociales que están en construcción por parte de los actores sociales y gubernamentales se renuevan dependiendo de la interacción de la comunidad de migrantes y las esferas de gobierno de la nación de origen. En años recientes, las acciones orquestadas sobre el cuidado de la salud son tareas realizadas por las oficinas de relaciones internacionales del gobierno. En el caso de México, ha sido innovador el programa de atención médica a los migrantes sin distinción de la situación migratoria, con lo cual se pone en práctica el principio de atención universal con limitaciones determinadas por el tipo de práctica médica: medicina preventiva mediante diagnósticos de pruebas de laboratorio, vacunación e información sobre el cuidado de la salud.

El tercer circuito está organizado por las prácticas transnacionales. Las comunidades de migrantes son expresión del vínculo entre el lugar receptor y el lugar de origen. La idea del movimiento permanente entre dos o más puntos acarrea el surgimiento de nuevas prácticas del cuidado de la salud de los migrantes. En el actual contexto se identifica como motor de estas prácticas la telemedicina. La consulta médica a la distancia es un signo de apropiación de la tecnología por parte de la comunidad migrante. La telemedicina está presente en el video directo a través de alguna plataforma de comunicación digital como Skype o WhatsApp, o bien en las consultas médicas trianguladas con la participación del migrante, el familiar y el médico. La comunidad transnacional de migrantes favorece el acceso a las medicinas a través del comercio internacional de medicamento, utilizando canales no comerciales.

El cuarto circuito identificado corresponde a los tipos de medicinas. Las comunidades de migrantes conocen y emplean prácticas del cuidado de la salud propias de sus lugares de origen. En ocasiones, éstas contrastan con la medicina *mainstream* científica. La medicina alternativa se entrelaza con la medicina científica hegemónica como resultado del proceso de aculturación de la población migrante. El proceso de aculturación de los migrantes brinda nuevos espacios de fusión de las medicinas, en los que el circuito de la medicina tradicional que se edifica sobre las plantas medicinales puede

adquirir mayor fuerza con la combinación del conocimiento ancestral con el científico, para dar lugar a innovadores planes de salud. En conjunto, la dinámica e interacción de los cuatro circuitos permite descubrir, observar y ubicar los aspectos particulares del acceso a servicios médicos de la población migrante en sus diversas condiciones sociales. Finalmente, es de esperar cambios sustanciales en estos circuitos ocasionados por el fuerte impacto de la pandemia Covid-19.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, Joseba (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Achotegui, Joseba (2005). “Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* (60): 105-113.
- Achotegui, Joseba. (2006). “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”. *Migraciones* 19: 59-85.
- Bartram, David; Maritsa V. Poros, y Pierre Monforte (coords.) (2014). *Key Concepts in Migration*. Londres: SAGE.
- Brosnan, Caragh; Pia Vuolanto, y Jenny-Ann Brodin Danell (coords.) (2018). *Complementary and Alternative Medicine: Knowledge Production and Social Transformation*, coordinado por Andrew Webster y Sally Wyatt. Cham, Suiza: Palgrave Macmillan.
- Caballero, Javier; Laura Cortés; Miguel Ángel Martínez-Alfaro, y Rafael Lira-Saade (2004). “Uso y manejo tradicional de la diversidad vegetal”. En *Biodiversidad de Oaxaca*, coordinado por María de Jesús Ordóñez, Miguel Briones-Salas y Abisai J. García-Mendoza, 541-564. México: Instituto de Biología de la UNAM y Fondo Oaxaqueño para la Conservación de la Naturaleza.
- Casas, Alejandro; José Blancas, y Rafael Lira (2016). “Mexican ethnobotany: Interactions of people and plants in Mesoamerica”. En *Ethnobotany of Mexico: Interactions of People and Plants in Mesoamerica*, coordinado por Alejandro Casas, José Blancas y Rafael Lira, 1-20. Nueva York: Springer.

- Castañeda, Heide, y Milena Andrea Melo (2014). "Health care access for Latino mixed-status families: Barriers, strategies, and implications for reform". *American Behavioral Scientist* 58 (14): 1891-1909.
- Castro Vázquez, Ángel (2011). *SOS...Soy inmigrante: el síndrome de Ulises*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ceceña Gámez, José Luis (1994). *El capital monopolista de Estado y la economía mexicana*. México: UNAM.
- Census Bureau (2017). *American Community Survey 1-Year Estimates*. Disponible en: <<https://api.census.gov/data/2017/acs/acs1/profile>>.
- Ceuterick, Melissa; Ina Vandebroek, y Andrea Pieroni (2011). "Resilience of Andean urban ethnobotanies: A comparison of medicinal plant use among Bolivian and Peruvian migrants in the United Kingdom and in their countries of origin". *Journal of Ethnopharmacology* (136): 27-54.
- Consejo Nacional de Población (2017). *Anuario de Migración y Remesa: México 2017*. México: Segob.
- Dabat, Alejandro, y Paulo Leal (2019). "Ascenso y declive de Estados Unidos en la hegemonía mundial". *Problemas del Desarrollo* 50 (199): 87-114.
- Dabaghi-Richerand, Alejandro; Alejandro Chávarri, y Armando Torres-Gómez (2012). "Telemedicina en México". *Anales Médicos* 57 (4): 353-357.
- Díaz, Christina J.; Stephanie M. Koning, y Ana P. Martínez-Donate (2016). "Moving beyond salmon bias: Mexican return migration and health selection". *Demography* (53): 2005-2030.
- Foucault, Michel (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- González-Vázquez, Tonatiuh *et al.* (2020). "Collateral effect of transnational migration: The transformation of medical habitus". *Salud Pública en México* 62 (5).
- Hiroshi, Ueda (2020). *Physiological Aspects of Imprinting and Homing Migration in Salmon: Emerging Research and Opportunities*. Hershey, Pensilvania: Engineering Science Reference.
- Hernández, Tzasna; Margarita Canales; Javier Caballero; Ángel Durán, y Rafael Lira-Saade (2005). "Análisis cuantitativo del conocimiento tradicional sobre plantas utilizadas para el tratamiento de enfermedades gastrointestinales en Zapotitlán de las Salinas, Puebla, México". *Interciencia* 30 (9): 529-535.

- Herrera Carassou, Roberto (2006). *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones*. México: Siglo XXI Editores.
- Howson, K. et al. (2022). "Stripping back the mask: Working conditions on digital labour platforms during the Covid-19 pandemic". *International Labour Review*. Manuscrito aceptado. Disponible en: <<https://doi.org/10.1111/ilr.12222>>.
- Ianni, Octavio (1998). *La sociedad global*. México: Siglo XXI Editores.
- International Organization for Migration (2019). *Calculating "Death Rates" in the Context of Migration Journeys: Focus on the Central Mediterranean*, coordinado por GDDAC Briefing Series. *Towards Safer Migration in Africa: Migration and Data in Northern and Western Africa*. Berlín: International Organization for Migration.
- Joseph, Tiffany D., y Helen B. Marrow (2017). "Health care, immigrants, and minorities: Lessons from the affordable care act in the U.S". *Journal of Ethnic and Migration Studies* (43)12: 1965-1984.
- Keiser-Starkey, Katherine, y Lisa N. Bunch (2021). "Health insurance coverage in the United States: 2020". *Current Population Report* P60-274.
- Kurtz, Paul (1972). *Filosofía norteamericana en el siglo veinte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lira, Rafael et al. (2009). "Tradicional knowledge and useful plant richness in Tehuacán-Cuicatlán Valley, Mexico". *Economic Botany* 63 (3): 271-287.
- Marmot, Michael (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*. Londres: Bloomsbury Publishing.
- Marmot, Michael (2006). "Health in an unequal world: Social circumstances, biology and disease". *Clinical Medicine* 6 (6): 559-572.
- Marmot, Michael (2015). *The Health Gap: the Challenge of an Unequal World*. Nueva York: Bloomsbury.
- Marmot, Michael; A. M. Adelstein, y L. Bulusu (1984a). *Immigrant Mortality in England and Wales 1970-78*. Londres: HMSO.
- Marmot, Michael; A. M. Adelstein, y L. Bulusu (1984b). "Lessons from the study of immigrant mortality". *Lancet* (1): 1455-1458.
- Narváez Martínez, Carolina (2019). "Entonar los nervios. El caso del medicamento Cardui". En *Medicina y sociedad: saberes, discursos y prácticas. Siglos XVI al XX*, coordinado por Gerardo Martínez Hernández, 133-166.

- México: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación de la UNAM.
- NMES PROJECT (1987). "Health Insurance Coverage in the U. S.", coordinado por National Center for Health Services Research (NCHSR). Rockville, Maryland: U. S. Public Health Services.
- Nouhi, Mojtaba *et al.* (2012). "Telemedicine and its potential impacts on reducing inequalities in access to health manpower". *Telemedicine and e-Health* 18 (8): 648-653.
- Organización Internacional para las Migraciones (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la oms sobre medicina tradicional 2014-2023*. Hong Kong, China: Organización Mundial de la Salud.
- Puentes, Jeremías P. (2019). "Plantas medicinales hipotensoras y sus productos comercializados en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina". *Bonplandia* 28 (2).
- Ravenstein, Ernest G. (1885). "The laws of migration". *Journal of the Statistical Society* 2, vol. XLVIII: 167-235.
- Sánchez Castañeda, Alfredo (2012). *La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Sassen, Saskia (1998). *Globalization and its Discontents: Essays on the New Mobility of People and Money*. Nueva York: The New Press.
- Smith, Michael Peter, y Luis Eduardo Guarnizo (1998). *Transnationalism from below*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- The New York Times (1935). "Harvard Studies Jobless Youths". *The New York Times*, 31 de marzo de 1935.
- Tierney, Roberta (2022). "Medicare". *Magill's Medical Guide* [en línea]. Disponible en: <<https://search-ebscohost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=89093472&lang=es&site=eds-live>>.
- United States Department of Health, Policy Human Services. Agency for Health Care, and Research (2006). *National Medical Expenditure Survey, 1987: Data from the Household Survey, Health Insurance Plans Survey, Survey of*

American Indians and Alaska Natives, and Institutional Population Component [Research File 40R]: <<https://doi.org/10.3886/ICPSR06868.v1>>.

Valle, Valeria *et al.* (2020). “Ventanillas de Salud: desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU”. *Estudios Fronterizos* 21 (43): 1-27.

Vergara Quintero, María del Carmen (2007). “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. *Hacia la Promoción de la Salud* 12: 41-50.

Vivanco González, Esther *et al.* (2005). “Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados?” *Norte de Salud Mental* (23): 63-74.

Wallace, Steven P. *et al.* (2013). “Improving access to health care for undocumented immigrants in the United States”. *Salud Pública en México* 55 (S4): S508-S514.

