



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**LOS MIGRANTES DE RETORNO Y EL ACCESO A LOS
SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO**

Tesis presentada por:

Javier González Rosas

Para obtener el grado de:

**MAESTRO EN ESTUDIOS
DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL**

Tijuana, B. C., México
2017

Resumen

El objetivo fundamental de este estudio es cuantificar si los migrantes de retorno tienen el mismo acceso a los servicios de salud que otros mexicanos. De esta manera, con el fin de dar contexto al problema del acceso a los servicios de salud, se llevó a cabo una investigación documental de iniciativas internacionales y nacionales que incluyen entre sus premisas el derecho a la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Además, se revisaron algunos estudios que analizan la salud de los migrantes de retorno en México. La metodología de estudio fue definir con base en la Encuesta Intercensal (EIC) 2015, dos estratos, migrantes de retorno y no migrantes de retorno. Después, se analizó el efecto de manera bivariada de variables como la entidad federativa, la región de residencia, el tamaño de la localidad, la edad, la escolaridad y el sexo. También se calcularon indicadores que miden el grado de asociación entre condición de migración y el acceso a los servicios de salud. Finalmente, con el fin de controlar el efecto de las variables región, sexo, edad y escolaridad en la probabilidad de no tener acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno se ajustó un modelo logístico binario. La conclusión es que, en México, a pesar de que el marco normativo reconoce el derecho y el acceso a los servicios de salud, los migrantes de retorno tienen un menor acceso a los servicios de salud que otros mexicanos.

Palabras clave: normatividad en salud, migración de retorno, servicios de salud, acceso a servicios de salud

Abstract

Main objective of this study is to quantify whether return migrants have the same access to health services as other Mexicans. Thus, in order to give context to problem of access to health services, a documentary research was carried out on international and national initiatives that include, among their premises, the right to health and access to health services. In addition, we reviewed some studies that analyze health of returning migrants in Mexico. Study methodology was to define based on the Encuesta Intercensal (EIC) 2015, two strata, return migrants and non-migrants return. Afterwards, effect of variables such as federative entity, migratory residence, size of the locality, age, schooling and sex were analyzed by contingency tables. Indicators that measure degree of association between migration status and access to health services were also calculated. Finally, in order to control effect of variables migration region, sex, age and schooling on probability of not having access to health services of returning migrants, a binary logistic model was adjusted. The conclusion is that in Mexico, despite the regulatory framework recognizing the right and access to health services, returning migrants have less access to health services than other Mexicans.

Key words: health normativity, return migration, health services, access to health services

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introducción..... | 1 |
| CAPÍTULO I. MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE SALUD..... | 3 |
| 1.1. Marco normativo internacional..... | 3 |
| 1.1.1 La Declaración Universal de los Derechos Humanos..... | 3 |
| 1.1.2 La Carta de la Tierra..... | 4 |
| 1.1.3 La Asamblea General de las Naciones Unidas de 1966..... | 5 |
| 1.2. Marco Normativo Nacional..... | 6 |
| 1.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos..... | 6 |
| 1.2.2 La Ley General de Salud..... | 7 |
| 1.2.3 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018..... | 8 |
| 1.3. Marco Normativo Programático..... | 9 |
| 1.3.1 Programa Sectorial de Salud 2013-2014..... | 9 |
| 1.3.2 Programa Especial de Migración..... | 10 |
| 1.3.3. Programa Nacional de Población 2014-2018..... | 12 |
| 1.3.4. Programa de Acción Vete Sano Regresa Sano..... | 13 |
| 1.3.5. Programa Repatriación de Nacionales Enfermos Graves..... | 14 |
| CAPÍTULO II. LA SALUD DE LOS MIGRANTES DE RETORNO..... | 17 |
| 2.1. La relación entre salud y migración..... | 17 |
| 2.2. Algunos factores de riesgo en los migrantes mexicanos en Estados Unidos..... | 21 |
| 2.3. Algunas enfermedades que afectan a los migrantes de retorno..... | 25 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE ESTUDIO..... | 33 |
| 3.1. Fuentes de información..... | 33 |
| 3.2. Definición de variables y su operacionalización..... | 35 |
| 3.2.1. La migración de retorno..... | 35 |
| 3.2.2. El acceso a los servicios de salud..... | 39 |
| 3.3. Diseño de estudio y análisis estadístico..... | 41 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO IV. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | 47 |
| 4.1. Volumen y perfil de los migrantes de retorno..... | 47 |
| 4.2. Antecedentes del acceso a los servicios de salud según condición de migración..... | 54 |
| 4.3. Situación actual del acceso a los servicios de salud según condición de migración..... | 59 |
| Conclusiones..... | 73 |
| Bibliografía..... | 77 |

Índice de Gráficas

| | | |
|------|--|----|
| 2.1. | Distribución porcentual de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos de 18 años y más, según índice de masa corporal y sexo, 2012-2013..... | 22 |
| 2.2. | Distribución porcentual de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos por condición de actividad física y sexo, 2012-2013..... | 23 |
| 2.3. | Porcentaje de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos que fuman según grupo de edad, 2012-2013..... | 24 |
| 2.4. | Consumo de alcohol de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos según grupo de edad, 2004-2005 y 2012-2013..... | 24 |
| 2.5. | Peso promedio de adolescentes en Estados Unidos según grupo de población y sexo, 2012-2013..... | 25 |
| 2.6. | Porcentaje de cualquier tipo de violencia agresiva según condición de migración y sexo, 2014..... | 27 |
| 2.7. | Porcentaje de percepción de salud según condición de migración, 2014..... | 28 |
| 2.8. | Porcentaje de mujeres con discapacidad funcional según condición de migración, 2012..... | 29 |
| 2.9. | Cociente de momios en migrantes de retorno en México según condiciones de salud seleccionadas, 2013..... | 29 |
| 4.1. | Total de migrantes de retorno en México, 1990-2015..... | 48 |
| 4.2. | Porcentaje de cobertura en salud en México según condición de migración, 2000-2010..... | 54 |
| 4.3. | Porcentaje de población de edad 15 a 60 años sin servicio médico según condición de migración en México, 2000 y 2010..... | 55 |
| 4.4. | Porcentaje de población asalariada de 14 años o más con servicio médico según condición de migración y sexo en México, 2000 y 2010..... | 56 |
| 4.5. | Porcentaje de afiliación a servicios de salud en adultos mayores según condición de migración en México, 2010..... | 58 |
| 4.6. | Porcentaje de cobertura en salud en México según condición de migración, 2000-2015..... | 60 |
| 4.7. | Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según región de residencia y condición de migración en México, 2015..... | 61 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.8. | Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según entidad federativa y condición de migración en México, 2015..... | 62 |
| 4.9. | Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según tamaño de la localidad y condición de migración en México, 2015..... | 64 |
| 4.10. | Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según condición de migración y edad en México, 2015..... | 65 |
| 4.11. | Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según años de escolaridad y condición de migración en México, 2015..... | 66 |
| 4.12. | Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según años sexo y condición de migración en México, 2015..... | 67 |

Índice de Cuadros

| | | |
|------|---|----|
| 2.1. | Enfermedades entre la población migrante según tipo de comunidad..... | 26 |
| 2.2. | Distribución porcentual de los pacientes repatriados por la Secretaría de Salud federal según tipo de diagnóstico, 2008..... | 30 |
| 2.3. | Porcentaje de hospitales que reportaron un diagnóstico principal de migrantes repatriados según tipo de hospital, 2008..... | 31 |
| 3.1. | Preguntas de los censos de 2000 y 2010 para operacionalizar la migración con base en el lugar de nacimiento..... | 36 |
| 3.2. | Pregunta de la encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar la migración con base en el lugar de nacimiento..... | 36 |
| 3.3. | Pregunta del censo de 2000 para operacionalizar la migración con base en el lugar de residencia anterior..... | 37 |
| 3.4. | Preguntas del censo de 2010 para operacionalizar la migración con base en el lugar de residencia anterior..... | 38 |
| 3.5. | Preguntas de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar la variable de migración de internacional con base en el lugar de residencia anterior..... | 38 |
| 3.6. | Preguntas de los censos de 2000 y 2010 para operacionalizar el acceso a los servicios de salud..... | 40 |
| 3.7. | Pregunta de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar el acceso a los servicios de salud..... | 41 |
| 3.8. | Tabla hipotética de la distribución porcentual de la condición de acceso a servicios de salud según condición de migración..... | 42 |
| 4.1. | Tasa de participación económica y de desocupación de personas de 14 años o más según condición de migración, sexo y región de residencia, 2010..... | 49 |
| 4.2. | Tasa de participación económica y de desocupación de personas de 14 años o más según condición de migración, sexo y grupo de edad, 2010..... | 50 |
| 4.3. | Distribución porcentual de la población de 24 años o más según condición de migración, sexo y nivel de escolaridad, 2010..... | 51 |
| 4.4. | Tasa de participación económica y de desocupación de personas de 14 años o más según condición de migración, sexo y nivel de escolaridad, 2010..... | 51 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.5. | Tasa de participación económica y de desocupación de personas de 14 años o más según condición de migración, sexo y tipo de ocupación, 2010..... | 52 |
| 4.6. | Distribución porcentual de la población de 14 años o más según condición de migración, sexo y posición laboral, 2010..... | 53 |
| 4.7. | Riesgo de acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno, 2000-2010..... | 55 |
| 4.8. | Riesgo de acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno entre 15-60 años de edad, 2000 y 2010..... | 56 |
| 4.9. | Riesgo de acceso a servicios de salud en los migrantes de retorno mayores de 14 años según sexo, 2000 y 2010..... | 57 |
| 4.10. | Riesgo de acceso a acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno adultos mayores, 2010..... | 59 |
| 4.11. | Riesgo de no acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno según región de residencia, 2015..... | 60 |
| 4.12. | Riesgo de no acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno Mayor de 5 años en los 5 estados con mayor y menor porcentaje sin afiliación, 2015..... | 63 |
| 4.13. | Riesgo de no acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según años de escolaridad en México, 2015..... | 64 |
| 4.14. | Riesgo de no acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según edad en México, 2015..... | 66 |
| 4.15. | Riesgo de no acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según años de escolaridad en México, 2015..... | 67 |
| 4.16. | Riesgo de no acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según sexo en México, 2015..... | 68 |
| 4.17. | Variables independientes para el modelo de regresión logística con variable dependiente probabilidad de no afiliación a una institución de salud en México..... | 69 |
| 4.18. | Variables independientes significativas del modelo de regresión logística con variable dependiente probabilidad de no estar afiliado a una institución de salud en México, 2015..... | 70 |

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el retorno en México se ha caracterizado por dos comportamientos marcadamente diferentes. Entre 1990 y 2010 hubo un incremento muy importante, pero en los últimos cinco años la tendencia fue a la baja. Este flujo migratorio incluye a los migrantes interceptados por las autoridades estadounidenses en el cruce fronterizo, a los deportados desde el interior de Estados Unidos, a los que regresan empujados por la recesión económica estadounidense, y a los que regresan por otras razones. Para México, la migración de retorno constituye un fenómeno que demanda acciones de política pública que faciliten la reintegración económica, social y cultural de los migrantes y sus familias. En particular se debe facilitar el acceso a las instituciones de salud, educación, vivienda y a los mercados de trabajo local y regional, entre otros (CONAPO, 2014, p. 45).

Para facilitar el acceso a las instituciones de salud, el Programa Sectorial de Salud (El PSS) 2013-2018 define objetivos, estrategias y líneas de acción que se tienen que llevar a cabo durante esta administración pública, con el fin de garantizar el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud. Para ello, el PSS establece la necesidad de fortalecer el Sistema Nacional de Salud (El SNS) (PSS, 2016). También el Programa Nacional de Población 2014-2018 reconoce, en su estrategia 4.5, la necesidad de impulsar acciones que faciliten la reintegración a la sociedad de los migrantes mexicanos de retorno, y establece que es competencia de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (La STPS) y de la Secretaría de Salud (La SS) atender esta necesidad (CONAPO, 2014, p. 113).

Ante este antecedente normativo, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿cuál es la evolución del acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno en el periodo 2000-2010?, ¿el marco normativo garantiza el acceso a los servicios de salud del migrante de retorno en México? y ¿los migrantes de retorno tienen el mismo acceso a los servicios de salud que otros mexicanos? El objetivo de esta investigación es dar respuesta a estas preguntas. El trabajo se desarrolla en cuatro capítulos. En el primero, se hace una revisión del marco normativo a nivel internacional y nacional relacionado con la salud de las personas y el acceso a los servicios. En el segundo capítulo, se presentan datos sobre algunos factores de riesgo de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos y algunas enfermedades de la población

migrante de retorno. El tercer capítulo, tiene que ver con las fuentes de información y la metodología usada para analizar la información. En el capítulo cuatro, se hace una descripción del volumen y perfil de los migrantes de retorno en México, un análisis de algunos antecedentes del acceso a los servicios de salud según la condición de migración, así como de la situación actual. Finalmente, se incluye una sección de conclusiones.

CAPITULO I

MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE SALUD

Un buen estado de salud de las personas debe estar por encima de cualquier aspiración de los países, pueblos y naciones de todo el mundo. Las personas para llevar a cabo cualquier actividad que contribuya al desarrollo social, económico, político y humano de las sociedades, deben primero estar completamente sanos, tanto desde el punto de vista físico como mental. “Las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva” (Fajardo-Dolci, et. al. 2015, p. 180). El objetivo de este capítulo, es analizar iniciativas tanto de nivel internacional como nacional, que incluyan entre sus preceptos, primero, el derecho a la salud de las personas, y segundo, el derecho al acceso a los servicios de salud.

1.1 Marco normativo internacional

1.1.1 La Declaración Universal de los Derechos Humanos

Después de la Segunda Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas [en 1945] la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más atrocidades como las sucedidas en ese conflicto. Esto motivó que los líderes de todo el mundo decidieran complementar la Carta de las Naciones Unidas con una hoja de ruta que garantizara los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento (Naciones Unidas, 2017).

El documento que más tarde pasaría a ser la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), se examinó en el primer período de sesiones de la Asamblea General, en 1946. La Asamblea revisó ese proyecto de declaración sobre los derechos humanos y las libertades fundamentales y lo transmitió al Consejo Económico y Social para que lo "sometiera al análisis de la Comisión de Derechos Humanos y que ésta pudiera preparar una carta internacional de derechos humanos". La Comisión, en su primer período de sesiones, celebrado a principios de 1947, autorizó a sus miembros a formular lo que denominó "un anteproyecto de Carta Internacional de Derechos Humanos" (Naciones Unidas, 2017).

La DUDH es el manifiesto de más alto nivel en el mundo que hace recomendaciones a todos los pueblos y naciones del mundo para alcanzar la libertad, la justicia y la paz entre las personas y sus familias. La DUDH, reconoce 30 derechos humanos inalienables e indivisibles, y en su artículo 25 habla sobre el derecho a la salud. Textualmente el artículo establece que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (UNESCO, 2017, p.19).

Como se puede ver, la DUDH reconoce de manera explícita el derecho a la salud de todas las personas en cualquier parte del mundo, es decir, reconoce tácitamente como sujetos de derechos a los migrantes en sus diferentes modalidades, por lo tanto, todos los países deben garantizar el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno.

1.1.2 La Carta de la Tierra

La Carta de la Tierra es una declaración promovida por la Comisión Mundial de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y Desarrollo, que busca construir una sociedad global que sea más justa, sostenible y pacífica e inspirar un nuevo sentido de interdependencia y responsabilidad compartida tanto para el bienestar de la familia, como de todo el mundo (SEMARNAT, 2007, p. 3). La Carta

Es una expresión de esperanza y un llamado a contribuir a la creación de una sociedad global, en el marco de una coyuntura histórica crítica. La visión ética inclusiva del documento reconoce que la protección ambiental, los derechos humanos, el desarrollo humano equitativo y la paz, son interdependientes e indivisibles (SEMARNAT, 2007, p. 3).

“La Carta de la Tierra es el producto de conversaciones interculturales llevadas a cabo en el ámbito mundial durante una década, con respecto a metas comunes y valores compartidos” (SEMARNAT, 2007, p. 3), entre los que se encuentra el tema de la salud. La Carta de la Tierra reconoce cuatro principios: 1) Respeto y cuidado de la comunidad de la vida, 2) Integridad ecológica, 3) Justicia social y económica, y 4) Democracia, no violencia y paz.

Los principios (2) y (3) de la Carta, establecen acciones específicas relacionadas con el acceso a los servicios. Puntualmente señalan que, se debe “asegurar el acceso universal al cuidado de la salud que fomente la salud reproductiva y la reproducción responsable” (SEMARNAT,

2007, p. 21), y “afirmar la igualdad y equidad de género como prerequisites para el desarrollo sostenible y asegurar el acceso universal a la educación, el cuidado de la salud y la oportunidad económica” (SEMARNAT, 2007, p. 24).

Es decir, la Carta de la Tierra al igual que la DUDH, no menciona de manera explícita el derecho de los migrantes de retorno al acceso a los servicios de salud. Sin embargo, en su lugar, reconoce un pronunciamiento más general que está relacionado con el acceso y que se refiere al aseguramiento del acceso universal al cuidado de la salud.

1.1.3 La Asamblea General de las Naciones Unidas de 1966

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido en la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) en 1966. Este derecho reconoce que toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y que se debe garantizar a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población (Fajardo-Dolci, et. al., 2015, p. 181).

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, es la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios, así como de los elementos que determinan el acceso en términos de salud de la población (Fajardo-Dolci et. al., 2015, p. 181).

En el contexto global, la Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad (OMS, 2009, citado por Fajardo-Dolci et. al. 2015).

La AGNU, a diferencia de la DUDH y la Carta de la Tierra, incluye un concepto de salud más integral, al reconocer no solo el derecho a la salud física, sino también a la salud mental.

Además menciona que el derecho se debe garantizar a través del acceso a los factores determinantes de la salud.

1.2 Marco Normativo Nacional

1.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Según la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ella y de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse (p. 1). Entre los derechos humanos que reconoce y garantiza nuestra Carta Magna está el derecho a la salud.

Además, establece que se debe “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional” (p. 4).

También garantiza el derecho a “establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales ... [y para] mejorar las condiciones de salud de las mujeres” (p. 4).

En el Artículo 4º, además de establecer que el varón y la mujer son iguales ante la ley, se garantiza, que:

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 (p. 8).

En este mismo artículo nuestra Carta Magna aborda el asunto de la salud de las niñas y niños al decretar que “tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral” (p. 8).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es el documento normativo de más alto nivel en el país, que garantiza la cobertura del derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud, no solo de los mexicanos, sino que además extiende los beneficios para toda persona que se encuentre en el territorio nacional.

1.2.2 La Ley General de Salud

La Nueva Ley General de Salud se publicó en el Diario Oficial de la Federación en 1984 y consta de 21 Títulos, de los cuales los cinco primeros definen acciones muy concretas en cuanto a la salud de las personas, y el resto se refiere a cuestiones administrativas del servicio.

El Título Primero de las *Disposiciones Generales* en su artículo 1º establece que:

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Ley General de Salud, 2016, p. 1).

En el Título Segundo la Ley habla sobre cómo se integra el *Sistema Nacional de Salud* y establece en el artículo 6º que uno de sus objetivos es “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud” (Ley General de Salud, 2016, p. 4).

En su artículo 9º define las atribuciones de las entidades federativas al establecer que:

Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud (Ley General de Salud, 2016, p. 6).

El Título Tercero de esta Ley trata sobre la prestación de los servicios de salud, atención médica, prestadores de servicios de salud, usuarios de los servicios de salud y participación de

la comunidad, atención materno-infantil, servicios de planificación familiar y salud mental (Ley General de Salud, 2016, p. 12-25).

Por su parte, el Título Tercero Bis aborda el asunto de la *Protección Social en Salud*. Textualmente dice que:

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud (Ley General de Salud, 2016, p. 26).

Finalmente, el Capítulo IX del Título Tercero aborda los *Derechos y Obligaciones de los Usuarios*, garantizándoles que

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local (Ley General de Salud, 2016, p. 38).

Es decir, la Ley General de Salud refrenda lo que establece nuestra Carta Magna, pero además, establece las bases y modalidades para la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y al mismo tiempo define sus atribuciones. También reconoce la importancia que tiene el Sistema Nacional de Salud como la instancia que debe proporcionar servicios de salud a toda la población, en particular a los migrantes de retorno.

1.2.3 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento de la programación y presupuestación de más alto nivel en el país de toda la Administración Pública Federal. También representa un ejercicio que invita a la “ciudadanía a pensar sobre los retos y oportunidades que el país enfrenta, y sobre el trabajo compartido que debemos hacer como sociedad para alcanzar el mayor desarrollo nacional” (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, 2016, p. 13).

La importancia que el PND 2013-2018, asigna a la salud y acceso a los servicios sanitarios de la población en general, se dimensiona al observar que en cuestiones de salud, el Plan establece que en 2012 aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no tenía acceso a un esquema de salud y que en 2004 el Seguro Popular inició su operación con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada. Entre 2000 y 2010 el gasto público en salud como porcentaje del PIB creció de 2.6 a 3.1 por ciento, sin embargo estos niveles de gasto son todavía bajos en comparación con otros países, lo que tiene implicaciones en la calidad y alcance de los servicios de salud (PND 2013-2018, 2016, p.47).

En cuanto al Sistema de Seguridad Social, el PND 2013-2018 establece que el IMSS otorga servicios tanto a derechohabientes como a la población que no tiene seguridad social y que además de manera complementaria otorga prestaciones económicas y servicios que protegen tanto a los trabajadores como a sus familias (p. 50).

Asimismo, el Plan reconoce que un Sistema de Seguridad Social Integral debe contemplar un seguro de desempleo que proteja a las familias, ya que la pérdida del empleo incide en el aumento de la informalidad. El fortalecimiento de los sistemas de seguridad social es una condición para avanzar hacia una verdadera seguridad universal, lo cual requiere el impulso del empleo formal como una estrategia para garantizar el acceso a la seguridad social de los mexicanos (pp. 49-51).

Es decir, entre las premisas fundamentales del PND 2013-2018, está la promoción del trabajo formal, lo cual representa una oportunidad para los migrantes de retorno de acceder a los servicios de salud, ya que una de las prestaciones del empleo formal es la afiliación a una institución de salud.

1.3 Marco normativo programático

1.3.1. Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El Programa Sectorial de Salud (PSS) 2013-2018 representa para el país, el instrumento de la planeación estratégica en salud que define los objetivos, estrategias y líneas de acción para

lograr un “México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente de su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud con calidad” (Programa Sectorial de Salud, 2016, p. 8).

En correspondencia con las metas nacionales y las estrategias transversales del PND 2013-2018, el PSS tiene entre sus objetivos asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Para el logro de este objetivo el PSS 2013-2018, establece las siguientes estrategias:

- Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral,
- Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, y
- Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante.

Es decir, el PSS, a diferencia de los anteriores marcos normativos, establece explícitamente que la población mexicana debe tener acceso a los servicios de salud con calidad. Pero además, el programa reconoce el acceso, a nivel de objetivos y mediante estrategias muy puntuales dirigidas a la población migrante, lo que incluye a los migrantes de retorno.

1.3.2. Programa Especial de Migración

El Programa Especial de Migración (PEM) 2014-2018 es un marco normativo que relaciona entre otros temas la salud con la migración. En el marco de la Meta Nacional México Incluyente del PND 2013-2018, y de los objetivos que tienen que ver con asegurar el acceso a los servicios de salud y con garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población, el PEM se pronuncia por el objetivo de favorecer los procesos de integración y reintegración de los migrantes y sus familias.

Según el PEM, en el actual contexto mexicano, en el que ha habido cambios importantes en la migración de retorno, es necesario replantear el acceso a los bienes y servicios públicos que

permitan la participación laboral, el cuidado de la salud y la educación, ya que el acceso a los servicios sanitarios es bastante limitado, pues casi la mitad de los retornados no cuenta con acceso a los servicios médicos (PEM, 2016, pp. 41-42).