[Notas]

- [1] Los autores agradecen a María Fernanda Duarte Calixto el apoyo en la recopilación de documentos.
- [2] Véase *Summary of Covid-19 Cases by Race/Ethnicity*. Disponible en: <<https://www.sandiegocounty.gov/content/dam/sdc/hhsa/programs/phs/Epidemiology/COVID-19%20Race%20and%20Ethnicity%20Summary.pdf>>. (Consultado el 22 de diciembre de 2020).
- [3] Disponible en: <<https://www.americanprogress.org/article/immigrants-essential-workers-covid-19/>>. (Consultado el 22 de mayo de 2022).
- [4] Disponible en: <https://www.census.gov/content/dam/Census/newsroom/releases/2015/cb15-158_graphic_acs_metro.jpg>. (Consultado el 22 de mayo de 2022).
- [5] Disponible en: <<https://www.creditosenusa.com/seguros-medicos-privados-precios-y-planes-en-usa/>>. (Consultado el 22 de mayo de 2022).

Capítulo 15

Comunicación transnacional entre personas migrantes mexicanas en Italia y sus familias en el país de origen: la pandemia como inicio de intercambios de información

María del Socorro Castañeda Díaz

Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales de la Universidad Autónoma del Estado de México

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

La ausencia física de las personas migrantes es un tema que involucra diferentes aspectos que van desde las emociones y la salud mental hasta los arreglos familiares y económicos en relación con el país de origen. Los flujos de bienes e información entre los países expulsores y receptores se han dado de diferentes maneras a través de la historia y han servido principalmente para mitigar la sensación de ausencia. Con el paso del tiempo, el uso y la apropiación de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), específicamente los artefactos que consienten el acceso a internet, han permitido una comunicación más fluida e incluso cotidiana entre las personas migrantes y sus familias en el lugar de origen.

Este apoyo en la tecnología del que se valen las personas migrantes tiene un ejemplo notorio en el caso de estudio que se expondrá a continuación, y que refleja cómo durante la situación extraordinaria de una emergencia sin precedentes en los últimos 100 años —la pandemia por coronavirus que empezó en el año 2019 en Wuhan, China—, una comunidad migrante de mexicanos que viven en Italia echó mano de Facebook, una red social virtual, con la intención de advertir a sus compatriotas, amigos y familiares que viven en México, acerca de la gravedad de la situación que se estaba viviendo en el país receptor con algunas semanas de anticipación.

Esta interacción de las personas de dos países que ocurrió gracias al empleo de la red de redes, puede considerarse un modo de comunicación transnacional

porque involucra a una comunidad establecida en un país receptor y a otra que se encuentra en el país expulsor.

Los intercambios transnacionales son antiguos y se han ido modificando con el paso del tiempo. Así, por ejemplo, en un estudio realizado con personas migrantes en Italia originarias de Perú, Tamagno (2003) detectó que las cartas, las fotografías, los videos y los casetes eran, a finales del siglo XX y principios del XXI, los modos de comunicación dentro de dicha comunidad transnacional.

El teléfono y el correo fueron durante muchos años el medio a través del cual las personas migrantes mantuvieron comunicación constante con sus familias de origen. Evidentemente, antes de la masificación de las TIC, y concretamente antes de que el uso de internet se popularizara, ya existía la comunidad transnacional, aunque viviendo a un ritmo más lento. Es innegable que las relaciones entre las personas migrantes y sus familias se han intensificado e incluso ampliado en gran medida, gracias al empleo de los instrumentos tecnológicos cuyas funciones han llegado, en los últimos años, a permitir un contacto continuo y prácticamente en tiempo real.

Hoy, las personas que dejan el propio país, gracias a la relación constante que les permite la tecnología, no se ausentan del todo y quienes se quedan pueden seguir, también virtualmente, a sus familiares o amigos hasta el sitio de destino, quizá como antes con el teléfono, pero con la ventaja de mantener una comunicación permanente, mucho más vivencial (gracias a las videollamadas, por ejemplo), que les da la posibilidad de introducirse en la vida cotidiana de quien está lejos.

La Organización Internacional de las Migraciones (OIM) define esta manera en que algunos migrantes se van del terruño, pero aparentemente siguen presentes en él, como “la conectividad transnacional”, que es, específicamente, “la conectividad tanto física como virtual que se establece entre las personas” (OIM, 2018).

Con la masificación de las TIC, que consienten el acceso a internet, se ha reforzado la comunicación en la comunidad transnacional, aunque de ninguna manera se condiciona la existencia de ésta a la disponibilidad de los artefactos o la conexión a internet. Al observar el uso de las TIC en los contextos migratorios es posible averiguar, como en la presente investigación, los modos concretos de intercambio público de información, que son ejemplos claros de una conectividad transnacional que deriva en la preservación e incluso

ampliación de una comunidad integrada por personas que se encuentran en los lugares de origen y destino.

El auge del empleo de internet y particularmente de plataformas como Facebook, Twitter o Instagram en la vida cotidiana ha permitido que personas originarias del mismo país amplíen sus redes sociales (reales) y establezcan contacto con un número mayor de connacionales, aunque no se conozcan desde el país de origen, pertenezcan a redes diferentes y tengan proyectos migratorios con orígenes y objetivos distintos. Como explica Melella (2016: 77):

El uso de las TIC implica un punto de inflexión para los procesos migratorios tradicionales al posibilitar que el migrante desarraigado se transforme en migrante conectado. Las TIC, y en especial Internet, generan un universo frondoso de posibilidades de conexión y comunicación con los países de origen, con la diáspora y con la colectividad en destino que modifica la construcción de la subjetividad migrante y conforman redes sociales transnacionales.

Así, el contacto establecido a través de un medio digital permitió a tres migrantes mexicanos en Italia, con vidas diferentes y ubicados en contextos geográficos distintos, idear una manera de comunicar a personas que habitan en su país de origen acerca de la relevancia de tomar medidas para evitar contagios y consecuencias mayores durante la pandemia por Covid-19, así como advertir acerca de la difusión de datos falsos que, como infodemia, comenzaron a publicarse en la red de redes.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS

El presente trabajo tiene como objetivo principal observar, en un estudio de caso, cómo la infodemia y la propia experiencia al vivir la pandemia con algunas semanas de anticipación, motivó a un grupo de migrantes de origen mexicano en Italia a emplear las TIC, concretamente una página de Facebook creada *ex profeso*, para difundir información acerca de los riesgos de la pandemia y la infodemia entre sus familiares y conocidos que habitan en el país de origen.

La intención es responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿La difusión de información a través de Facebook permitió que, con una experiencia previa sobre la pandemia, los migrantes mexicanos en Italia

advirtieran a sus familiares y amigos en México sobre las medidas preventivas para contrarrestar tanto la infodemia como el peligro de propagación de la enfermedad por Covid-19?

- ¿Ocurrieron a través de esa red social intercambios de información en ambos sentidos (Italia-México y viceversa) que permitieran contrarrestar la infodemia?

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se trata de una investigación cualitativa realizada a través de la observación de las publicaciones de la página de Facebook “Noticias de mexicanos en Italia” y de entrevistas en profundidad en línea realizadas a sus tres administradores.

La netnografía es el concepto más adecuado para definir el método que se eligió para realizar la presente investigación porque, a diferencia de la etnografía virtual, que se refiere a “un método de aproximación parcial sin integración en el entorno virtual” (Casas *et al.*, 2014: 90), la netnografía permite acercarse a los procesos de relación que ocurren en las comunidades virtuales que existen en la red de redes. La netnografía es un método “cualitativo e interpretativo pensado de modo específico para investigar el comportamiento [...] en los entornos de las comunidades y culturas en uso en Internet” (Turpo, 2008: 85).

Precisamente con la intención de tener un acercamiento con ese entorno virtual, se buscó el diálogo directo formal e informal con los administradores de la página y se siguieron las líneas básicas de actuación de la netnografía (Turpo, 2008) que consisten en: 1) establecer relaciones con los integrantes de la comunidad; 2) estudiar el lenguaje, los símbolos y las normas del grupo para establecer una buena comunicación; 3) evitar la deshonestidad y el engaño, y finalmente 4) identificar a los distintos tipos de miembros de la comunidad.

La investigación se realizó en septiembre de 2020, cuando en México continuaba el confinamiento en las instituciones educativas, por lo que es importante mencionar que emplear la netnografía como metodología durante dicho periodo fue un ejercicio enriquecedor, porque confirmó que, ante la imposibilidad de realizar trabajos de campo, existe siempre la opción de hacer un esfuerzo para profundizar en realidades lejanas geográficamente que, sin embargo, gracias al uso de las TIC como herramientas de investigación, se acercan.

El aislamiento sin precedentes que nos tocó vivir durante la contingencia sanitaria, sin duda abrió para los investigadores la posibilidad de utilizar la tecnología como una herramienta de contacto, pero, en un sentido más amplio, se volvió también la oportunidad para establecer una relación virtual con los informantes, lo que puede ser un beneficio para la investigación porque permite cumplir con las ya mencionadas líneas básicas de la netnografía. Es muy importante señalar que, entre otras comunidades de migrantes en el extranjero, se eligió como objeto de análisis a una parte de la comunidad mexicana en Italia porque, durante el inicio de la pandemia, la atención de los medios de comunicación se centró en aquel país, que llegó a ser en un momento el más golpeado a nivel mundial y el impacto mediático de la información proveniente de Italia fue superior incluso al de China, país donde aparentemente tuvo su origen el virus SARS-CoV-2.

Un trabajo previo sobre los migrantes mexicanos en Italia, realizado en 2017, mostraba cómo dicha comunidad había creado en la red social Facebook un “gueto virtual” al que sólo entraban personas migrantes y no incluía ni a los parientes en el país de origen y mucho menos a personas originarias del país de destino (Castañeda y Baca, 2020). Coincidentemente, el primer contacto que proporcionó información entonces fue una de las personas que decidieron crear un nuevo espacio virtual, no solamente abierto, sino concretamente dirigido a los familiares en el país expulsor.

Es necesario contextualizar la situación migratoria de los mexicanos en Italia, que es muy diferente a la de, por ejemplo, los mexicanos en países más cercanos como Estados Unidos o Canadá. De acuerdo con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME, 2017), de los mexicanos que radican en Italia, 73% son mujeres y 27% hombres. La principal causa de migración es el matrimonio, y en ese caso, las mujeres (principalmente) llegan al país de destino a unirse a una nueva familia y sin una red social previa, dado que en México no hay una tradición migratoria que tenga que ver con la búsqueda de empleos en la península, como en cambio ocurre con otras comunidades latinoamericanas, como la ecuatoriana o la peruana, que, desde la década de los ochenta, comenzaron a llegar a Italia para dedicarse principalmente a trabajos de cuidados.

Según el Instituto Nacional de Estadística Italiano (ISTAT), citado en *TuttiItalia* (2020), hasta el 31 de diciembre de 2019 había en el territorio italiano 4,778 mexicanos registrados, que representaban 0.09% del total de

inmigrantes presentes en aquel país. De acuerdo con información oficial de los ayuntamientos de Italia, publicada en el sitio Comuni Italiani (2019) y proveniente del ISTAT, en el año 2016 México ocupaba el lugar 71 de 195 por el número de ciudadanos mexicanos que entonces habitaban regularmente en aquel país.