El PEM es la base para la instrumentación de una política de Estado en materia migratoria, “con un enfoque de atención integral y adecuada gobernanza de las distintas dimensiones de la migración en México” (PEM, 2016, p.51), entre ellas la migración de retorno.

El diseño y puesta en marcha de acciones para la integración de la población migrante de retorno requiere de esfuerzos articulados y proyectos de inclusión laboral, social y cultural en las comunidades, que impulsen acciones para promover el desarrollo personal y para garantizar el acceso a los servicios de salud públicos en condiciones de igualdad y equidad (PEM, 2016, p. 61).

EL PEM define cinco objetivos, de los cuales el objetivo 4 se relaciona con el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno al establecer que, se deben “Favorecer los procesos de integración y reintegración de las personas migrantes y sus familiares” (PEM, 2016, p. 61)

En el marco del objetivo 4, el PEM garantiza el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno con las siguientes acciones:

- Promover el reconocimiento de documentos migratorios y de identidad para facilitar el acceso a servicios públicos y privados.
- Promover talleres interculturales para la integración de inmigrantes y mexicanos de retorno.
- Diseñar mecanismos de coordinación federal y local para promover la integración económica, social, cultural y política de personas migrantes.
- Desarrollar y operar mecanismos de vinculación y coordinación interinstitucional para ampliar las oportunidades de empleo de las personas migrantes.

- Crear incentivos para contratar a personas migrantes de retorno, refugiadas y beneficiarias de protección complementaria.
- Crear mecanismos de integración económica, social, cultural y de reinserción laboral a nivel local articulados con los programas de repatriación.

Es decir, el PEM 2014-2018, establece acciones que contribuirán a facilitar el acceso a servicios públicos, lo que incluye el acceso a los servicios de salud. Promueve la integración de los retornados, lo que facilita el acceso a los servicios de salud. También impulsa la integración económica mediante empleos formales, lo que contribuye a garantizar el acceso a los servicios de salud mediante la prestación de afiliación a una institución de salud.

1.3.3. Programa Nacional de Población 2014-2018

La política de población [plasmada en el Programa Nacional de Población (PNP) 2014-2018] tiene una naturaleza claramente transversal, ya que incluye acciones que competen a los ámbitos económico, social, político, cultural, geográfico y demográfico. Para ello, el PNP 2014-2018 busca que la acción gubernamental potencialice las capacidades individuales y sociales, mediante los principios de coordinación interinstitucional, federalismo, rendición de cuentas, bienestar social e individual, y derechos individuales y sociales (Programa Nacional de Población 2014-2018, 2014, p. 17)

Para hacer frente a los desafíos que se derivan de los principios, el PNP 2014-2018 plantea cinco objetivos, de los cuales el objetivo 4 tiene que ver con la migración internacional, y que establece la necesidad de “atender los desafíos sociodemográficos de la migración internacional en sus distintas modalidades” (PNP 2014-2018, 2014, p.66).

De las distintas estrategias que se plantean para el logro de este objetivo, la estrategia 4.5 está dirigida a la migración de retorno y establece que se deben “Impulsar acciones que faciliten la reintegración de los migrantes de retorno en el país” (PNP 2014-2018, 2014, p.67)

De las cinco líneas de acción que se plantean en esta estrategia las siguientes están relacionadas con el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno:

- Generar programas de capacitación laboral y certificación de habilidades que faciliten la reinserción en los mercados de trabajo.
- Promover medidas de asistencia y protección priorizando la atención a migrantes de retorno

La reinserción en mercados de trabajo formales garantizará la afiliación de los migrantes de retorno a una institución de salud, como parte de las prestaciones que deben otorgar las empresas. Una manera de proteger y asistir a los migrantes de retorno es mediante el acceso a los servicios de salud.

Es decir, el PNP 2014-2018, define objetivos y estrategias concretos para hacer frente a los desafíos derivados de los principios de la política de población, entre los que se cuentan los derechos individuales y sociales. El Programa define además, un objetivo dirigido a atender los desafíos sociodemográficos de la migración internacional en sus distintas modalidades, uno de los desafíos es el acceso a los servicios de salud y una de las modalidades es la migración de retorno.

1.3.4. Programa de Acción Específico Vete Sano Regresa Sano

El Programa de Acción Específico Vete Sano Regresa Sano (PAEVSRS) 2007-2012, es responsabilidad de la Secretaría de Salud, que establece que la migración es ahora el nuevo paradigma demográfico que impacta en la situación epidemiológica de las poblaciones y de los servicios de salud. El PAEVSRS reconoce que la migración en México, hoy en día, ha roto los paradigmas epidemiológicos y de atención médica establecidos en los sistemas de salud, toda vez que la cobertura efectiva es en este caso sobre una población móvil, como la migración de retorno.

Uno de los principales problemas para otorgar servicios de salud a los migrantes, es la dificultad del seguimiento de las acciones recibidas y la obtención de registros adecuados en salud. Su alta vulnerabilidad, al estar inscritos en entornos laborales deficientes y fuera de sus sitios de origen pone en peligro su salud. Por ello desde 2001, se han instrumentado acciones

para que la población migrante *se vaya, se conserve y regrese sana*. El Programa, ofrece información, orientación, capacitación, difusión y comunicación a los migrantes en sus lugares de origen, traslado y destino a través de la red de servicios en las rutas de migración, acreditación de albergues agrícolas, realización anual de una semana de salud, atención en estaciones migratorias y en ventanillas de salud y capacitación sobre temas para el autocuidado de la salud.

La misión y la visión del Programa, se centran en cambiar los determinantes desfavorables y fortalecer los favorables de la salud de los migrantes, con el fin de mejorar su estilo de vida y garantizar la protección de su salud. La idea fundamental del Programa, es que al cambiar los factores se cambia la salud.

Es decir, el PAEVSRS, es un programa integral que beneficia en particular a los migrantes de retorno mediante actividades de información, orientación, capacitación, difusión y comunicación. Descansa en la premisa de que cambiando los determinantes desfavorables y fortaleciendo los favorables de la salud de los migrantes, se mejora su salud y se garantiza la protección de su salud.

1.3.5. Programa Repatriación de Connacionales Enfermos Graves

El objetivo del Programa Repatriación de Connacionales Enfermos Graves (PRCEG), es canalizar a los pacientes graves de acuerdo a su padecimiento a centros de salud federales o bien a hospitales de las entidades federativas, con la finalidad de brindarles la atención médica requerida en el menor tiempo posible.

El proceso de repatriación del PRCEG se lleva a cabo en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y la Red Consular Mexicana. Este proceso proporciona la asistencia médica necesaria, de preferencia en su lugar de origen a los connacionales enfermos graves que están siendo atendidos en otros países, por presentar alguna enfermedad de especialidad o por haber sufrido un accidente y requerir tratamiento a largo plazo.

En resumen, los marcos normativos internacional y nacional en materia de salud y acceso a los servicios de salud, analizados en este capítulo, son pronunciamientos muy generales tanto en la dimensión geográfica como en el tiempo. El alcance geográfico de la normatividad internacional no tiene barreras, las premisas van dirigidas a todos los países del mundo y a todas las personas, por lo tanto, aplican para México y para los migrantes de retorno. Por su parte, la dimensión temporal es de muy largo plazo y por lo tanto aplica en cualquier momento. La normatividad nacional obviamente tiene una dimensión geográfica más reducida, se circunscribe exclusivamente a nuestro país y la temporalidad es de largo plazo en lo que concierne a La Constitución y a las Leyes. También es de mediano plazo, con un periodo de seis años para el caso del Plan Nacional de Desarrollo y los programas que se derivan de él. En todo caso, las premisas que emanen de la normatividad nacional aplican para nuestro país y para nuestros compatriotas que regresan a sus lugares de origen. La normatividad programática a diferencia de la internacional y nacional es responsabilidad generalmente de instituciones, cuyas acciones pueden ser evaluadas en el corto plazo y poder determinar con ello si están teniendo un efecto en la salud y en el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno en México.

En este contexto, es muy importante mencionar que en abril de 2016, en el marco del Día Mundial de la Salud, autoridades de salud de nuestro país firmaron un Acuerdo Nacional tendiente a la Universalización de los Servicios de Salud, con el propósito de lograr de manera gradual que la población mexicana tenga acceso a servicios médicos. Este conjunto de acciones contribuirán a garantizar un acceso efectivo a los servicios de calidad de todos sus habitantes, incluidos los migrantes de retorno (Noticias de OPS, 2017).

CAPÍTULO II

LA SALUD DE LOS MIGRANTES DE RETORNO

Desde el punto de vista de salud, los migrantes de retorno se pueden clasificar en tres categorías: los que regresan ya enfermos, los que regresan sanos pero con ciertos factores de riesgo que los predisponen a ciertas enfermedades y los que regresan sanos. Los primeros, requieren a su regreso de manera inmediata de servicios de salud para atenderse y los segundos pueden requerirlos después de un cierto tiempo. El objetivo de este capítulo, es hacer un análisis de la relación entre migración y salud, de algunos factores de riesgo en los migrantes que residen en los Estados Unidos y de algunas de las enfermedades por las que se atienden los migrantes mexicanos a su regreso a nuestro país.

2.1 La relación entre salud y migración

Desde el siglo pasado la relación entre salud y migración se ha estudiado con un enfoque de salud pública. Este enfoque permite analizar la salud de los migrantes desde una perspectiva integral tanto en sus comunidades de origen y retorno como en las de tránsito y destino (OIM, 2016, p. 4).

Los migrantes ilegales al cruzar los países para llegar a su destino, se exponen a diferentes climas y condiciones de viaje imprevistas que ponen en riesgo su salud y vida, y aunque la migración ocurre en las personas más saludables, existen diferentes condiciones de riesgo que afectan su salud, en particular en los grupos de mayor vulnerabilidad social como las mujeres, niños, adolescentes e indígenas (Salgado de Snyder et. al. 2016, p. 13). En los países receptores se observan marcadas inequidades en cuestiones de salud entre los migrantes y los residentes, cuyos efectos a nivel individual y grupal tienen un fuerte impacto en la epidemiología de algunas enfermedades (Salgado de Snyder et. al., 2016, p. 16).

Los migrantes mexicanos en general conforman un grupo socialmente vulnerable, que está desprotegido para enfrentar riesgos, amenazas y daños potenciales a su salud y a la violación

de sus derechos humanos, por el simple hecho de contar con menores recursos económicos, sociales y legales. El migrante mexicano especialmente el indocumentado, enfrenta situaciones de riesgo en el lugar de origen, en los puntos de tránsito y en el país de destino (Salgado de Snyder et. al., 2007, p. 17).

Los migrantes ven afectada su salud y su habilidad para adaptarse a un nuevo ambiente de vida en el país de destino, por ciertos acontecimientos de que son objeto como la pérdida de seres queridos, temor, tortura y violación en sus diferentes formas que les pueden ocurrir antes o durante el viaje (OIM, 2016, pp. 8-9).

En México, se han llevado a cabo diversos estudios que han analizado desde diferentes perspectivas la relación entre migración y salud. Entre los temas que han abordado están el VIH/SIDA, salud sexual y reproductiva, drogas, salud mental, tuberculosis, desnutrición, y enfermedades por exposición a plaguicidas.

En 2002, Del Río y Sepúlveda analizaron la relación entre la migración y el incremento de la epidemia del SIDA en áreas rurales. Por su parte Fosados (2006), analizó la asociación entre el uso de condón y la migración a Estados Unidos en los municipios de Tonalá y Cuauhtémoc, encontrando que en estos dos municipios la mayor experiencia migratoria se asoció significativamente al uso del condón. Por su parte, los informes del CENSIDA de la SSA muestran que las tasas de VIH/SIDA se asocian a los estados donde existe una fuerte expulsión de migrantes (Moya y Uribe, 2007, pp. 2-3).

La relación migración y SIDA también se ha analizado desde la perspectiva de los derechos humanos. Según el OIM, se ha demostrado que los migrantes son más vulnerables a contraer el SIDA que las poblaciones locales. También se ha encontrado que algunos migrantes son vulnerables a la infección cuando trabajan lejos del hogar y viven en campamentos donde solo hay hombres. En las mujeres, el mayor riesgo ocurre durante el tránsito hacia el lugar de destino, ya que tienen que prostituirse para poder sobrevivir. En los lugares de origen, los cónyuges de los migrantes están expuestos a un mayor riesgo de infección, cuando éstos regresan de países donde existe una elevada prevalencia del SIDA (Moya y Uribe, 2007, p.3).

En un estudio realizado en seis comunidades del estado de Chiapas para valorar la incidencia de factores como el nivel de escolaridad, las actividades domésticas y extradomésticas, la participación comunitaria y algunas características de la anticoncepción, se observó que el uso de anticonceptivos se explica por el nivel de escolaridad y por la edad. (Austreberta Nazar, 2001, citado por Moya y Uribe, 2007, p. 6).

En los estudios sobre tuberculosis, el interés se centra en determinar el riesgo que representan los migrantes para la transmisión de tuberculosis. En estos estudios se considera que la pobreza y la migración constituyen factores de riesgo para contraer la enfermedad. En particular Álvarez (2001) analizó el control de la tuberculosis mediante una investigación cualitativa. Los resultados muestran que la elección de alternativas para el tratamiento de la enfermedad está afectada por las percepciones que se tienen sobre la misma (Moya y Uribe, 2007, p. 7).

La relación entre salud mental y migración se ha estudiado en la población rural de regiones con alta tradición migratoria. El análisis indica que la escasa presencia de servicios especializados en salud mental en el medio rural mexicano es por sí misma un problema, pero además de esto, existe la tendencia a que las personas busquen ayuda sólo cuando manifiestan un padecimiento físico. Los síntomas emocionales tienden a ser ignorados, sobre todo si los padecen las mujeres, ya que en ellas algunos se consideran normales, aun cuando sean crónicos e incapacitantes (Salgado de S., 2003: 22, citado por Moya y Uribe, 2007, p. 7)).

Un estudio en adolescentes rurales de municipios con alta tradición migratoria llevado a cabo por Agujera y otros en 2004, analizaron las características psicosométricas. Sus hallazgos demuestran que existe relación entre trabajar fuera del hogar y presentar síntomas depresivos. Los adolescentes además de estudiar, realizan actividades económicas para apoyar el sostenimiento familiar, aspecto que sumado a la ausencia paterna por migración internacional, el lugar que ocupa la figura materna y las condiciones laborales y educativas de los contextos rurales en los que se quedan las familias, contribuye a la generación de cuadros depresivos (Moya y Uribe, 2007, p. 8).

La relación entre drogas y migración ha cobrado especial relevancia dado el crecimiento en el uso de drogas a nivel nacional. Este incremento en el consumo se ha verificado especialmente en los municipios y regiones con alta tendencia migratoria. Además, se ha diversificado la variedad de drogas y ha aumentado el uso de sustancias como cocaína, heroína y, más recientemente, metanfetaminas y crack. Su consumo ha cobrado presencia en zonas donde no existían habitualmente, como es el caso de Puebla, Guanajuato, Michoacán y Jalisco, todas estas entidades con un alto índice de migración hacia Estados Unidos (Moya y Uribe, 2007, p. 8)

Sánchez y Huesca en 2006, compararon dos grupos de usuarios de drogas, unos con experiencia migratoria y otros sin ella. Sus resultados indican que la mayor parte del grupo de usuarios migrantes a la frontera norte hace uso de sustancias depresoras, mientras que el grupo de migrantes a Estados Unidos usa más estimulantes. Por otro lado, aunque la mayoría de usuarios migrantes había consumido drogas legales e ilegales en su lugar de residencia, durante la estancia migratoria en la frontera norte o en Estados Unidos, el consumo se incrementó (Moya y Uribe, 2007, p. 8).

Otro estudio de los mismos autores pudo constatar que la evolución del consumo de drogas y su repercusión en la vida familiar y personal de los usuarios, está marcada por diferencias de género. Mientras que los hombres usaron drogas en el lugar de destino con fines de evasión, y para rendir más en el trabajo, en las mujeres no se aprecia un patrón común sobre la forma en que la experiencia migratoria influyó en el consumo. Así mismo, se observó que el uso de heroína, cocaína y crack tiene efectos más destructivos en las mujeres, quienes en etapas adictivas incurren en conductas ilegales como el robo, o la venta de drogas o incluso en la prostitución (Moya y Uribe, 2007, p. 9).

En el tema de desnutrición preescolar se comparó la prevalencia de desnutrición entre preescolares migrantes y no migrantes de muy alta marginación. El análisis mostró diferencias evidentes entre familias migrantes y no migrantes. La migración incrementó tres veces el riesgo para desnutrición en los niños de 60 a 71 meses. Los hallazgos justifican la

necesidad de implantar estrategias de intervención alimentaria y considerar el factor de la migración en la planeación de la salud (Núñez Rocha, 1998, citado por Moya y Uribe, 2007, p. 9).

Otro análisis analizó los problemas de salud en jornaleros y jornaleras migrantes en Sinaloa. Este estudio encontró que las mujeres presentaron seis veces más probabilidad de enfermarse de anemia y asma, dos veces más parásitos, el doble de infecciones respiratorias y estomacales y 38 por ciento más de enfermedades del corazón (Palacios Nava, 2004: 268, citado por Moya y Uribe, 2007, p. 9).

Como se puede ver, el análisis del impacto de la migración en la salud es muy complejo, porque las personas que se mueven de un lugar a otro sufren cambios en sus patrones culturales, familiares y sociales, que son factores que afectan su salud y la exposición a incurrir en conductas de riesgo en el lugar de origen, tránsito y destino.

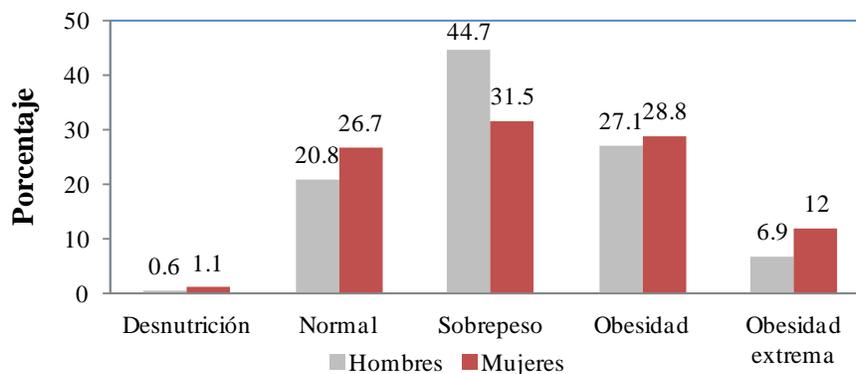
2.2 Algunos factores de riesgo en los migrantes mexicanos en Estados Unidos

En epidemiología, un factor de riesgo es toda circunstancia, característica, exposición o conducta que incrementa la probabilidad de que la persona tenga una enfermedad o cualquier otro problema de salud (OMS, 2017; Tafani et. al., 2013, p. 55). Es decir, las personas expuestas a algún factor de riesgo, presentan una mayor frecuencia de algún problema de salud, que las personas que no están expuestas al factor.

La dieta es una conducta de las personas que puede tener efectos en el índice de masa corporal y que está relacionada con la migración, ya que muchas veces las personas cambian su dieta en el país de destino. En el caso de los mexicanos, si bien el cambio alimenticio después de la migración no es drástico, algunos estudios han señalado que, aunque se consumen alimentos típicos de la cocina nacional, es notable la incorporación de comida rica en azúcares concentrados y grasas saturadas (Arenas *et. al.*, 2013; Popkin, 2006, citados por CONAPO et.

al., 2014), lo que tiene un efecto en el índice de Masa Corporal¹ y en la obesidad, la cual es un factor de riesgo para enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes y colesterol elevado.

Gráfica 2.1. Distribución porcentual de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos de 18 años y más según índice de masa corporal y sexo, 2012-2013



Fuente: CONAPO et. al. (2014), p. 55)

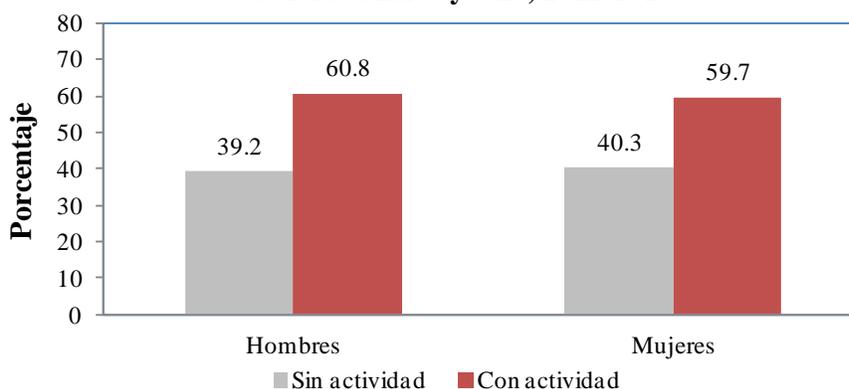
Datos del CONAPO, que analizan el índice de masa corporal y la desnutrición, en inmigrantes mexicanos que residen en Estados Unidos y que son mayores de 18 años, indican que en el periodo 2012-2013 la distribución porcentual de los hombres según el índice de masa corporal fue: desnutrición 0.6 por ciento, normal 20.8, sobrepeso 44.7, obesidad 27.1 y obesidad extrema 6.9 por ciento. En las mujeres el 1.1 por ciento está en condiciones de desnutrición, el 26.7 está en una situación normal, el 31.5 tiene sobrepeso, el 28.8 tiene obesidad y el 12 por ciento está en condiciones de obesidad extrema (CONAPO et. al. 2014, p. 55). Estas cifras muestran que las mujeres tienen mayores niveles de desnutrición, de obesidad y de obesidad extrema (véase gráfica 2.1).

Otro factor de riesgo muy importante que está asociado con la condición de salud es la actividad física de las personas. En la población inmigrante mexicana en Estados Unidos, de acuerdo con estimaciones del CONAPO del periodo 2012-2013 el porcentaje de hombres que

¹ El índice de masa corporal de una persona se calcula dividiendo los kilogramos de peso entre el cuadrado de la estatura en metros. Se utiliza para determinar si las personas tienen sobrepeso o si son obesas. (Texas Heart Institute, 2017).

no tienen actividad física es de 39.2, mientras que el de los que tienen actividad física es de 60.8. Por otro lado, entre las mujeres, el porcentaje de las que no tienen actividad física es 40.3 en tanto el de las que tienen actividad física es de 59.7 por ciento (CONAPO et. al. 2014, p. 58). Estos datos muestran que no hay diferencias importantes entre los hombres y mujeres inmigrantes mexicanos según la condición de actividad física (véase gráfica 2.2).

Gráfica 2.2. Distribución porcentual de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos por condición de actividad física y sexo, 2012-2013



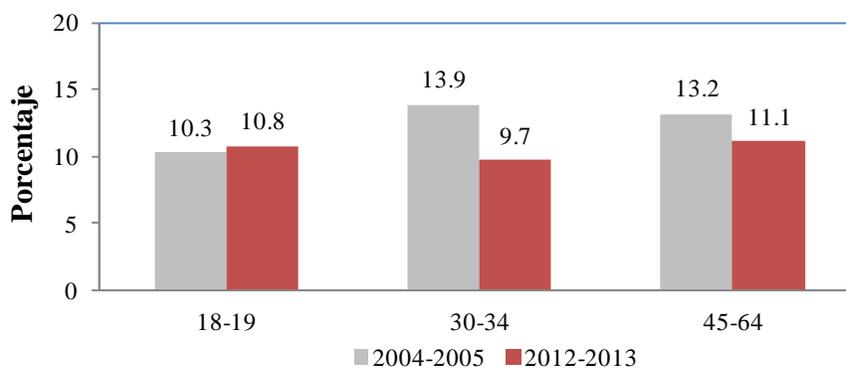
Fuente: CONAPO et. al. (2014), p.58

Un factor de riesgo adicional que está asociado con diferentes enfermedades es la condición de fumar. En la población migrante mexicana que vive en Estados Unidos este factor está presente y la distribución según la edad y el tiempo muestra diferencias importantes. De acuerdo con estimaciones del CONAPO en el periodo 2004-2005 en el grupo de 18-19 años de edad el 10.3 por ciento de los inmigrantes mexicanos fuma, en el grupo de 30-34 es el 13.9 y en el grupo de 45-64 el porcentaje es de 13.2. Para 2012-2013 se observa un incremento en el grupo de 18-19, y un descenso en los grupos de 30-34 y de 45-64 años de edad (CONAPO et. al. 2014, p. 61) (véase gráfica 2.3).