Con el antecedente del trabajo realizado en una página de Facebook en la que participa la mayoría de los migrantes mexicanos en Italia, se tomó la decisión de observar los contenidos de otra página de la misma red social, llamada “Noticias de mexicanos en Italia”, que fue creada el 29 de marzo de 2020 por tres mexicanos migrantes en aquel país, dos hombres y una mujer, que la definieron como un “sitio web de noticias y medios de comunicación”.

La página, hasta el 4 de mayo de 2020, fecha de su última publicación, tenía 769 “me gusta” y era seguida por 815 personas. Entre las recomendaciones de la página, aparecen algunas que la evaluaban favorablemente porque la hacían “mexicanos reales de primera mano” o porque era un “grupo genuino de mexicanos viviendo en Italia que aman los dos países” o bien porque “en verdad habla la gente que vive en Italia y sabe lo que está pasando”.

En esa página se realizó una investigación de corte cualitativo en la que, además de observar los contenidos publicados, se contactó a los tres administradores para hacer sendas entrevistas en profundidad. Se trató de *Carlos*, un chef profesional de 42 años que en 2020 había cumplido 30 años de vivir en la ciudad piamontesa de Cuneo; *Luis*, un periodista de 33 años establecido en Verona desde 2011, y *Karina*, una diseñadora de 35 años migrante en Bérgamo desde el año 2015, quienes con sus testimonios, recabados a través de grabaciones del sistema de mensajería WhatsApp, explicaron su iniciativa y permitieron conocer sus motivaciones para difundir entre sus familias en México sus propias experiencias y las de otros compatriotas migrantes.

Las entrevistas se realizaron en el año 2020, a seis meses de iniciado el confinamiento en Italia y cuando en México los académicos difícilmente podíamos salir a hacer trabajo de campo por prudencia y por acatar las medidas oficiales. Dichas entrevistas fueron semiestructuradas y se realizaron en la semana del 7 al 11 de septiembre, en dos sesiones de 30 minutos aproximadamente para cada informante. Antes de iniciar la entrevista y tras ser contactadas a través del sistema de mensajería Messenger de Facebook, las tres

personas dieron por escrito su autorización para publicar los datos obtenidos, que se transcribieron directamente.

LA IMPORTANCIA DE LAS TIC EN LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

La migración, potencialmente y en algunos casos, es en sí misma un hecho traumático que puede representar pérdida y abandono no solamente para quien se va, sino también para quien permanece en el lugar de origen. Sea cual sea el motivo de la migración, la decisión de iniciar un proyecto de ese tipo implica una separación en muchos casos permanente de la propia casa y puede representar para algunas personas un trauma, en mayor o menor medida. Se deja atrás un contexto social, cultural y familiar y hacerlo afecta irremediablemente a quien se va y a quien se queda.

Las TIC, particularmente los dispositivos electrónicos que permiten el acceso a internet, han cobrado una importancia fundamental en la vida de las personas migrantes porque al permitir la comunicación con el lugar de destino, aminoran la sensación de pérdida que acompaña al proceso migratorio, que en sí mismo representa un duelo en mayor o menor medida. Estas tecnologías, según Parella (2007), permiten formas de relaciones sociales que hacen que las personas migrantes mantengan sus nexos familiares, porque el contacto permanente les ayuda a tomar decisiones y tratar temas como la educación de los hijos, la gestión de los ingresos, etcétera. En el caso específico de las personas migrantes mexicanas en Italia, es importante considerar que las TIC sirven más bien como un estímulo emocional que como un medio relacionado con la vida práctica o los arreglos económicos. Al menos eso es lo que arrojó una investigación previa (Castañeda y Baca, 2020), en la que fue posible observar que

el contacto con la familia en el país de origen los ayuda a mantener un lazo que, aunque virtual, les da una estabilidad emocional. En este sentido, es claro que la comunicación permanente a través de los dispositivos electrónicos contribuye a aminorar los agentes de estrés que implica la experiencia migratoria, que incluyen factores como las barreras del lenguaje y los problemas de comunicación, los estresores del ambiente relacionados con cambios socioculturales o la pérdida del apoyo social y familiar.

La migración tiene consecuencias psicológicas y emocionales muy importantes para las personas. Las TIC ayudan a sobrellevar el duelo causado por la separación y a “mantener más fluidos los círculos afectivos y relativizar la ruptura nostálgica causada por la lejanía” (Melella, 2016).

Los dispositivos electrónicos, con todas las posibilidades de conexión que ofrecen, permiten realizar artificialmente determinadas acciones para mitigar el duelo y la nostalgia. Gracias a la conexión constante, los migrantes tienen la sensación no sólo de que el mundo es más pequeño y su patria está más cerca, sino de que pueden estar en cualquier lugar y en cualquier momento.

Ser migrante y usar internet para comunicarse, es una fórmula exitosa e indisoluble en los lugares donde la brecha digital se ha cerrado o está en vías de cerrarse. “Estar sin estar” en la tierra de origen puede considerarse una de las aspiraciones de quienes migran y pueden comunicarse con su familia en el país expulsor, porque da pie a conservar el equilibrio emocional, pero también mantiene la estabilidad de muchas familias transnacionales (Peñaranda, 2010).

Al tener contacto continuo ya no a través de mensajes escritos que llegan con lentitud y se responden de la misma forma, y tampoco esporádicamente mediante alguna llamada telefónica, sino usando el teléfono inteligente para comunicarse y tener una retroalimentación muchas veces en tiempo real, las personas migrantes se hacen de una capacidad para “vivir de manera simultánea entre un lugar y otro”, lo que da origen a “ser y hacer familia en/a pesar de la distancia y de la mano de las TIC” (Peñaranda, 2010).

Diminescu (2011) habla del “migrante conectado” y señala que los dispositivos electrónicos han cambiado sustancialmente los modos de migrar tradicionales, que en algunas ocasiones representaban para quien migraba la pérdida del lazo con el país de origen, así como de sus redes sociales y familiares, sobre todo en el caso de migraciones a lugares geográficamente más lejanos. La investigadora sostiene que las TIC permiten que el desarraigo se vuelva conexión y fomentan un contacto diario que contribuye a mantener los lazos y hace posible que se construyan redes transnacionales.

En el caso que nos ocupa, usar la tecnología va más allá del mero intercambio de información cotidiano, porque tiene que ver concretamente con la respuesta a una emergencia, cuando algunas personas migrantes decidieron emplear los medios a su alcance para tratar de aminorar su propia aprensión, causada por la incertidumbre que les generaba la manera en que la familia y los amigos en el lugar de origen enfrentarían la pandemia, sobre todo de frente a

un flujo de información no siempre atendible que se daba precisamente a través de internet.

Para Solé y Parella (2006), “la emigración implica la separación física del núcleo familiar, pero no necesariamente supone la ruptura de las relaciones familiares de dependencia, ni mucho menos las afectivas”. En este sentido, el empleo de las TIC da pie a una especie de omnipresencia, o al menos a una sensación parecida. De alguna manera, crear una página dedicada a informar acerca de la situación que se vivía en Italia, representaba para las personas migrantes una manera de “estar sin estar” en su lugar de origen, dado que, a medida que existe una comunicación constante, se rebasan los viejos paradigmas comunicacionales que hacían énfasis en elementos como el aquí, el ahora y el cara a cara, para dar paso a interacciones que “alteran límites territoriales y temporales”, lo que marca una disminución de “las distancias y las separaciones dolorosas de la migración” (Rodríguez, 2011).

LA PANDEMIA COVID-19, LA INFODEMIA Y LOS FLUJOS DE INFORMACIÓN ITALIA-MÉXICO

La hiperconexión a través de dispositivos electrónicos influye en una nueva forma de relación entre las personas migrantes y sus familias. En nuestro caso de estudio, es posible observar el modo en que la tecnología fue empleada como medio de información durante la primera ola de la pandemia generada por la proliferación de la enfermedad por Covid-19.

La importancia de observar el comportamiento de algunos migrantes mexicanos en Italia durante la pandemia radica en la gravedad y el número de casos que dicho país europeo tuvo al inicio de la emergencia sanitaria, situación que lo convirtió en foco de atención mediática mundial, después de China, en la primera ola de la pandemia. Aunque el 24 de enero de 2020 Francia fue el primer país de la Unión Europea en reportar los primeros tres casos de Covid-19, Italia resultó ser la nación del viejo continente más golpeada por la enfermedad.

Las medidas tomadas por las autoridades italianas fueron muy estrictas. Destaca, por ejemplo, que el 8 de marzo de 2020 el gobierno italiano decretó el primer confinamiento en Europa, la suspensión de todas las actividades económicas e impuso medidas muy severas de cuarentena a los cerca de 16

millones de habitantes de la región de Lombardía y otras 14 áreas del norte de Italia.

Dos días después, tales medidas se extendieron a todo el territorio, que fue declarado “zona de seguridad”. Se ordenó a todas las personas permanecer en su casa, salvo si tenían que salir por motivos válidos de trabajo o familiares. El 12 de marzo se cerraron todos los negocios, excepto las farmacias y los locales de venta de alimentos. Fue precisamente en el periodo de estricto confinamiento cuando algunos migrantes mexicanos empezaron a organizarse, utilizando internet para advertir a sus familiares en México sobre la gravedad de la situación.

El modo en que se vivió la primera ola de la pandemia en Italia, aunque esencialmente fue el mismo que en todo el mundo, tuvo sus propias características, por ejemplo, la aplicación de pruebas entre la población. Para el mes de abril, Italia se encontraba en el octavo lugar a nivel mundial por el número de pruebas realizadas entre el total de sus habitantes. El país europeo enfrentó la situación atendiendo sus propias circunstancias y, en este sentido, es fundamental mencionar la paradoja evidente de la epidemia que ha sido, valga la expresión, el más local de los fenómenos globales, dado que el contexto social, cultural y político de cada nación ha sido determinante para enfrentar de modo único una situación que aparentemente es la misma en todos los lugares donde se ha presentado.

Sin embargo, un factor común es la aprensión con la que los seres humanos enfrentamos la presencia de un virus cuyos efectos fueron devastadores, no solamente en términos sanitarios sino también en el ámbito económico. Esto sin contar con la posibilidad que nos dieron los medios de comunicación, los tradicionales y los “nuevos”, de conocer más sobre lo que ocurría no solamente en el propio entorno, sino mucho más allá. El desorden informativo prevaleció, y así, la enfermedad no sólo desencadenó una pandemia “que puso en peligro los sistemas sociales, económicos y sanitarios a nivel global, sino también una infodemia donde proliferan las informaciones falsas, los bulos y las noticias sesgadas” (García, 2020).