El abuso en el consumo del alcohol es un factor de riesgo que está asociado con los accidentes y enfermedades hepáticas severas como la cirrosis (Guerrero et. al. 2013, citado por CONAPO et. al. 2014). Según datos del CONAPO, en el periodo 2012-2013 el promedio en cada ocasión que se ingiere alcohol entre los mexicanos residentes en Estados Unidos fue de 3.5 copas, que es mayor que entre los blancos no hispanos, en donde el promedio es de 2.6 copas. Este

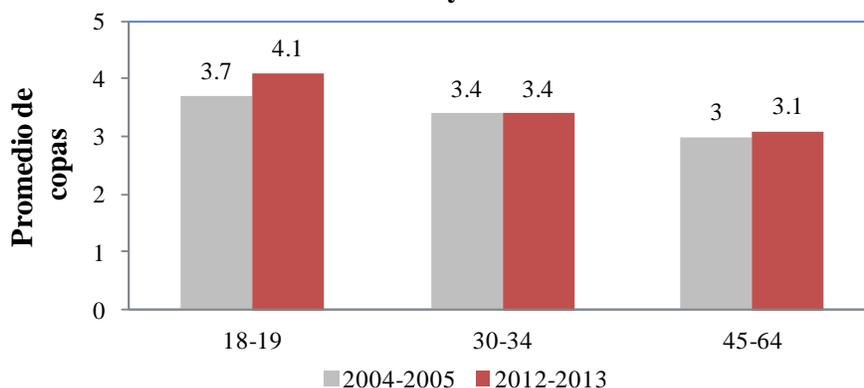
promedio entre los mexicanos residentes en Estados Unidos tiende a disminuir con la edad. En 2004-2005 el promedio de consumo de alcohol entre los inmigrantes en Estados Unidos de 18-29 años fue de 3.7 copas, en el grupo de 30-34 años bajó a 3.4 y en los de 45-64 años era inferior (3 copas). Para el periodo 2012-2013, el promedio en el grupo de 18-19 años se incrementó, mientras que en los otros grupos de edad permaneció constante (CONAPO et. al. 2014, p. 59) (véase gráfica 2.4).

Gráfica 2.3. Porcentaje de inmigrantes en Estados Unidos que fuman según grupo de edad, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: CONAPO et. al. (2014), p. 61

Gráfica 2.4. Consumo de alcohol de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos según grupo de edad, 2004-2005 y 2012-2013

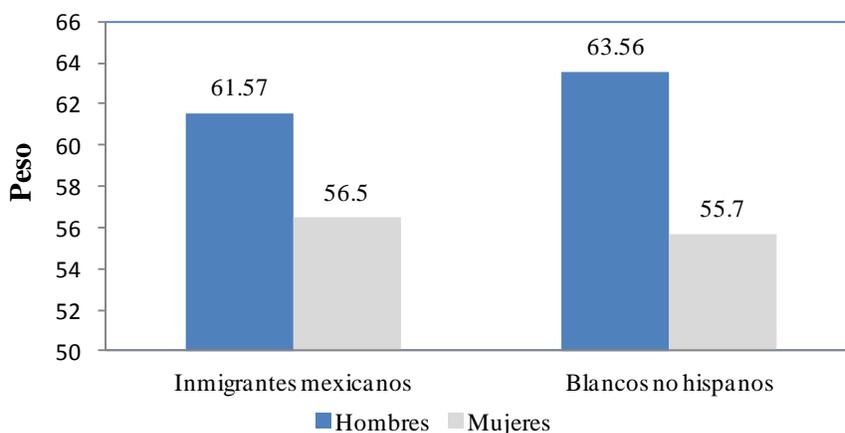


Fuente: CONAPO et. al. (2014), p. 59

La adolescencia es una etapa en la que se adquieren patrones de comportamiento para los siguientes años de la vida que pueden determinar la aparición de enfermedades que merman la calidad de vida y causar muertes prematuras (Secretaría de Salud, 2012, citado por CONAPO

et., al. 2014). En Estados Unidos, este segmento de su población está expuesto al consumo de alimentos con elevados niveles de grasa, sodio y azúcar que, junto con la inactividad física pueden derivar en sobrepeso y obesidad que son factores de riesgo de ciertas enfermedades (CONAPO et. al. 2014, p. 53). En este sentido, es importante señalar que el peso promedio de la población adolescente femenina de 12 a 17 años inmigrante mexicana en Estados Unidos, es mayor que el de la población femenina nativa blanca no hispana. Datos del CONAPO indican que los pesos promedio son de 56.55 contra 55.5 kilogramos respectivamente (véase gráfica 2.5).

Gráfica 2.5. Peso promedio de adolescentes en Estados Unidos según grupo de población y sexo, 2012-2013



Fuente: CONAPO et. al. (2014), pp. 53-54

2.3 Algunas enfermedades que afectan a los migrantes de retorno

Según el Programa de Acción Específico Vete Sano Regresa Sano (PAEVSRS) 2007-2012 la migración de retorno tiene impactos en aspectos educativos, de salud, demográficos, económicos, de participación social y políticos entre otros. En cuestiones de salud, surgen al regreso diversos requerimientos ya que el migrante de retorno y su familia, como sujetos sociales con características heterogéneas, tienen diferentes necesidades y requieren distintas respuestas y solución a sus problemas (PAEVSRS, 2016, p. 22).

Los migrantes regresan por diversas razones entre las que se encuentran las de índole económica, familiar y de salud, y en general tienen mayores problemas de salud que los

inmigrantes que se quedan en los Estados Unidos en cuanto a la autopercepción de su salud, hipertensión y consumo de tabaco. En comparación con los mexicanos que nunca migraron a los Estados Unidos, los retornados parecen tener además más discapacidades físicas y más altas tasas de mortalidad (Salgado de Snyder et. al. 2016b, p. 43).

La morbilidad entre la población migrante constituye en la actualidad un rezago a vencer en México. Las enfermedades crónico degenerativas aparecen repuntando y tienen impactos tanto en los lugares de destino nacional como internacional (véase cuadro 2.1), esto justifica plenamente las acciones de promoción de la salud, ya que las enfermedades que se manifiestan más en el migrante son prevenibles (PAEVSRS, 2016, p. 28).

Cuadro 2.1. Enfermedades entre la población migrante según tipo de comunidad

| Enfermedades en comunidades de origen | Enfermedades en comunidades de destino |
|--|--|
| 1. Infecciones respiratorias agudas | 1. Diabetes |
| 2. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 2. Obesidad |
| 3. Infecciones de vías urinarias | 3. Hipertensión |
| 4. Úlceras, Gastritis y Duodenitis | 4. Tuberculosis |
| 5. Otitis media aguda | 5. Estrés – Depresión |
| 6. Amibiasis Intestinal | 6. Cáncer Cérvico Uterino |
| 7. Hipertensión arterial | 7. Cáncer de mama |
| 8. Gingivitis y enfermedad periodontal | 8. Enfermedades de actividad laboral |
| 9. Diabetes Mellitus no insulino dependiente (tipo II) | 9. Cáncer de próstata |
| 10. Otras helmintiasis | 10. Sida |

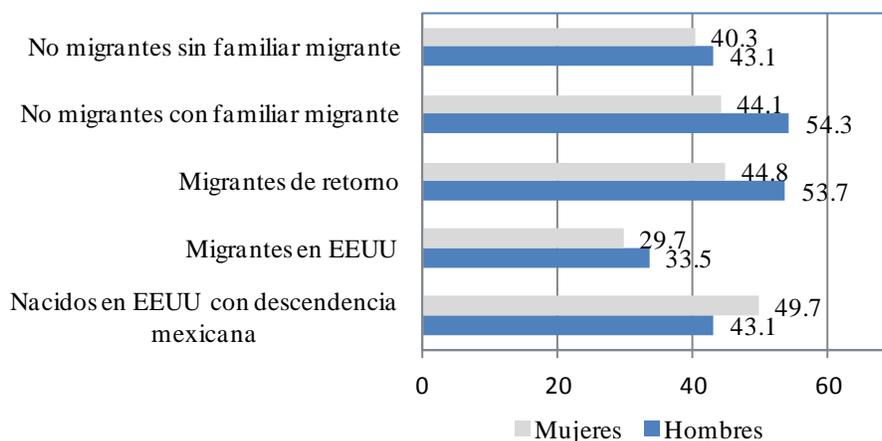
Fuente: Programa de Acción Vete Sano Regresa Sano (2016, p. 28)

En México, algunos investigadores han analizado el problema de salud en los migrantes de retorno. Los estudios que aquí se presentan tienen que ver con la violencia, percepción de salud, cáncer, traumatismos, cirugía electiva, discapacidad, limitación de actividades, insuficiencia renal y enfermedades psiquiátricas.

En 2013 Borges et. al. (2013) llevaron a cabo un estudio sobre cuestiones de violencia con base en una muestra combinada de la Mexican National Comorbidity Survey y de la Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. La muestra combinada fue representativa

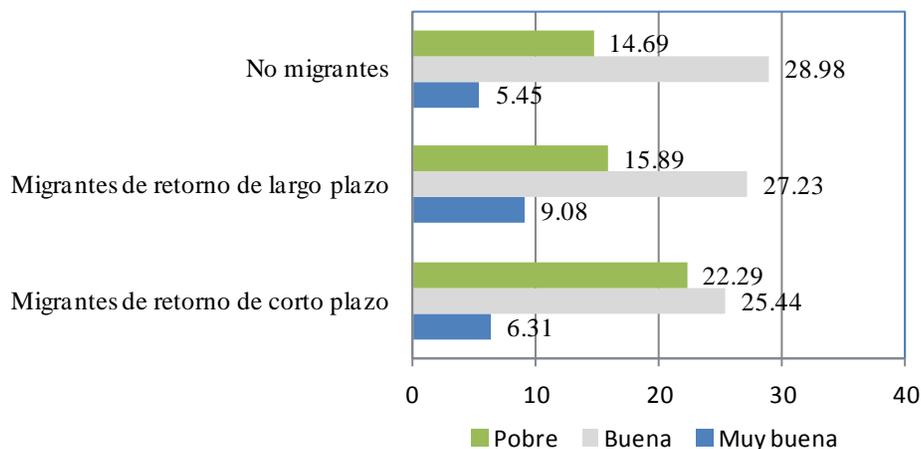
de la población mexicana y de la población de origen mexicano en los Estados Unidos. Para el estudio se definieron cinco grupos poblacionales, uno de los cuales fue el de migrantes de retorno mexicanos que estuvieron al menos tres meses en Estados Unidos trabajando o estudiando. En la gráfica 2.6 se puede observar que la tasa más alta de experiencia de violencia agresiva entre hombres corresponde a los migrantes de retorno con 53.7 por ciento. Entre las mujeres es la segunda tasa más alta con 44.8 por ciento, sólo superada por las nacidas en Estados Unidos con ascendencia mexicana (49.7%).

Gráfica 2.6. Porcentaje de cualquier tipo de violencia agresiva según condición de migración y sexo, 2014



Fuente: Borges et. al. (2014)

Gráfica 2.7. Porcentaje de percepción de salud según condición de migración, 2014

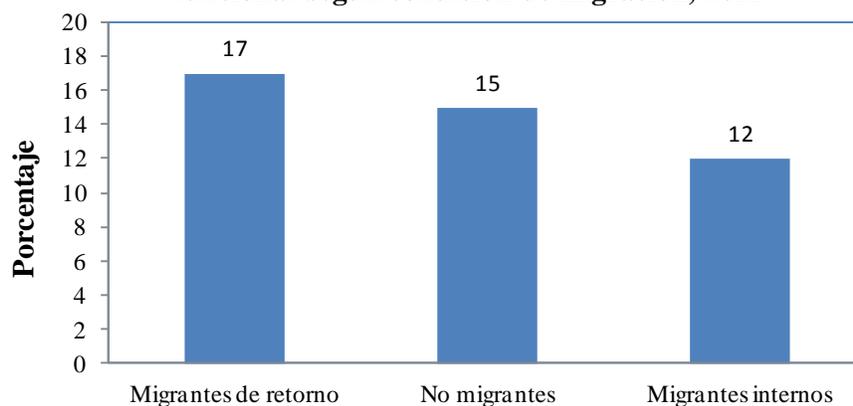


Fuente: Águila y Zissimopoulos (2014)

Respecto a la percepción de salud, Águila y Zissimopoulos (2014) con base en el trabajo Mexican Health and Aging Study de 2001-2013, el cual es representativo a nivel nacional de personas nacidas antes de 1951, estudiaron la percepción de salud según la condición de migración. Sus resultados indican que en 2013, el porcentaje más alto de percepción de salud pobre fue entre los migrantes de retorno (véase figura 2.7).

En relación con pruebas de detección de cáncer, Guerrero et. al. (2013), con base en una muestra probabilística de mujeres migrantes nacidas en México y que regresaron de manera involuntaria o voluntaria de Estados Unidos a México, encontraron en 2013 que 22.2 por ciento se hicieron en el año previo una prueba de Papanicolaou y que 30.6 por ciento una mamografía. También encontraron que las mujeres migrantes indocumentadas en comparación con las documentadas tuvieron una menor probabilidad de hacerse la prueba de Papanicolaou y que los resultados fueron muy similares al ajustar por factores de confusión sociodemográficos y de aculturación².

Gráfica 2.8. Porcentaje de mujeres con discapacidad funcional según condición de migración, 2012



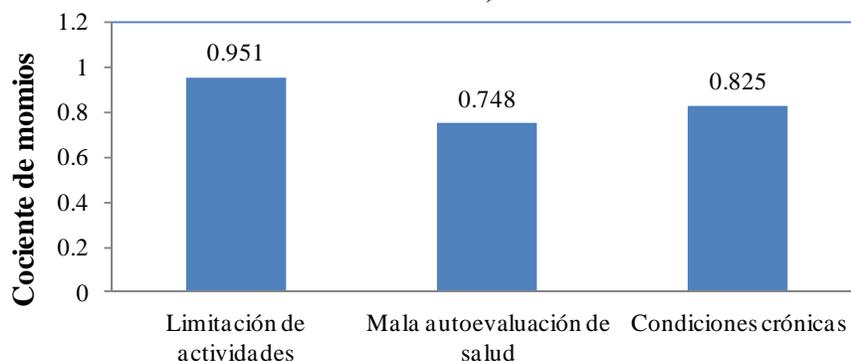
Fuente: Wong y González (2012)

² La aculturación se define como la transferencia de elementos o rasgos de una cultura a otra (Valdés, 2014, p.3).

Por otro lado, González-Block y Sierra-de la Vega (2011) llevaron a cabo un estudio en 48 servicios de salud municipales y 47 hospitales privados que prestan servicios a municipios de Alta migración en México, así como en 15 municipios y 159 Hospitales privados de 10 ciudades mexicanas a lo largo de la frontera con los EE.UU. Los pacientes fueron migrantes que regresaron a México buscando atención médica. De acuerdo con sus resultados los diagnósticos más comunes fueron traumatismos, complicaciones de la diabetes y cirugía electiva. Entre los hospitales privados los diagnósticos más frecuentes fueron las cirugías electivas, seguidas de complicaciones de la diabetes.

El tema de la discapacidad, fue abordado por Wong y González-González en 2012 con base en el Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento de 2001 de una muestra de personas mayores de 60 años. Sus resultados indican que el porcentaje de mujeres con discapacidad funcional según condición de migración muestran diferencias estadísticamente significativas. En la gráfica 2.8 se puede observar que el porcentaje de discapacidad funcional en las mujeres migrantes de retorno es de 17 por ciento, mientras que en las no migrantes y migrantes internas los datos son de 15 y 12 por ciento respectivamente. Lo que sugiere que las mujeres migrantes de retorno son más proclives a tener una discapacidad funcional.

Gráfica 2.9. Cociente de momios en migrantes de retorno en México según condiciones de salud seleccionadas, 2013



Fuente: Bostean (2013)

En 2013, Bostean llevó a cabo un estudio con base en la Family Mexican Life Survey de 2002, que es una encuesta representativa nacional de la población mexicana de 12 años y más. Según sus resultados, el cociente de momios de la limitación de actividades es de 0.951 en los migrantes de retorno de 50 años y más. Lo que indica que la probabilidad de que los migrantes

de retorno tengan mayor limitación de actividades es casi un tercio (1/2.9) de la probabilidad de acceso de los no migrantes de retorno adultos mayores (véase gráfica 2.9).

Cuadro 2.2. Distribución porcentual de los pacientes repatriados por la Secretaría de Salud federal según tipo de diagnóstico, 2008

| Diagnóstico | N | % |
|-----------------------------|----|-----|
| Insuficiencia renal crónica | 22 | 28 |
| Enfermedades cerebrales | 18 | 23 |
| Paraplejia | 8 | 10 |
| Cáncer | 7 | 9 |
| Enfermedades mentales | 6 | 8 |
| Otras enfermedades | 18 | 23 |
| Total | 79 | 100 |

Fuente: INSP (2016), p. 22

En 2008, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2008, p. 20) el total de migrantes de retorno que fueron deportados³ con problemas de salud y cuya gestión se hizo a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores y de la Secretaría de Salud fueron 97. La Secretaría de Salud a nivel federal realizó la gestión de 79 de los 97 casos y los padecimientos más frecuentes reportados por esta Secretaría que atendió a estos migrantes deportados fueron: la insuficiencia renal crónica (28%), enfermedades cerebrales (23 por ciento) y paraplejia (10 %) (véase cuadro 2.2). Aunque el estudio se basa en una minoría de los migrantes de retorno, su importancia se debe a que, como los migrantes generalmente llegan sin recursos, entonces son afiliados al Seguro Popular, sin embargo, los costos de los diagnósticos más frecuentes de estos repatriados no son cubiertos por el Seguro Popular (INSP, 2016, p. 20), lo que implica un problema de acceso a servicios de salud permanente.

También en 2008, el Instituto Nacional de Salud Pública realizó un análisis de los hospitales que atendieron a los 97 repatriados según si el hospital es público o privado (INSP, 2016, p. 24). De acuerdo con el análisis se tiene que en total, fueron 12 los diagnósticos más mencionados por el personal que atendió a estos migrantes repatriados (Cuadro 3.5). Los cinco diagnósticos que con mayor frecuencia se mencionaron fueron: traumatismos (56.4%),

³ La repatriación humanitaria se lleva a cabo mediante el Programa de Repatriación de Enfermos Graves operado por la SRE en coordinación con la SSA y con los servicios estatales de salud (SESAS). Este mecanismo es la única vía formal de retorno de enfermos (INSP, 2016, p.20).

complicaciones de diabetes (38.2%), cirugía electiva (26%), VIH-SIDA (20%) e insuficiencia renal crónica 18.2%). En los hospitales públicos la mayor frecuencia correspondió también a los traumatismos con 83.9 por ciento, seguido de las complicaciones por diabetes que le correspondió el 48.4 por ciento. En los hospitales privados el diagnóstico más frecuente fue la cirugía electiva y en segundo sitio estuvieron las complicaciones por diabetes con 30 por ciento. Cabe destacar que el VIH-SIDA se menciona como un diagnóstico frecuente en un tercio de los hospitales públicos (véase cuadro 2.3).

Cuadro 2.3. Porcentaje de hospitales que reportaron un diagnóstico principal de migrantes Repatriados según tipo de hospital, 2008

| Principales diagnósticos mencionados | Total | Públicos | Privados |
|---------------------------------------|-------|----------|----------|
| Traumatismos | 56.4 | 83.9 | 5 |
| Complicaciones de diabetes | 38.2 | 48.4 | 30 |
| Cirugía electiva | 36.4 | 22.6 | 70 |
| VIH-SIDA | 20 | 32.3 | 5 |
| Insuficiencia renal crónica | 18.2 | 32.3 | 0 |
| Cáncer | 18.2 | 29 | 5 |
| Otras enfermedades crónicas | 14.5 | 16.1 | 15 |
| Enfermedades respiratorias | 12.7 | 19.4 | 5 |
| Picadura de insectos y deshidratación | 7.3 | 12.9 | 0 |
| Enfermedades psiquiátricas | 3.6 | 6.5 | 0 |

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, p. 24

El análisis de los datos de este capítulo indica que algunos de los padecimientos que aquejan a los migrantes de retorno en México son traumatismos, discapacidad, limitación de actividades, insuficiencia renal, enfermedades psiquiátricas y el cáncer. También muestran que algunos factores de riesgo que están presentes en los inmigrantes que viven en Estados Unidos, son la desnutrición, la obesidad, la inactividad física, la condición de fumar y el abuso del consumo de alcohol, por lo que es necesario garantizar en primer lugar, servicios de salud para atender las enfermedades que ya aquejan a los migrantes de retorno, pero también estar preparados

con servicios de salud para atender las enfermedades que se derivan de los factores de riesgo de los mexicanos que viven en Estados Unidos y que son migrantes de retorno potenciales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

La utilidad de la información de una investigación, depende mucho de la representatividad de las poblaciones de interés y de la metodología utilizada para su análisis. En este contexto, el uso de fuentes de información que se basan en muestras probabilísticas juegan un papel muy importante ya que permiten extender los resultados a los universos de estudio, pero además intervienen otros temas como la correcta operacionalización de las variables, así como los tipos de estudio y análisis estadísticos apropiados de acuerdo con la información disponible. El objetivo del capítulo es describir todos estos elementos, en los datos utilizados en esta tesis para el análisis de la asociación entre el acceso a los servicios de salud y ser o no migrante de retorno en México.

3.1 Fuentes de información

Las fuentes de información que han utilizado algunos investigadores para analizar el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno, son los Censos de Población de México de 2000 y 2010. En esta tesis, se usa la información que captó al respecto la Encuesta Intercensal (EIC) 2015.

En México, los censos de población son la fuente de información más importante para captar información sobre la migración internacional en su modalidad de inmigración, principalmente por su cobertura geográfica, ya que captan información sobre toda la población residente en el país.

Los censos de población de 2000 y 2010 incluyeron preguntas que permiten conocer y medir la inmigración internacional en México. Las preguntas utilizadas son: 1) el lugar de

nacimiento, y 2) el lugar de residencia en una fecha fija anterior a la fecha de la entrevista (cinco años antes). El censo del año 2000 incluyó además por primera vez en la pregunta sobre lugar de residencia en una fecha previa, la opción de municipio o delegación de residencia cinco años antes.

En el cuestionario ampliado del censo de 2000, además de las preguntas del cuestionario básico, se integró una sección sobre migración internacional en los últimos cinco años, con la cual es posible identificar si alguna persona que formaba parte del hogar se fue a vivir a otro país y conocer diversas características de los residentes del hogar.

Las encuestas por su parte, proporcionan información de gran relevancia y según Welti (2007), deberían ser la fuente idónea para el análisis detallado de la historia migratoria de los individuos y de los fenómenos económicos, psicosociales, culturales y políticos asociados con la migración. La información que captan es muy valiosa para los periodos intercensales. En nuestro país, existen encuestas de tipo transversal que proporcionan información en un solo momento del tiempo y las periódicas que aunque tienen propósitos distintos al estudio de la migración incluyen preguntas relacionadas con el tema y permiten hacer un seguimiento del fenómeno migratorio (Welti, 1997).