El término infodemia se origina en una combinación entre los conceptos “epidemia” e “información” y se refiere al “exceso de información (veraz o no) que dificulta que las personas accedan a aquella proveniente de fuentes fiables y obtengan orientaciones válidas en momentos en que se hace más necesario para la toma de decisiones” (García-Saisó *et al.*, 2021).

Desde el inicio de la propagación del virus ocurrió una situación directamente relacionada con la gestión y difusión de la información. En efecto, desde el principio hubo una fuerte necesidad de conocer las características de la enfermedad, las formas en que ésta se esparce y los modos de combatirla; sin embargo, también se evidenció una tendencia de las personas a reproducir información que no se basa en el conocimiento científico o bien que lo malinterpreta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) explica la infodemia como una rápida difusión de rumores, chismes e información poco confiable que se propaga instantáneamente a nivel internacional por medio del uso popular de los teléfonos móviles, las redes sociales, internet y otras tecnologías de comunicación.

En una infodemia, explica la OMS, abundan los “expertos” que fundamentan sus publicaciones en información tomada de la red, que exponen además puntos de vista muy diferentes y en muchas ocasiones contradictorios, que pueden hacer que los receptores de esos mensajes se sientan confusos, ansiosos e incluso con pánico, particularmente cuando están ante brotes infecciosos graves. La publicación de esa información, que es falsa o engañosa, puede causar un rechazo generalizado a adoptar las medidas sanitarias recomendadas por las autoridades, lo que puede reflejarse en una falta de efectividad de tales acciones.

Benavent *et al.* (2020) mencionan que la sobreabundancia de información ha provocado que no haya recursos fidedignos o guías confiables; además, señalan que en la infodemia que se desató prácticamente al mismo tiempo que la pandemia, la información frecuentemente era falsa y se difundía con rapidez. Dicho exceso de información obstaculizaba las medidas de contención del brote, propagaba el pánico, creaba confusión de forma innecesaria y generaba división en un momento en el que era necesario ser solidarios y colaborar para salvar vidas, con objeto de poner fin a la crisis sanitaria (Benavent *et al.*, 2020). Así, la necesidad de saber más sobre la situación se vio en ocasiones rebasada por un ritmo acelerado de generación de datos, muchas veces erróneos, que contribuyeron a un manejo equivocado de la pandemia.

El acceso a internet en el caso de la emergencia sanitaria por Covid-19, pudo ser una forma de contar con una fuente de información acertada o una herramienta de orientación, lo mismo que un apoyo emocional que daba alivio, fortaleza y una sensación de cercanía al mantener contacto continuo durante el

confinamiento, sobre todo en casos específicos como el de las personas migrantes y sus familias, pero también se convirtió en un motivo de tensión y estrés por el manejo inadecuado de la información.

El término infodemia hace referencia principalmente a la información que circula primero a través de los medios de comunicación tradicionales, como la radio y la televisión, que después se reproduce en las redes sociales. Gaitán (2020) habla, respecto al caso de la pandemia del año 2020, de una “escalada informativa sin precedentes” en la cual “[...] no había tiempo para procesar la información” y que “tiene que ver con varios factores que se podrían relacionar con el desconocimiento de los alcances de una pandemia mundial de la envergadura del Covid-19, la falta de información científica y la falta de datos fidedignos, entre otros factores”.

INFORMAR EN FACEBOOK PARA COMBATIR LA INFODEMIA

El exceso de información errada (infodemia), hizo pensar a algunos integrantes de la comunidad de mexicanos en Italia que se reúne en una página de Facebook, que era necesario contrarrestar los probables efectos negativos y tratar de proporcionar información práctica que pudiera servir para prevenir las posibles consecuencias de la propagación del virus, esto con base en la experiencia propia y no en referencias científicas, con la intención, además, de que la familia en el lugar de origen se diera cuenta de que la pandemia era una realidad.

De alguna forma, ese grupo de mexicanos en el exterior hizo un intento por mostrar la situación que se vivía en la península, mientras que

Twitter, Instagram, Facebook, Whatsapp y algunas otras vías de comunicación utilizadas por los cibernautas, se incendiaban con información de todo tipo. Miles de noticias de fuentes sospechosas, mezcladas con aquellas otras que surgían de la percepción propia de las personas, sobreinformaban mal a cada momento. Una gran cantidad de esa información era percibida por los usuarios de maneras distintas (Gaitán, 2020: 348).

La sobreinformación representó para los migrantes, que además se encontraban en ese momento en un confinamiento muy estricto y forzado, un motivo más de aprensión, y así, mientras más causas de preocupación encontraban en su entorno, más necesidad sentían de advertir, aun a la

distancia, sobre la seriedad del asunto. Gaitán (2020) menciona algunos de los argumentos más comunes respecto a la pandemia que circulaban en internet y que la relacionaban

con la mística, con preceptos de la nueva era, con la política internacional, con los efectos de la economía globalizante, con un genocidio encubierto, con limpieza planetaria, con la justicia divina o con el castigo terrenal, entre otros tantos títulos. Cientos de videos falsos se volvieron virales por las redes, descubriendo más tarde que se trataba de las famosas *fake news*, o información falsa, en épocas de pandemia (Gaitán, 2020: 348).

La infodemia, que representa en sí misma una amenaza importante a la vida de las personas, es un “virus informativo anómalo y destructor” que ataca al entorno y puede provocar males insospechados (Gaitán, 2020).

En el caso específico de las personas migrantes que viven en Italia, la infodemia despertó la inquietud por iniciar un proceso de emisión de información basado en la propia experiencia y no en evidencia científica, desde el país de destino y hacia el país de origen.

La página de Facebook llamada “Noticias de mexicanos en Italia”, se abrió el 28 de marzo de 2020 por iniciativa de tres migrantes mexicanos que radican en aquel país: *Carlos*, un chef profesional que radica en Cuneo; *Luis*, un periodista que vive en Verona, y *Karina*, una diseñadora que habita en Bérgamo. Los tres migrantes se conocieron gracias a otra página de Facebook que reúne a una buena parte de las personas de origen mexicano que radican en Italia, y aunque tienen una interacción virtual constante, habitan en tres regiones diferentes del país (Piamonte, Véneto y Lombardía, respectivamente) e incluso dos de ellos nunca se han visto personalmente, situación que confirma la posibilidad que la conexión a internet da a los migrantes de ampliar sus redes e interactuar con compatriotas que viven en el mismo país receptor.

A partir de un relativo regreso a la normalidad en Italia, que representó al menos el final de la primera ola de la pandemia y un retorno a las actividades normales de las personas que se encargaban de realizar los contenidos, la página entró en un receso que, de acuerdo con los administradores, probablemente terminaría cuando fuera posible trabajar para informar a los paisanos en México no solamente sobre el Covid-19, sino sobre otros temas que interesen a los habitantes de ambos países. Sin embargo, una segunda ola inició en octubre de 2020 y las publicaciones no se reanudaron.

Carlos explica que el mencionado espacio en Facebook tuvo su origen después de la difusión de un video publicado en YouTube y otras redes sociales, en el que un mexicano no identificado hacía un recorrido por algunos hospitales italianos y hablaba de que los casos de coronavirus SARS-CoV-2 no eran tan graves como se pretendía mostrar en los medios, e incluso decía que el virus era una invención.

Nacimos nosotros de pura *chiripa* y por un encabronamiento mío. Que no se difundan noticias equivocadas donde se diga que el virus es inventado, que no existe [...] y que de esto no se muere. La página está abierta para todo aquel que *quiera hacer tesoro* de lo que vivimos. Nuestras familias promueven la página y también los amigos. Queremos que sea como una contaminación buena. El primo de una amiga vive en Italia y le dijo a mi amiga que está pasando esto [...].

Los mexicanos en Italia crearon la página con toda la intención de explicar a sus familias en el lugar de origen lo que estaba ocurriendo con el virus, a sabiendas de que, en algún momento, en México se llegaría a vivir una situación semejante. Karina explica:

Aquí en Bérgamo fue el mero corazón de la pandemia y mi primer instinto, mi primera reacción fue avisar, compartirles lo que se estaba viviendo acá, y en grupos abiertos hice videos y *en vivos*, obviamente dirigidos a México, donde yo compartía cómo se vivía la situación y justo por todo esto, porque no solo yo, sino muchos mexicanos y mexicanas que estábamos acá, estábamos preocupados por nuestros amigos allá, pensé: ¿cómo podemos evitar que les pase todo esto a nuestras familias, más aún en la distancia? Así surgió la página, para compartir y prevenir, lograr que se evitara cometer los mismos errores que se cometieron acá y que creo que todavía se podrían corregir.

En su información básica, la página explica que se trata de un espacio

creado por los mexicanos residentes en Italia para aquellos mexicanos que se encuentran fuera de este país, con el fin de informar los acontecimientos reales, alejados del amarillismo y concretos, contados a través de nuestras propias experiencias (página de Facebook Noticias de mexicanos en Italia, 2020).

Las reglas para participar en el grupo se especifican claramente (Noticias de mexicanos en Italia, página de Facebook, 2020):

- No temas políticos.
- No amarillismo.
- No religión.
- No *fake news*.
- No se permitirá ofrecer servicios, productos o marcas.
- No se permitirá utilizar palabras altisonantes.
- No se permitirá ofender a todo aquel que participe en esta página.
- Se respetará la opinión de cada uno de los participantes.
- Si alguno rompe alguna de estas reglas, los administradores tendrán todo derecho de quitar el post que haya generado algún conflicto.

Las reglas, de acuerdo con *Luis*, fueron establecidas para evitar que la página se convirtiera “más en un circo que en una pequeña ayuda que nosotros queríamos mandar a México”, y por lo mismo, muchas propuestas de contenido fueron rechazadas, porque algunas personas quisieron aprovechar el espacio virtual para hacer desde publicidad para sus negocios hasta propaganda política. A pesar de esos detalles, con la contribución de otros migrantes fue posible crear lo que el entrevistado llamó “un círculo de noticias” que ellos consideraban verdaderas, y que en todo momento trataron de corroborar en la medida de lo posible, para evitar cualquier información que se alejara de la realidad o fuera engañosa.

En esta iniciativa se vislumbra el intento de iniciar un intercambio de información que puede considerarse “transnacional” porque, de entrada, involucra a habitantes de dos naciones con la intención de mostrar, del modo que estuvo a su alcance, los hechos que ocurrían en una de ellas.

La página tuvo su primera publicación el 29 de marzo de 2020. Es un video que dura poco más de diez minutos, etiquetado con los *hashtag* #Méxicoestásatiempo y #Quédateencasa, en el que participaron ocho migrantes de origen mexicano que viven en diversas regiones de Italia. El promedio de edad de quienes decidieron dar su testimonio era de 43 años, el menor de ellos de 25 años y la mayor de 64. Aunque no todos especificaron cuánto tiempo tenían de haber migrado, entre los que sí lo aclaran, la más veterana tenía 30 años en la península y el más reciente, ocho.