La Encuesta Intercensal (EIC) 2015, es una encuesta de cobertura temática amplia que actualizó la información sobre el volumen, composición y distribución de la población residente en el territorio nacional, y de diversos indicadores socioeconómicos y culturales, así como de las condiciones prevalecientes en las viviendas del país. La EIC 2015 aborda temas presentes en los últimos censos y es comparable con ellos, pero también incorpora temas de reciente interés entre los usuarios. Con un tamaño de muestra de 6.1 millones de viviendas, es la más grande que se haya realizado en México, por lo que proporciona información a nivel nacional, por entidad federativa, municipio y para cada una de las localidades con 50 mil o más habitantes del país. La EIC 2015, se llevó a cabo con la finalidad de actualizar la información sociodemográfica a la mitad del periodo comprendido entre los Censos de 2010 y 2020, y captó información sobre las viviendas y la población. Con respecto a la población, la EIC 2015 incluyó entre otros el tema de la migración internacional (INEGI, 2016).

3.2 Definición de variables y su operacionalización

3.2.1 La migración de retorno

Existen varios aspectos ambiguos en la definición y medición de la migración. Entre los principales se tienen: 1) *qué se entiende por residencia habitual* y 2) *cómo se operacionaliza este concepto en una medición real*. La noción de residencia habitual se puede entender como el lugar donde el individuo tiene su hogar. Sin embargo, lo anterior no impide que surjan contradicciones ya que una persona puede tener más de un hogar, por lo que es posible que no sea capaz de identificar cuál es su hogar o bien puede vivir la mayor parte del tiempo fuera del hogar, tal como acontece con los estudiantes provincianos que asisten a universidades de la capital. Además, en el trabajo práctico no necesariamente coinciden el contenido que el demógrafo le asigna al concepto de residencia, con lo que la gente entrevistada considera como tal. Por otro lado, dentro de los mismos encuestados, lo que se entiende por residencia puede variar sustancialmente de un individuo a otro (Welti, 1997, p. 125).

En 2015, el CONAPO llevó a cabo un estudio en donde con base en los censos mexicanos de 2000 y 2010 se hizo una clasificación de la población mexicana en migrantes de retorno y no migrantes de retorno. Según CONAPO, estas fuentes de información permiten estimar la migración internacional en su modalidad de *stock*, es decir captan personas y no eventos de las personas.

La migración internacional de retorno reciente, se refiere a personas nacidas en el país de 5 años de edad o más, que en el momento del levantamiento censal se encontraban viviendo en México y que cinco años antes vivían en otro país. La estimación de esta población se obtiene al comparar el *lugar de residencia* al momento del levantamiento con respecto a su residencia

cinco años antes. Además, al considerar la variable *lugar de nacimiento* es posible identificar a los mexicanos que retornaron al país y que vivían en el extranjero cinco años antes del levantamiento del cuestionario. La fuente de datos mexicana que capta esta población y que se utiliza en esta tesis es la Encuesta Intercensal (EIC) 2015.

La operacionalización para medir la migración internacional en los censos de 2000 y 2010 y en la EIC 2015, usando el lugar de nacimiento se presenta en los cuadros (3.1) y (3.2) respectivamente.

CUADRO 3.1. Preguntas de los censos de 2000 y 2010 para operacionalizar la migración con base en el lugar de nacimiento

| 2000 | 2010 |
|---|---|
| 4. LUGAR DE NACIMIENTO | 6. ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO |
| En que estado de la República o en que país nació (<i>NOMBRE</i>) ? | En qué estado de la República o en que país nació (<i>NOMBRE</i>) |
| | <i>CIRCULE SOLO UN CÓDIGO O ANOTE EL ESTADO O PAÍS</i> |
| Aquí en este estado 1 | Aquí en este estado 1 |
| En otro estado..... | En otro estado |
| | |
| <i>ANOTE EL ESTADO</i> | <i>ANOTE EL ESTADO</i> |
| En otro país | En los Estados Unidos de América..... 3 |
| | En otro país |
| <i>ANOTE EL PAÍS</i> | <i>ANOTE EL PAÍS</i> |

Fuente: cuestionarios de los censos de población de 2000 y 2010

CUADRO 3.2. Pregunta de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar la migración con base en el lugar de nacimiento

| | |
|--|-------------------|
| 11. ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO | |
| En que estado de la República Mexicana o en que país nació (<i>NOMBRE</i>) | |
| Circule solo un código o anote | |
| Aquí en este estado 1 | } PASE A 13 |
| En otro estado | |
| | |
| <i>ANOTE EL ESTADO</i> | |
| En los Estados Unidos de América 3 | |
| En otro país | |
| | |

Como se puede ver, la pregunta en los cuestionarios de 2000, 2010 y 2015 es la misma *¿en qué estado de la República o en qué país nació (NOMBRE)?* Las opciones de respuesta en los tres años captan en primer lugar, si el residente del hogar nació en nuestro país, en cuyo caso la respuesta debe ser, aquí en este estado o en otro estado. En segundo lugar, captan si el residente del hogar nació en otro país, en cuyo caso se anota el nombre del país. La única diferencia es que los cuestionarios de 2010 y 2015 captan explícitamente cuando el entrevistado nació en el vecino país del norte.

CUADRO 3.3. Pregunta del censo de 2000 para operacionalizar la migración con base en el lugar de residencia anterior

| 2000 | |
|--|-------------------|
| 4. ENTIDAD O PAÍS DE RESIDENCIA EN 1995 | |
| Hace cinco años, en enero de 1995 en qué estado de la República o en que país vivía (NOMBRE) ? | |
| Aquí en este estado 1 | ➔ PASE A 11 |
| En otro estado | |
| ANOTE EL ESTADO | |
| En otro país | |
| ANOTE EL PAÍS | |

Fuente: cuestionario del censo de 2000

La operacionalización para captar la migración internacional en los censos de 2000 y 2010 y en la EIC 2015, usando el lugar de residencia cinco años antes, se puede observar en los cuadros (3.3), (3.4) y (3.5) respectivamente.

Obsérvese que la pregunta es la misma excepto por el periodo de referencia o si se refiere al estado o municipio. En el censo de 2000 la pregunta es, *Hace cinco años, en enero de 1995 en qué estado de la República o en qué país vivía (NOMBRE)?* (véase cuadro 3.3). En el censo de 2010 son, *Hace cinco años en junio de 2005, ¿en qué estado de la República o en qué país vivía (NOMBRE)?*, y *En qué municipio (delegación) vivía (NOMBRE) en junio de 2005?*

(véase cuadro 3.4). En la EIC 2015 las preguntas son, Hace 5 años, *en marzo de 2010 ¿en qué municipio o delegación vivía (NOMBRE)?*, y *En qué estado de la República Mexicana o en qué país vivía (NOMBRE) en marzo de 2010?* (véase cuadro 3.5). La estructura de las opciones de respuesta también es la misma que en el caso del lugar de nacimiento, excepto que en 2010 y en 2015 se incluye la opción del municipio o delegación (véanse cuadro 3.4 y 3.5).

CUADRO 3.4. Preguntas del censo de 2010 para operacionalizar la migración con base en el lugar de residencia anterior

| | |
|---|--|
| <p>22. ENTIDAD O PAÍS DE RESIDENCIA EN 2005</p> <p>Hace cinco años en junio de 2005, ¿en qué estado de la República o en qué país vivía (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;">CIRCULE SOLO UN CÓDIGO O ANOTE EL ESTADO O PAÍS</p> <p>Aquí en este estado 1</p> <p>En otro estado ANOTE EL ESTADO</p> <p>En los Estados Unidos de América .. 3</p> <p>En otro país ANOTE EL PAÍS</p> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%); font-size: 20px;">} PASE A 24</div> | <p>23. MUNICIPIO DE RESIDENCIA EN 2005</p> <p>En qué municipio (delegación) vivía (NOMBRE) en junio de 2005?</p> <p style="text-align: center;">CIRCULE EL CÓDIGO O ANOTE EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN</p> <p>Aquí, en este municipio (delegación)..... 1</p> <p>En otro municipio (delegación) ANOTE EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN</p> |
|---|--|

Fuente: cuestionario del censo de 2010

CUADRO 3.5. Preguntas de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar la variable de migración internacional con base en el lugar de residencia anterior

| | |
|--|---|
| <p>24. MUNICIPIO DE RESIDENCIA EN 2010</p> <p>Hace 5 años, en marzo de 2010 ¿en qué municipio o delegación vivía (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;">CIRCULE UN CÓDIGO O ANOTE</p> <p>Aquí, en este municipio o delegación..... 1</p> <p>En otro municipio o delegación de este país ANOTE EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN</p> <p>En otro país 3</p> <div style="position: absolute; right: -20px; top: 50%; transform: translateY(-50%); font-size: 20px;">} PASE A 24</div> | <p>25. ENTIDAD O PAÍS DE RESIDENCIA EN 2010</p> <p>En qué estado de la República Mexicana o en qué país vivía (NOMBRE) en marzo de 2010?</p> <p style="text-align: center;">CIRCULE UN CÓDIGO O ANOTE</p> <p>Aquí en este estado 1</p> <p>En otro estado ANOTE EL ESTADO</p> <p>En los Estados Unidos de América .. 3</p> <p>En otro país ANOTE EL PAÍS</p> |
|--|---|

Fuente: cuestionario de la EIC 2015

3.2.2 El acceso a los servicios de salud

Según Fajardo-Dolci et. al. (2016), las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva y el acceso a los servicios de salud es la expresión final de los esquemas que garantizan el financiamiento y la provisión de servicios, así como de los elementos que determinan el acceso a los servicios de salud de la población.

Sin embargo, el concepto de acceso a los servicios de salud es muy complejo ya que tiene que ver con diversos temas como la promoción y prevención, financiamiento, provisión, calidad, costos, usuarios y prestadores de servicios satisfechos, servicios disponibles, barreras para la prestación de los servicios, oportunidad en tiempo y espacio y lo más importante mejoras en la salud de la población.

Por ejemplo, según Fajardo-Dolci (2016) en el ámbito de los servicios médicos, el acceso se define como la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Es decir, esta definición no considera a los proveedores de los servicios, en el sentido de si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos o si son de calidad.

Para Andersen (1995, citado por Fajardo-Dolci, 2016), el concepto de acceso efectivo se enfoca en mejorar el estado de salud y en la satisfacción de los usuarios. El autor actualiza el modelo de la utilización al resaltar, por una lado, la importancia de las características de la población que pueden facilitar la utilización y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, lo que implica que la utilización de servicios va más allá del sistema de salud.

Por su parte, Godard (2001, citado por Fajardo-Dolci, 2016), establece que el acceso a los servicios de salud, medido en términos de su utilización, depende de la accesibilidad física y

aceptabilidad de los servicios y no simplemente de lo adecuado de su prestación. Algunos otros elementos como la información plena sobre los derechos a la atención médica y la disponibilidad de recursos también inciden en la utilización real. Los servicios disponibles deben ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios.

Fajardo-Dolci (2016), también afirma que entre los elementos que pueden incidir en el acceso efectivo se encuentra la afiliación a los servicios, ya que una primera barrera al acceso efectivo de los servicios es, sin duda, la financiera, pues puede inhibir a un individuo de expresar una necesidad de salud debido a la ausencia de medios económicos para hacerle frente.

Para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no está adscrita a los servicios médicos de alguna institución del Sistema Nacional de Salud que los presta, incluyendo el Seguro Popular (CONEVAL, 2016).