En la publicación se muestran testimonios que advierten sobre la gravedad de la pandemia. Las personas migrantes, dos hombres y seis mujeres, hablan, en algunos casos empleando términos en *itañol*, sobre contagios y fallecimientos

de amistades, parientes políticos o vecinos (Noticias de mexicanos en Italia, página de Facebook, 2020).

Se escuchan sirenas, se oyen helicópteros, se escucha y se siente en el aire el sufrimiento de las personas, explica una de las migrantes que participan en el video, mientras que otra dice que quiere dar su testimonio para que nuestro pueblo mexicano tome conciencia de esta enfermedad que está golpeando a todo el mundo.

Sólo quiero hacer un *appello* (llamado) a mis compatriotas mexicanos, para que tomen en serio esta epidemia que está llegando. Nosotros la estamos viviendo en carne propia [...], apunta otra.

Con el corazón en la mano hacerles conciencia de que el problema del coronavirus es real. Desgraciadamente al inicio de todo esto yo tampoco creí. Pensé que era una estrategia del gobierno [...] pero ahora que empecé a perder amistades, cuando las personas empiezan a tener un rostro, ya tienen un nombre, ahí me di cuenta de que el problema es muy serio.

Nos sentimos con obligación moral de tratar de hacer conciencia a nuestros hermanos mexicanos. Esto no es un juego. Yo les pido tomen conciencia, no es un juego, no es una estrategia, no es un virus inventado, es una realidad, son las frases más significativas de la publicación de Facebook.

Los quiero invitar a que escuchen nuestras advertencias. Tenemos muchos muertos, hay muchísima gente infectada. Por favor, México, escucha a los que estamos fuera de nuestra patria y que estamos viviendo todo esto. Paisanos: en México aún están a tiempo.

Cuando se hace referencia a una “comunicación transnacional” que implica, por supuesto, un intercambio de datos que ocurre entre ambas naciones, es prudente aclarar que, en este caso, al hablar de interacción se debe tomar en cuenta que en Facebook hasta una “reacción” hacia el contenido es una retroalimentación. En el caso de ese primer acercamiento con la comunidad, el video fue visto 1,100 veces y tuvo 25 “me gusta” y siete “me encanta”.

Sin embargo, vale la pena señalar que las estadísticas de la página pueden mostrar un resultado inferior a la realidad, porque el contenido que se ve en Facebook puede también compartirse, por ejemplo, en el sistema de comunicación WhatsApp, que es un medio de difusión mucho más efectivo por el número de personas que pueden acceder a él, pero es también mucho menos fácil de contabilizar en cuanto a sus alcances.

En la página “Noticias de Mexicanos en Italia” hay 13 videos publicados, y de ellos, el que más visualizaciones tuvo fue compartido el 31 de marzo. En éste

aparece Diana Bedolla, una mexicana que habita en la región del noreste, Friuli Venecia Julia, quien en poco más de dos minutos explica el drama de una pareja de ancianos que se infectó de coronavirus. Él falleció y su esposa ni siquiera pudo despedirlo, mucho menos sus hijos, porque todos estaban en cuarentena.

El video es para alertarlos de lo que puede suceder en México, todavía están *en tiempo* [...] Yo puedo entender que existan situaciones de economía familiar, pero intenta que tus movimientos fuera de casa sean los mínimos [...] Sólo juntos podemos evitar que el sistema sanitario en México se colapse.

Nuevamente queda clara la intención de los migrantes de generar, a través de sus testimonios, la conciencia necesaria para evitar un desastre sanitario que ellos mismos estaban viviendo. Sin embargo, hay que aclarar que, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los administradores, todo indica que, en algún momento, se corrió el riesgo de que los contenidos que tenían una intención informativa exclusivamente relacionada con la pandemia, tomaran un rumbo político que no deseaban. La comunidad mexicana, explica *Luis*, “no ve bien lo que está haciendo el presidente de México. Con los números de allá se nota que todo lo que hicimos no sirvió”.

Evidentemente, los mexicanos en Italia consumen información sobre su país de origen y se mantuvieron al tanto del desarrollo de la pandemia en su tierra. Todo parece indicar que parte del “estar sin estar” tiene que ver también con saber lo que ocurre en el terruño en cuanto a política. Así, *Luis* deja muy clara su postura respecto al manejo de la pandemia por parte de las autoridades mexicanas:

No ayuda el hecho de que quien encabeza un país diga lo contrario, que hable de que hay que besarse y abrazarse, porque fomenta que las personas, si tenían dudas, escuchándolo se convenzan de que es algo inventado. No ayuda a contrarrestar la propagación del virus si no se hace lo más simple, que es ponerse un cubrebocas, lavarse las manos y mantener la distancia.

Sin embargo, la visión del administrador de la página de Facebook no se evidencia en ninguno de los contenidos que ahí se compartieron, porque los tres organizadores acordaron no publicar información o comentarios que tengan tintes políticos y cerraron la posibilidad de publicar información proveniente de México.

Sería complicado por las cosas que está diciendo el presidente mexicano, porque la suya es una política populachera que no está bien. Se salió de contexto el presidente. Por eso preferimos que en México vean sólo nuestras cosas. Cada país tiene su ideología y aunque la cosa es sanitaria, la forma en que cada gobierno la maneja es meramente política, no hay otra manera de manejarlo si no es conforme a la ideología política. Hay dos posturas diferentes en México y en Italia. Por la diferencia abismal, no se puede confrontar ni unir las informaciones de ambos países, porque en el momento que entre información de México tendríamos que evitar esa ideología política. Sería bueno pedir información personal, cómo la viven los mexicanos, las dificultades en que se encuentran, pero hasta ahora no hemos buscado administradores de la página que estén allá.

Carlos, por su parte, señala también que la política es un tema que no se tocó en las publicaciones de la página porque, desde su punto de vista, los paisanos en México siempre tendrán más confianza en un ciudadano normal.

A como veo las cosas, la gente *se fía* más de lo que ve que de lo que le dice el gobierno, sea el PRI, o Morena o el patito feo. Si hay un ejemplo verídico de lo que está pasando *me fío* más. Nosotros no nos basamos en movimientos políticos, y por eso presentamos datos de Italia como ejemplo, porque no queremos afiliarnos a propagandas políticas.

En este sentido, cuenta que *Luis* tuvo algunos reclamos por el primer video publicado, pues aún sin tener tintes políticos, algunas personas lo contactaron en privado para decirle que, seguramente, alguien les estaba pagando para fomentar el miedo.

Así, el flujo de información entre origen y destino no se dio abiertamente en ambos sentidos y por motivos políticos se limitó a interacciones en las que quienes emitieron los mensajes fueron exclusivamente las personas migrantes y los receptores solamente aprobaban con las reacciones que Facebook permite demostrar, y se alimentaban de información, pero sin que hubiera entre ellos un intercambio directo y constante de datos que pudieran permitir un diálogo transnacional.

Como ejercicio, la creación de la página (cuya última publicación se realizó el 14 de mayo de 2020) y la producción de contenidos fue muy bueno, dice *Karina*, quien relata:

La página mostraba principalmente los testimonios de los mexicanos en Italia. Nos llegaron a contactar incluso para noticieros y por ahí de marzo y abril estuve mandando videos para el noticiero *Milenio*. Lo bueno de este ejercicio fue que logramos esa confiabilidad, esa seriedad, y yo espero que de verdad haya ayudado, sobre todo, aunque suene egoísta, a nuestras personas más cercanas. Y sin entrar en temas políticos, es cierto que estamos en realidades muy diferentes. Aquí tampoco es que vivimos en una comodidad económica ni estamos en una seguridad muy grande desde ese punto de vista, pero si en Italia se logró mantener un equilibrio fue porque el gobierno supo que tenía que ayudar económicamente a las empresas y a las personas y así lo hizo.

Las publicaciones de la página fueron un ejercicio de difusión de información en el que la red social Facebook pretendió ser utilizada como un apoyo emocional, lo cual queda en evidencia desde el momento en que, a falta del contacto físico con los familiares y amigos en el país de origen, los organizadores de la página, apoyados por otros integrantes de la comunidad mexicana en Italia, decidieron hacer llegar su experiencia en un momento histórico en el que la angustia colectiva les hizo pensar en lo que podría ocurrir en su país de origen, aparentemente menos preparado para vivir una contingencia sanitaria de la envergadura de la propagación de la enfermedad por Covid-19.

Los contenidos de la página fueron vistos por varias personas, y aunque el número no es significativo respecto a la población mexicana (y además no es posible saber si quienes reprodujeron los videos estaban en México), podría ser un indicador de que, probablemente, al menos las familias y amistades de los migrantes vieron los videos publicados, lo que no es suficiente para afirmar que los mensajes cumplieron cabalmente con el objetivo de combatir la infodemia, además de que los contenidos se limitaron a mostrar experiencias personales y no a difundir información científica o testimonios de especialistas en epidemiología.

Quizá, en todo caso, sería importante considerar lo declarado por *Karina* respecto a que ella envió material en video al canal de televisión del diario *Milenio*, que fue transmitido sobre todo en los momentos en que la situación en la península era más grave. Tal vez esos videos fueron más vistos que los publicados en la página de Facebook, y probablemente resultaron más funcionales para combatir, siempre con vivencias personales, la propagación de información errónea.

Es necesario insistir en que el alcance real de los contenidos publicados no queda claro, pues a pesar de que aparentemente miles de personas tuvieron acceso a éstos, a menos que se pudiera encuestar o entrevistar a los receptores, no hay forma de saber qué tanto tomaron en cuenta las advertencias de sus paisanos que radican en Italia, aunque esto podría ser motivo de otra investigación.

Lo que queda claro, con base en lo declarado por los administradores de la página, es que no ha habido en ella intercambios de información en ambos sentidos, y que, principalmente para evitar confrontaciones por motivos políticos, no se ha tomado en cuenta ninguna publicación proveniente de México, lo que hizo que la página quedara como un esfuerzo por difundir información en un solo sentido, incluso verticalmente, pero sin considerar la posibilidad de intercambiar, interactuar, discutir y mantener un flujo constante y circular, elementos que podrían ser considerados característicos de una comunidad virtual transnacional.

En términos estrictos, no ocurrieron intercambios de información. Se trató, más bien, de contenidos puestos en la red sin intención de mantener una retroalimentación y más bien quedaron como consejos o advertencias unilaterales de quienes ya habían pasado por la experiencia de observar contagios masivos y fallecimientos, pero en realidad no se puede hablar de que con esa información más bien empírica hayan contrarrestado la infodemia, porque además de que no se publicó información de fuentes científicas confiables, tampoco hubo apertura para responder dudas y aclarar situaciones, lo que quizá habría ocurrido si en lugar de videos grabados se hubieran hecho transmisiones en vivo en la misma página o se organizaran reuniones en plataformas como Zoom.

Otra de las causas puede ser el hecho de que en la página quedaron expuestos solamente mensajes y experiencias personales y no información de fondo o explicaciones científicas. Además, aunque emotivos, los mensajes no permitían una verdadera interacción con los receptores y probablemente ese fue un factor que impidió la circulación exitosa de la información.

La investigación permitió advertir que el momento de la cuarentena en Italia representó para las personas migrantes la posibilidad de dedicar su tiempo y esfuerzo a producir contenidos bien pensados y editados, lo que denota especial dedicación, posiblemente resultado de una fuerte aprensión por lo que ocurría en su entorno y lo que podría suceder en su país de origen, y

aunque hacerlo no resulta privativo de la comunidad migrante, en el caso concreto de los mexicanos en Italia sí fue un hecho destacable que hayan comenzado a comunicarse públicamente con sus familiares y amigos que viven el país de origen.

Se puede afirmar, con base en la investigación realizada, que la pandemia abrió una posibilidad para establecer una comunicación más abierta entre el país expulsor y el receptor, pero el intento fue muy limitado y sería aventurado, por el momento, decir que través del intercambio de información sea posible la formación de una comunidad transnacional virtual sólida y duradera.

Conforme la pandemia fue avanzando se hizo más necesario aprovechar los medios de comunicación y las redes sociales para que los conocimientos sobre la enfermedad se hicieran llegar a la población y para permitir el libre intercambio de información sobre investigaciones, protocolos y directrices entre especialistas de todo el mundo y en tiempo real (Benavent *et al.*, 2020), sin embargo, en el caso que nos ocupa, la página analizada dejó de estar activa desde mayo de 2020, y aunque durante las entrevistas sus administradores abrieron la posibilidad de reiniciar las publicaciones quizá incluso tocando otros temas, para el año 2022 eso no había ocurrido, posiblemente porque implicaba para los responsables dedicar a la actividad un tiempo del que no disponían.

La pandemia fue un detonante para el uso de internet en muchos ámbitos. Lo que al inicio del año 2020 parecía lejano, una especie de “vida digital” en la que muchos asuntos se puedan resolver en línea es ya prácticamente una realidad. El uso de los artefactos electrónicos y la hiperconexión entre las personas migrantes, al parecer se han confirmado como prácticas necesarias y útiles.

La nostalgia por el terruño, que muy probablemente desde el encierro forzado, la enfermedad y la lejanía se multiplicó, tuvo un paliativo gracias a internet, y posiblemente la sensación de realizar una labor útil al advertir a familiares y amigos sobre la gravedad de la pandemia, fue un aliciente en momentos complicados para quienes, desde lejos, no pudieron sino hacer un esfuerzo por vivir con la mayor serenidad posible uno de los episodios más desconcertantes de la historia moderna.

Será el tiempo el factor determinante para saber si, en el caso concreto de una comunidad migrante tan lejana en términos geográficos, la pandemia representó o no la posibilidad de establecer una comunidad transnacional

virtual, aunque todo apunta a demostrar que, dos años después, no se retomaron las acciones comunicativas y aunque la página todavía está disponible, no volvió a publicarse nada en ella.

Es evidente que actualmente, gracias a la presencia de las TIC, las personas que están lejos de su lugar de origen creen firmemente en una hasta antes inimaginable omnipresencia y, además, con las herramientas tecnológicas que tienen al alcance de la mano, pueden hacer partícipes a sus paisanos de su nueva realidad e incluso pueden compartir con ellos, casi sensorialmente, lo que viven estando en tierras lejanas.

Los dispositivos electrónicos empleados en contextos migratorios permiten contraer espacios y tiempos en la comunicación, hasta ilusionarnos con participar en tiempo real en cada acontecimiento (Moriggi y Nicoletti, 2009: 109). La hiperconexión que facilita la tecnología ayuda a mantener un “sentido de pertenencia a la comunidad de origen, sobre la cual se informan y con la que se relacionan directamente a través de sitios *web*, *chats*, comunidades y redes sociales virtuales, y en ocasiones, usando esos mismos medios, están conectadas con otros migrantes que también viven en el lugar de destino” (Castañeda, 2019).

El ejercicio de difusión de información sobre la pandemia de parte de las personas migrantes en Italia hacia sus comunidades de origen en México, quedó interrumpido sin aparentes razones. La página pudo crecer y la información seguir circulando, sin embargo, no queda claro el motivo por el cual esa posible comunicación transnacional fue un intento fallido, a pesar de que sus organizadores aseguraron que la retomarían. Por otra parte, cabe mencionar que se ha dado seguimiento a la página de Facebook de Migrantes mexicanos en Italia y en ésta tampoco se publicó mucha información sobre la pandemia, como si la contingencia no hubiera sucedido o como si existiera un acuerdo tácito en la comunidad para no hablar del asunto.

El tema de las vacunas, las controversias sobre quienes rechazaron la exigencia del gobierno italiano de estar vacunados contra la Covid-19 para tener acceso incluso al lugar de trabajo y el cierre de las fronteras de la península que se prolongó más tiempo que en otros países de Europa, no fue materia de publicaciones en la página “Noticias de mexicanos en Italia”, y solamente en la página de Facebook que dedican a las interacciones de migrantes se mencionaron continuamente las disposiciones del gobierno italiano para cerrar la fronteras a ciudadanos provenientes de países de fuera

de la Unión Europea, entre ellos México, medida que se prolongó hasta el año 2022.

Sin duda, observar a través de trabajos netnográficos a esta y otras comunidades virtuales de migrantes y sus reacciones y modos de organización ante la pandemia y otras situaciones, es un tema que se requiere explorar y sobre el cual se hace necesario reflexionar, pues seguramente es un área muy vasta y las actuales circunstancias permiten adentrarse en ella en futuras investigaciones.

RESULTADOS

Después de realizar la investigación, es necesario decir que hay respuesta para las dos preguntas planteadas, pero es importante reconocer que no es posible saber si fue exitoso el intento de los migrantes mexicanos en Italia de advertir a sus familiares y amigos en México sobre las medidas preventivas para contrarrestar el peligro de propagación de la enfermedad por Covid-19, porque no se puede medir el éxito o fracaso de tales acciones, y porque además, obviamente, los poco más de 700 “me gusta” que obtuvo la página, no son suficiente sustento para mostrar la efectividad de la advertencia.

Por otra parte, es evidente que no ocurrieron en toda forma los intercambios de información en ambos sentidos (Italia-México y viceversa) porque, como explicaron los mismos administradores, para evitar confrontaciones causadas por posiciones políticas la interacción con los receptores de los mensajes se limitó a las reacciones que se pueden demostrar en Facebook y a los comentarios, y no hubo apertura para la colaboración de alguna persona que desde México también administrara la página. De esta manera, al no haber publicaciones generadas por los mexicanos que viven en el país expulsor, no puede hablarse de un diálogo transnacional en toda forma.

Una de las reflexiones posteriores a la investigación es que, precisamente en un momento de encierro en que los migrantes vieron limitada su libertad de tránsito por las drásticas medidas adoptadas por el gobierno italiano durante la pandemia, pudieron hacerse presentes en su país de origen y tal vez llegar a un número hasta antes insospechado de paisanos que en México pudieron recibir sus advertencias. Sin embargo, posiblemente el contar con menos tiempo libre para dedicarse a crear contenidos, hizo que la página suspendiera sus actividades.

Es importante reiterar que, hasta antes de la pandemia, no había existido entre ese grupo específico de migrantes mexicanos en Italia una iniciativa similar que oficialmente publicara información dirigida a sus familiares y amigos en el país expulsor. En un trabajo previo fue posible observar que la citada comunidad había funcionado en la red como un grupo cerrado, limitado y reservado solamente a migrantes de origen mexicano que viven en aquel país, e incluso se pudo observar la existencia de una especie de “gueto virtual” que

fomenta una segregación voluntaria y permite una catarsis en la cual los miembros del grupo expresan sus inconformidades y patentizan el choque cultural que para ellos representa el cambio de lugar de residencia y la consecuente ruptura con la familia de origen, aunque, gracias al uso de internet, ésta no ha sido plenamente concluida (Castañeda y Baca, 2020).

Aunque los integrantes de esa comunidad mantienen un contacto directo y personal con sus comunidades de origen, la página creada a propósito de la pandemia fue un primer intento por abrir un canal de información pública y colectiva con el país expulsor, muy diferente a los originales contactos personales cotidianos.

En este sentido, es importante observar cómo los mexicanos en Italia pudieron “estar sin estar” por un momento en su país, y demostraron su anhelo de hacerse presentes para advertir sobre un peligro inminente que sólo podían ejemplificar a través de su propia vivencia, de la angustia que representó para ellos el desarrollo de una pandemia que en su país de acogida tuvo consecuencias graves antes que en México.

Otros hechos observados al analizar la página de Facebook es que sus administradores establecieron sus propias reglas para definir el tipo de información que publicarían y determinaron a quién permitirán compartir contenidos, además de decidir que excluirían información política y no permitirían actividades de promoción y publicidad de bienes y servicios. Esa libertad de decisión, que bien puede pasar por censura, marca un límite y reglas comunitarias que muestran cómo un espacio en la red puede autorregularse.

También destaca que la información publicada se refiere exclusivamente a la experiencia personal de los migrantes, a lo que observaban desde el encierro, pero en la página no hay ningún contenido que difunda información científica ni sobre el virus ni acerca del manejo de la pandemia, mucho menos relativa a la infodemia, probablemente porque los administradores no contaron con ese

tipo de datos o porque quizá, aun contando con éstos, no supieron cómo mostrarlos. Sin embargo, lo que los tres administradores especificaron durante las entrevistas fue que su intención era exclusivamente mostrar su experiencia personal como habitantes de un país donde, a pesar de contar con un sistema sanitario más sólido que en México, la contingencia sanitaria se vivió en forma por demás dramática.

Decir que este es un intento de intercambio de información a nivel transnacional tiene un sentido, aunque es fundamental aclarar que el esfuerzo quedó precisamente en eso, en un intento. Lo que se observa con proyectos como la página estudiada es que, al menos en este caso y gracias al empleo de las TIC en la vida cotidiana, la migración no se está pensando a partir de un proceso limitado a “origen” o “destino”, sino que involucra a personas que viven en Italia desde hace muchos años, pero mantienen un constante ir y venir, en este caso no real y físico, sino virtual, que traspasa las fronteras físicas de los estados y que abre la posibilidad de una interacción que, a pesar de darse a través de la tecnología, implica que existe una presencia conectada.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavent, Rafael Aleixandre; Lourdes Castelló-Cogollos, y Juan Carlos Valderrama-Zurián (2020) “Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información”. En *El Profesional de la Información* (EPI) (29) 4. [En línea]. Disponible en: e290408. <<https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.08>>.
- Canales, I. Alejandro, y Christian Zolniski (2001). “Comunidades transnacionales y migración en la era de la globalización”. En *Notas de Población* 73: 221-252.
- Casas Romeo, Agustí; Juan Carlos Gázquez-Abad; Santiago Forgas-Coll, y Rubén Huertas García (2014). “La netnografía como herramienta de investigación en contextos online: una aplicación al análisis de la imagen de los servicios públicos de transporte”. En *Innovar. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales* (24) 52: 89-102.
- Castañeda Díaz, María del Socorro (2019). “De la prótesis emocional a las relaciones líquidas. El uso de las TIC en la experiencia migratoria. Historia de una joven indocumentada en Italia”. En *Jóvenes y migraciones*,

- coordinado por Norma Baca Tavira, Andrea Bautista León y Ariel Mojica Magaña, 259-285. México: Gedisa.
- Castañeda Díaz, María del Socorro, y Norma Baca Tavira (2020). “Migrantes mexicanos en Italia: el uso de la red social Facebook y la creación de un *ghetto* virtual”. *Desacatos* 64: 102-117.
- Comuni Italiani, Stranieri in Italia per Nazionalità (2019). Disponible en: <<http://www.comuni-italiani.it/statistiche/stranieri/>>.
- Diminescu, Dana (2011). “El migrante conectado. Por un manifiesto epistemológico”. En *Circulación de saberes y movilidades internacionales. Perspectiva latinoamericana*, compilado por Valeria Hernández, Carolina Mera, Jean-Baptiste Meyer y Enrique Oteiza, 201-216. Buenos Aires: Biblos.
- Gaitán Russo, Rossana del V. (2020) “COVID-19: crónica de una infodemia. La segunda pandemia”. En *Revista Española de Comunicación en Salud*. Suplemento I, 347-349.
- García Marín, David (2020). “Infodemia global. Desórdenes informativos, narrativas *fake* y *fact-checking* en la crisis de la Covid-19”. En *Profesional de la Información* (29) 4 [en línea]. Disponible en: e290411 <<https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.11>>.
- González Cortés, María Eugenia, y Alejandro Barranquero Carretero (2006). “Empleo y usos de Internet en las comunidades inmigradas. La red como herramienta neutralizadora de la distancia”. *Razón y Palabra* 49.
- IME (Instituto de los Mexicanos en el Exterior) (2017). *Estadísticas de Mexicanos en el Exterior*. México: IME.
- Kamps, Bernd Sebastian, y Christian Hoffmann (2020). *COVID Reference*. Hamburgo: Steinhäuser Verlag.
- Lafleur, Jean Michel, e Isabel Yépez del Castillo (2012). “Transnacionalismo: la emergencia de un concepto novedoso en el estudio de los fenómenos migratorios y post-migratorios”. En *Retorno y ciudadanías transnacionales*, coordinado por María Esther Pozo, 289-315. Cochabamba, Bolivia: Instituto de Investigaciones Jurídicas y Políticas (IIJP).
- Mejía Estévez, Silvia (2005). “Transnacionalismo a la ecuatoriana: migración, nostalgia y nuevas tecnologías”. En *Flacso, ESPOL, PUCE, Universidad de Cuenca, Contrato Social por la Educación y ODNA. La migración ecuatoriana: transnacionalismo, redes e identidades*. Quito: Flacso.

- Melella, Cecilia (2016). “El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) por los migrantes sudamericanos en la Argentina y la conformación de redes sociales transnacionales”. *REMHU-Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana* 46: 77-90. Brasilia.
- Melella, Cecilia Eleonora, y Gimena Perret (2016). “El uso de Internet en contextos migratorios. Una aproximación a su estudio”. *Enl@ce. Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento* 2: 71-92.
- Moriggi, Stefano, y Gianluca Nicoletti (2009). *Perché la tecnologia ci rende umani. La carne nelle sue riscritture sintetiche e digitali*. Milán: Alpha Test.
- Noticias de Mexicanos en Italia. Página de Facebook (2020) Disponible en: <<https://www.facebook.com/watch/?v=230392824777010>>.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2018*. Ginebra: OIM.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Managing Epidemics: Key Facts About Major Deadly Diseases*. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442>>.
- Parella, Sonia (2007). “Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales: migrantes ecuatorianos y peruanos en España”. *Migraciones Internacionales* 2 (2): 151-188.
- Peñaranda Cólera, Ma. Carmen (2010). “Te escuchas aquí al lado. Usos de las tecnologías de la información y la comunicación en contextos migratorios transnacionales”. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social* 19: 239-248.
- Rodríguez Martín, Lida Imelda (2011). “‘Siempre estamos conectados: así sé que me quiere mucho’. Comunicaciones en familias transnacionales a través de internet”. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia* (3): 50-64.
- Sánchez Sagrado, Teresa (2018). “La atención primaria en Italia”. *Medicina de Familia* (44): 50-53.
- Solé, Carlota, y Sonia Parella (2006). “El papel de las TIC’s en la configuración de las ‘familias transnacionales’”. *Revista Iberoamericana de Sistemas, Cibernética e Informática* (3)1: 7-12.
- Soria, Gerardo (2020). “La neutralidad de la red y la cuarentena”. En *El Economista*, 25 de marzo de 2020. Disponible en

<<https://www.eleconomista.com.mx/opinion/La-neutralidad-de-red-y-la-cuarentena-20200325-0011.html>>.

Tamagno, C. Liliana (2003). *Entre acá y allá: vidas transnacionales y desarrollo.*

Peruanos entre Italia y Perú. Wageningen: Wageningen Universitet.

Turpo Gebera, Osbaldo Washington (2008). “La netnografía: un método de investigación en Internet”. *EDUCAR* (42): 81-93.

TuttiItalia (2020). *Messicani in Italia-statistiche e distribuzione per regione.* Roma.

Consideraciones finales

Maritza Caicedo

Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

[\[Regresar al índice \]](#)

Dadas las características de la migración contemporánea, los factores que la desencadenan, así como los impactos que tiene en las sociedades de origen y destino, muy seguramente será un fenómeno que seguirá intensificándose con el paso del tiempo. Esto nos lleva a pensar que las políticas de los gobiernos orientadas a frenar la migración y, de paso, limitar el derecho que tienen las personas a la libre movilidad, son francamente erradas. La actual dinámica migratoria nos abre la posibilidad de conocer a fondo las problemáticas que están detrás del creciente flujo de personas de países de menor desarrollo a economías avanzadas. Al mismo tiempo, nos obliga a centrar la mirada en la migración Sur-Sur que siempre ha existido y que, por diversas razones, ha sido invisibilizada, pero quizá entraña problemas similares a los observados en la migración dirigida hacia los países ricos.

En la tradición de estudios migratorios en América Latina, y particularmente en México, han destacado aquellos que tienen que ver con lo económico, de allí la proliferación de investigaciones sobre remesas, los procesos de integración socioeconómica de los inmigrantes, estudios socioculturales que abordan temas como la participación política de los migrantes y las diversas problemáticas en las comunidades de origen. A estos se han ido sumando los estudios sobre transnacionalismo, las investigaciones que incorporan la perspectiva de género y cada vez es más común encontrar estudios que se ocupan de la salud de los migrantes, pero estamos convencidos que en este ámbito todavía hay un amplio camino por recorrer.

En este libro *Migración, trabajo y salud. Reflexiones en torno a temas persistentes y emergentes*, presentamos una serie de trabajos, productos de investigación, encaminados a ahondar en la relación entre migración internacional y salud. Señalamos que si bien en México, y América Latina en general, existe un cúmulo de investigaciones que han abordado diversas problemáticas ligadas a la migración internacional, la relación entre migración

y salud no ha sido suficientemente explorada. Hicimos hincapié en la necesidad de generar mayor conocimiento en torno a los determinantes de la salud de las personas migrantes en distintos contextos y etapas del proceso migratorio, así como también se remarcó la importancia de discutir sobre el papel que juegan las legislaciones de los países en la protección de la salud de los migrantes y se exploraron metodologías cualitativas para adentrarse en el estudio de las diversas problemáticas que dicha relación entraña.

Introducimos en el estudio de la salud de los migrantes nos obliga, por un lado, a poner el acento en las desigualdades sociales estructurales que originan las migraciones. Benach *et al.* (2008) señalan que la globalización económica ha ampliado las desigualdades sociales y de salud a niveles nunca observados, incrementando el poder de unos pocos en detrimento de una gran cantidad de población. Los autores argumentan que las personas que se encuentran en mejores condiciones socioeconómicas y quienes viven en los lugares más privilegiados del mundo, tienen mejor salud que aquellas que se encuentran en contextos con condiciones económicas menos favorables. Muestran que las diferencias en la probabilidad de morir de las personas que viven en precarias condiciones socioeconómicas, respecto de personas con privilegios, son enormes e incluso superiores a las producidas por el tabaquismo. Por ello, una mejora en la salud de las poblaciones menos favorecidas tendría que pasar por una redistribución del poder y la riqueza.

Por otro lado, con el conocimiento de las profundas desigualdades predominantes en las sociedades de donde proceden y a donde llegan los migrantes, es imperativo superar desde la academia las visiones individualistas heredadas de los neoclásicos, así como las explicaciones reduccionistas del fenómeno migratorio y su relación con la salud. También se debe reconocer que la salud de la población en general, y de los inmigrantes en particular, está determinada por una serie de aspectos sociales modificables. Como lo han señalado Benach *et al.* (2008), la salud de las personas no depende exclusivamente de factores biológicos, del estilo de vida o del acceso a los servicios de salud; se ha demostrado ampliamente que el efecto de estos factores se ve matizado por las condiciones socioeconómicas en que se desarrollan las personas.

El estudio de la salud de los migrantes impone grandes desafíos para la investigación social. Esto porque su salud en el tránsito o el destino no puede ser entendida sin el conocimiento de los factores que motivaron el inicio de su

carrera migratoria, su estado de salud previo, los elementos que rodearon el asentamiento en la sociedad de arribo, el posterior proceso de incorporación a la misma y el retorno al país de origen. En otras palabras, realizar una medición objetiva de la salud de los migrantes, requiere del despliegue de estrategias metodológicas y fuentes de datos que capten la diversidad del fenómeno.

En cada uno de los capítulos que integran esta obra, desde distintas disciplinas y a partir de diversas aproximaciones metodológicas, se constata que si bien la migración *per se* es un determinante de la salud, existe una serie de matices que hacen más o menos proclives a las personas migrantes a desarrollar enfermedades. No se espera que la condición de inmigrante afecte de la misma forma la salud de un inmigrante indocumentado y la del alto ejecutivo de una transnacional que se instala en un país con condiciones de empleo muy favorables, con la posibilidad de tener a su familia consigo y aislados de la pobreza, la inseguridad y la violencia de las que muchas veces son víctimas los inmigrantes indocumentados y sus familias. Por ello, este libro, además de proporcionarnos información general de la relación migración y salud, llama nuestra atención sobre siete aspectos puntuales para seguir avanzando en la generación de conocimiento en este campo, que mencionamos a continuación.

El primero de ellos, que es transversal a la mayoría de los capítulos (especialmente visible en la primera sección del libro compuesta por los capítulos 1, 2 y 3), tiene que ver con la necesidad de incluir la dimensión “trabajo” en los estudios de salud y migración. Pese a que la mayor parte de las migraciones que se originan en América Latina y el Caribe obedecen a factores laborales y a que existe un vasto conocimiento sobre las condiciones de precariedad laboral en que se inserta la gran mayoría de los inmigrantes en las sociedades de destino —tanto dentro como fuera de la región—, pocas investigaciones se han ocupado de la triada migración-trabajo-salud y menos con una perspectiva de género que nos permita observar las diferencias entre hombres y mujeres, y conocer la raíz de las mismas.

El segundo aspecto sobre el que los autores nos llaman a reflexionar, abordado principalmente en el capítulo 4, tiene que ver con la relación migración-trabajo-vejez-salud. Adentrarnos en el estudio de esta relación nos obliga a comprender que no sólo existen diferencias por países de origen, género o clase social entre los migrantes, sino que hay poblaciones específicas a las que se les ha prestado poca atención, y estos son los adultos mayores.

Muchas de las personas que hoy estudiamos como adultos mayores, salieron jóvenes de su país, se incorporaron a un mercado laboral desregulado y flexibilizado, y en la actualidad sobreviven a las consecuencias de una trayectoria laboral desprotegida, bien sea en el lugar de destino o de regreso en su país natal. Saber cómo viven y atienden su salud tanto física como mental — hombres y mujeres— es fundamental para generar acciones que contribuyan a una vejez en condiciones de dignidad humana.

El tercer aspecto, abordado en los capítulos 5, 6 y 7, tiene que ver con la necesidad de seguir indagando acerca de la salud física y mental de las personas que, una vez terminada su carrera migratoria, optan por asentarse en sus comunidades de origen, en otras palabras, la salud de los retornados. Esta es una veta muy interesante de investigación dentro del amplio campo de las migraciones internacionales. En los últimos años hemos observado un aumento importante de investigaciones centradas en observar el retorno de los migrantes; se han documentado las dificultades que sufren los migrantes de retorno en el proceso de reincorporación a sus comunidades de origen y el papel que juegan la experiencia migratoria y el capital social acumulado a lo largo de la trayectoria de migración, pero es todavía muy escaso el conocimiento que tenemos sobre cómo viven los retornados el proceso salud-enfermedad-atención.

El cuarto aspecto tiene que ver con la necesidad de ahondar en las discrepancias entre los resultados de la evaluación de la salud de los migrantes a partir del empleo de variables objetivas y variables subjetivas (capítulo 7). En este libro se observaron las percepciones de salud de las personas migrantes y no migrantes. Los autores encontraron que, aunque no es posible establecer una relación causal, la experiencia migratoria se relaciona con la percepción de la salud. En la formación de las percepciones de los migrantes retornados sobre su salud influyen la experiencia migratoria, las condiciones de trabajo y los procesos de adaptación social y cultural de la última experiencia migratoria en Estados Unidos. Los migrantes tienden a percibirse con mejor salud que los no migrantes, al considerar algunas variables sociodemográficas, como la edad y el sexo.

De acuerdo con Abellán (2003), la autopercepción del estado de salud da cuenta de la satisfacción vital. En el caso concreto de los migrantes de retorno, habría que conocer un poco más acerca de los aspectos que los llevan a declarar

un mejor estado, pese a que, objetivamente —en distintos aspectos— no es mejor al de las personas sin experiencia migratoria.

El quinto aspecto que concentra nuestra atención tiene que ver con la necesidad de tomar en cuenta los riesgos a la salud que representan las distintas formas, etapas y contextos de la migración (capítulos 8 y 9). Sin pretender caer en la visión sesgada que tiende a observar a los migrantes como portadores de enfermedades, en este libro se hizo hincapié en la necesidad de desarrollar políticas de protección a la salud que incluyan la atención de los migrantes en su tránsito por México, no sólo para que no se enfermen y puedan continuar su camino o trabajar, sino para garantizar la seguridad sanitaria de todos en el país.

La OMS (2019), en un informe sobre la salud de los refugiados y los migrantes en la región de Europa, publicado en 2019, señaló que éstos, al llegar a los países de destino, se ven menos afectados por muchas enfermedades no transmisibles que la población de estas sociedades. Sin embargo, las precarias condiciones socioeconómicas en las que muchos de ellos se encuentran, así como su prolongada permanencia en los países de destino, aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares o cáncer. Además, debido a que generalmente los refugiados y los migrantes cambian su estilo de vida, realizan menos actividad física y consumen alimentos poco saludables, se exponen más a los factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

Este organismo indicó que proteger la salud de las personas extranjeras en movimiento dentro del territorio nacional es proteger la salud de todos. La presencia de enfermedades y su no tratamiento oportuno pueden acarrear consecuencias para la salud del migrante, para la salud y el bienestar de los miembros de su familia y para las sociedades de destino. Esto plantea desafíos para los gobiernos que se ven en la necesidad de garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos a quienes habitan su territorio.

Una mención especial merece el tema del desplazamiento interno forzado por la violencia y las respuestas de los gobiernos y la sociedad a esta problemática. En esta obra (capítulo 9) se mostró cómo la violencia ejercida por actores al margen de la ley no sólo involucra el desarraigo y el abandono de los bienes materiales de las familias, sino que trae afecciones en la salud de las víctimas. Cuando a esto se suman los riesgos a los que se exponen en el tránsito, la situación se torna mucho más caótica, pues en muchos casos los

migrantes son revictimizados no sólo por la carencia o ineficacia de políticas específicas orientadas a atender a la población, sino por el rechazo y el estigma que se generan hacia las personas desplazadas. Uno de los desafíos que nos plantea esta problemática es la necesidad de realizar análisis retrospectivos que nos permitan reconstruir la historia de salud-enfermedad-atención de los migrantes, tanto internos como internacionales, que son obligados a abandonar sus lugares de origen por la violencia.

El sexto aspecto tiene que ver con la necesidad de adecuar las políticas y marcos normativos tomando en cuenta las necesidades de la población migrante. Presentamos dos experiencias acerca de cómo los gobiernos abordan la salud de los inmigrantes. Por un lado, el caso de la legislación española en materia de salud (capítulo 10), en la que se garantiza una cobertura de los nacionales a nivel constitucional y se excluye a ciertos colectivos: los estudiantes de postgrado que provienen de Estados Terceros y que por ser una exigencia ingresar al país con un seguro médico, no son considerados en el sistema de salud. Por otro lado, el caso mexicano, concretamente en Tapachula, Chiapas (capítulo 11), en donde se observa claramente la intención del gobierno de ofrecer cobertura en salud a la población inmigrante irregular, pero existen problemas que impiden su plena operación. Como se señaló en este capítulo, “el programa Seguro Popular para Migrantes fue anunciado sin una estrategia clara y sin acuerdos o convenios para la operación del mismo”, lo cual provocó la descoordinación entre los estados en la puesta en marcha del programa. Por lo que se sugiere acompañar este tipo de programas de suficiente claridad en términos de procedimientos burocráticos y sostenibilidad, desde el punto de vista financiero, para garantizar un mayor éxito en su implementación.

El séptimo aspecto se relaciona con la necesidad de desarrollar metodologías que permitan aprehender la complejidad de la relación migración-salud. Esto implica el desarrollo de marcos conceptuales, el diseño de metodologías y el empleo de fuentes de información que permitan captar diversos aspectos de la salud de los migrantes de forma fidedigna. En los capítulos 12, 13, 14 y 15 se exploraron metodologías para la recolección y análisis de información relacionada con los problemas de salud de los migrantes. En el caso particular de la salud mental, se señaló la importancia repensar los conceptos e instrumentos para su estudio que en muchas ocasiones son diseñados con fines y para poblaciones específicos, así como

también se sugiere repensar a aquellos que elegimos como estresores del ambiente y cómo se interpretan sus efectos en la salud mental.

Un asunto poco tratado y que plantea grandes desafíos metodológicos en las ciencias sociales, es la salud de los familiares de migrantes en los lugares de origen. Por lo general, cuando se habla de la salud de los migrantes, pensamos particularmente en las personas involucradas directamente en la migración, pero poco pensamos en la salud de las personas que quedan atrás o en las consecuencias que la migración de un miembro del hogar pueda generar en la salud de los demás. Abordar este tema científicamente obliga a pensar en las metodologías apropiadas para captar esta realidad. Una de las principales complicaciones que plantea este análisis es la referida al empalme temporal entre estos dos procesos, sobre todo porque el grueso de las encuestas disponibles que recolectan información longitudinal relativa a la salud de la población adulta mayor, no contiene información completa sobre las trayectorias migratorias de todos los miembros del hogar (capítulo 13). En este campo hay un amplio camino por recorrer, pues además de los adultos mayores existen otras poblaciones vulnerables directamente afectadas por la migración, como son los hijos menores de edad. Es necesario saber qué pasa con la salud de los niños cuando emigra la madre, o qué pasa con la salud mental de las madres que se ven obligadas a enviar a sus hijos menores a otros países para alejarlos del hambre y la pobreza, tal como ocurre en parte de la migración centroamericana a Estados Unidos. Este es un tema del que se deben ocupar futuras investigaciones sociales en migración internacional y salud.

Una aproximación metodológica atractiva para el estudio de la relación entre migración internacional y salud, se propuso en el capítulo 14 de este libro, y tiene que ver con el empleo de circuitos migratorios. En el capítulo se señaló que esto permitiría observar y ubicar los aspectos particulares del proceso salud-enfermedad de la población migrante en sus diversas condiciones sociales. Finalmente, en el capítulo 15 del libro se realizó un estudio novedoso para establecer el papel de las tecnologías de la información en la investigación en salud; aunque no llegó a resultados concluyentes, nos muestra un ejemplo de cómo observar problemas conexos a la migración internacional y la salud.

El libro, por un lado, nos permite conocer parte de las complejidades que encierra la migración y la salud de las personas involucradas en las distintas formas de movilidad y, por otro, nos plantea una serie de retos teórico-

metodológicos a los que debemos hacer frente para seguir avanzando en el conocimiento de aspectos específicos en el marco de esta relación.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán, Antonio (2003). “Percepción del estado de salud”. *Rev Mult Gerontol* 13 (5): 340-342 [en línea]. Disponible en: <<https://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>>.

Benach, Joan; Montse Vergara, y Carles Muntaner (2008). “Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI”. *Papeles* (103): 29-40 [en línea]. Disponible en: <https://www.fuhem.es/wp-content/uploads/2019/08/desigualdad_en_salud_.pdf>.

Caicedo, Maritza (2021). “Representaciones sociales de los mexicanos desempleados y subempleados en torno a depresión y ansiedad: un estudio comparado. Chicago y Ciudad de México”. *Estudios Mexicanos* 37 (1): 123-156 [en línea]. Disponible en: <<https://doi.org/10.1525/msem.2021.37.1.123>>.

Castles, Stephen, y Mark J. Miller (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas, Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Migración, Fundación Colosio y Miguel Ángel Porrúa.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Los migrantes y los refugiados presentan un mayor riesgo de tener mala salud que las poblaciones de acogida*. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news/item/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>>.