Cuadro 3.6. Preguntas de los censos de 2000 y 2010 para operacionalizar el acceso a los servicios de salud

| 2000 | 2010 |
|--|--|
| 5. DERECHOHABIENCIA | 5. DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD |
| Tiene (NOMBRE) derecho a servicio médico en: | ¿(NOMBRE) tiene derecho a los servicios médicos: |
| LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS | LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE HASTA 2 CÓDIGOS |
| El seguro Social (IMSS)..... 1 | Del seguro Social (IMSS)?..... 1 |
| EL ISSSTE.....2 | Del ISSSTE.....2 |
| Pemex, defensa, o Marina.....3 | Del ISSSTE estatal.....3 |
| Otra institución | Pemex, defensa, o Marina.....4 |
| <i>ANOTE LA INSTITUCIÓN</i> | Del seguro popular o Para una Nueva Generación.....5 |
| Entonces no tiene Derecho a servicio Médico.....5 | De un seguro privado.....6 |
| | De otra institución.....7 |
| | Entonces ¿no tiene derecho a servicios médicos.....8 |

Fuente: cuestionarios de los censos de 2000 y 2010

Cuadro 3.7. Pregunta de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar el acceso a los servicios de salud

| 9. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD | |
|---|---|
| ¿(NOMBRE) esta afiliada (o) o tiene derecho a los servicios médicos en? | |
| LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE HASTA 2 CÓDIGOS | |
| El seguro popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI)..... | 1 |
| El IMSS (seguro Social)? | 2 |
| El ISSSTE?..... | 3 |
| El ISSSTE estatal?..... | 4 |
| Pemex, defensa, o Marina..... | 5 |
| De un seguro privado..... | 6 |
| De otra institución..... | 7 |
| Entonces ¿no está afiliada (o) a servicios médicos?..... | 8 |

Fuente: cuestionario de la EIC 2015

Los censos de 2000 y 2010 operacionalizan la definición del CONEVAL preguntando si el residente del hogar tiene derecho a servicio médico. La EIC 2015 incluye además el término afiliación. Con respecto a las opciones de respuesta, en 2000 se incluyen el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal y otra institución. En 2010 y 2015 las opciones de respuesta se ampliaron al incluir además las opciones del Seguro Popular; Pemex, defensa o marina y un seguro privado (véanse cuadros 3.7 y 3.8).

3.3. Diseño de estudio y análisis estadístico

Para analizar el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno, se definieron dos estratos 1) la población migrante de retorno, y 2) la población no migrante de retorno.

El tipo de estudio, es una combinación de *descriptivo*, *retrospectivo*, *comparativo* y *observacional*. Es *descriptivo* porque los datos se utilizaron sólo para describir a la población migrante de retorno y no migrante de retorno y no se enfoca en encontrar una relación de causa-efecto. Es *retrospectivo* porque su diseño se hizo en 2016, es decir, es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtienen de una base de datos ya existente. Es *comparativo* porque se comparan dos poblaciones, los migrantes de retorno y los no migrantes de retorno. Es *observacional*, porque el factor de estudio (ser migrante de retorno) y las variables de interés no fueron definidas por el investigador sino que éste solo se limitó a observar, medir y analizar la información que había, sin tener ningún control directo en ella (Donis, 2013).

Los porcentajes relacionados con la población migrante de retorno y la no migrante de retorno, se calcularon considerando en el numerador el número de casos con alguna característica de interés (por ejemplo, estar afiliado a una institución de salud) entre el total de los miembros de cada uno de los grupos de comparación. Este tipo de cálculo, junto con el diseño probabilístico de la muestra garantiza, de acuerdo con la teoría de la estadística inferencial tener los mejores estimadores de los porcentajes poblacionales. Para los cálculos se usó el ponderador de la muestra de la EIC 2015, porque sólo de esta manera se pueden extrapolar los resultados de la muestra a la población total.

Cuadro 3.8. Tabla hipotética de la distribución porcentual de la condición de acceso a servicios de salud según condición de migración

| | Migrante de retorno | No migrante de retorno |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| Con acceso a servicios de salud | A | B |
| Sin acceso a servicios de salud | C | D |

También se calcularon razones de prevalencia y cocientes de momios, con el fin de determinar el grado de asociación entre el factor de riesgo (ser persona migrante de retorno) y el acceso a los servicios de salud. Algunos autores llaman a las razones de prevalencia riesgos relativos

(Anderson, et. al., 1980, p. 20; Sócrates et. al. 2010, pp. 53.54). El cuadro 3.8 sirve para ejemplificar el cálculo de estos indicadores.

Es importante aclarar que con esta esta tabla se pueden calcular indicadores que permiten medir el riesgo de que el migrante tenga acceso a los servicios de salud. La tabla también puede usarse con las filas cambiadas, en cuyo caso permite medir el riesgo de que el migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de salud.

La razón de prevalencia (RP) o riesgo relativo se calculó dividiendo el porcentaje de los migrantes de retorno que tienen acceso a los servicios de salud entre el porcentaje de los no migrantes de retorno que tienen también acceso a los servicios de salud. Es decir,

$$RP = \frac{A}{B}$$

El análisis de este indicador se hizo teniendo en cuenta que:

- Si $RP=1$ entonces no hay asociación entre ser migrante de retorno y el acceso a los servicios de salud.
- Si $RP>1$ entonces existe asociación positiva e implica que la presencia del factor de riesgo se asocia a una mayor ocurrencia del evento (acceso a servicios de salud)
- Si $RP<1$ entonces la asociación es negativa y se traduce en que el factor se asocia a una menor ocurrencia del evento.

El cálculo del CM se hizo en tres pasos: 1) se dividió el porcentaje de los migrantes de retorno que tienen acceso a los servicios de salud entre el porcentaje de los migrantes de retorno que no tienen acceso a los servicios, 2) se dividió el porcentaje de los no migrantes de retorno que tienen acceso a los servicios de salud entre el porcentaje de los no migrantes de retorno que no tienen acceso a los servicios de salud, y 3) finalmente el CM se calculó dividiendo los resultados de los pasos 1 y 2. Es decir,

$$CM = \frac{\frac{A}{C}}{\frac{B}{D}}$$

El análisis de este indicador se hizo teniendo en cuenta que:

- Si $CM=1$ entonces no hay asociación entre ser migrante de retorno y el acceso a los servicios de salud.
- Si $CM > 1$ entonces existe asociación negativa e implica que la presencia del factor de riesgo (migrante de retorno) se asocia a una mayor ocurrencia del evento (acceso a servicios de salud)
- Si $RR < 1$ entonces la asociación es positiva y se traduce en que el factor de riesgo (migrante de retorno) se asocia a una menor ocurrencia del evento (acceso a servicios de salud).

Finalmente, con el fin de controlar el efecto de otras variables que también influyen en el acceso a los servicios de salud⁴ y disminuir así el sesgo en el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud del migrante de retorno, se ajustó un modelo de regresión logística binaria (Anderson et. al. 1980). En este modelo, la variable dependiente es la probabilidad de que el migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de salud y las variables dependientes pueden ser de tipo continuo, ordinal y nominal. La ecuación del modelo es la siguiente:

$$P(Y = 1) = \frac{e^{b_0 + b_1 X_1 + \dots + b_k X_k}}{1 + e^{b_0 + b_1 X_1 + \dots + b_k X_k}}$$

Donde:

$P(Y = 1)$ denota la probabilidad de que el migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de salud,

e es una función matemática conocida como función exponencial,

⁴ Anderson et. al. (1980, p. 7) llama a estas variables factores de confusión

b_0, \dots, b_k son parámetros desconocidos, y

X_1, \dots, X_k son las variables independientes

La ventaja de este modelo radica en que el efecto de cada una de las variables independientes, en la probabilidad de que el migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de salud, se puede interpretar en términos del cociente de momios, de tal manera que si X_h es la variable condición de migración y b_h es su coeficiente, entonces e^{b_h} es el cociente de momios de la variable condición de migración y acceso a los servicios de salud, pero controlando el efecto de los factores de confusión. De no hacerlo así, se dice que el riesgo estimado de que el migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de salud tiene un sesgo.

CAPÍTULO IV

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Los migrantes de retorno enfrentan diversos problemas a su regreso. Problemas de tipo educativo, de empleo y de salud, entre otros. Uno de estos problemas es el acceso a los servicios de salud y aunque de acuerdo con algunos expertos en el tema el acceso a los servicios de salud va más allá de estar afiliado o no a una institución de salud, los datos usados en este capítulo se restringen a analizar únicamente el porcentaje de afiliación a una institución de salud y con ello aportar elementos para el diseño de un estudio más concluyente. El objetivo de este capítulo es analizar las cifras del volumen y perfil del migrante de retorno, los antecedentes del acceso a los servicios de salud entre los migrantes de retorno y los no migrantes y de la situación actual del acceso a los servicios según la condición de migración.

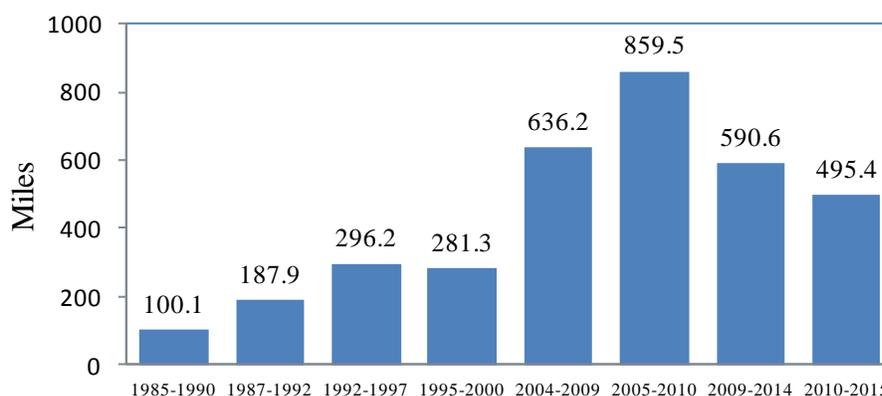
4.1. Volumen y perfil de los migrantes de retorno

La práctica del retorno de los migrantes mexicanos data desde hace muchos años. En algunos momentos fue de tipo temporal y en otros de tipo circular. Sin embargo, a partir de los atentados de las torres gemelas de Estados Unidos en 2001, se incrementó de manera muy importante la seguridad de las fronteras, por lo que, el patrón migratorio cambió a uno de mayor duración y de menor circularidad (CONAPO, 2015, p. 71).

En los últimos 25 años el retorno en México se ha caracterizado por dos comportamientos marcadamente diferentes. Entre 1990 y 2010 se observa claramente una tendencia a la alza. De acuerdo con datos del Censo de Población de 1990, los migrantes de retorno en el quinquenio 1985-1990 que entraron al país fueron poco más de 100 mil mexicanos, mientras que para el quinquenio 2005-2010, según el Censo de 2010, se estima que los mexicanos que regresaron fueron 860 mil, lo que representa un incremento de 7.6 veces lo estimado en el quinquenio 1985-1990. Sin embargo, desde 2010 hasta la fecha la tendencia se ha revertido. Los datos de

la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2014 y los de la Encuesta Intercensal (EIC) de 2015 indican que el regreso de mexicanos se ha reducido de manera muy importante. En el quinquenio 2010-2015 el número de mexicanos que regresaron al país según la EIC se estimó en 495 mil personas, lo que implica al compararse con el quinquenio 2005-2010 una caída de 42.4 por ciento (véase gráfica 4.1).

Gráfica 4.1. Total de migrantes de retorno en México, 1985-2015



Fuente: CONAPO (2016), p. 20

Con respecto al perfil, en 2010, la participación económica de la población migrante de retorno en la economía del país muestra diferencias importantes con respecto a la población no migrante según el sexo y la región de residencia. En el cuadro (4.1) se puede observar que entre los hombres las tasas de participación económica⁵ y de desocupación⁶, son más altas en la población migrante de retorno que en la población no migrante de retorno. La participación económica de los hombres retornados fue de 85.7 por ciento, mientras que en los hombres no retornados fue de 75.7 por ciento. Con respecto a la desocupación, las estimaciones indican que el 8.6 por ciento de los migrantes de retorno estuvo desocupado, en tanto que en los no retornados fue de 5.6 por ciento.

Por su parte, entre las mujeres la desocupación tuvo el mismo patrón que en los hombres, ya que fue mayor en las retornadas que entre las no retornadas (4.7 contra 2.7). Sin embargo,

⁵ Porcentaje de personas económicamente activas que se encuentran empleadas o trabajando, o que no trabajan pero buscan un trabajo (INEGI, 2016b, p.36).

⁶ Porcentaje de personas económicamente activas que se encuentran sin trabajar, pero que están buscando trabajo (INEGI, 2016b, p. 35).

contrariamente a lo sucedido con los hombres, la participación económica femenina fue más baja entre las migrantes de retorno que entre las no migrantes de retorno. Las estimaciones indican que fue de 34.6 y 36.2 por ciento respectivamente.

Los datos según la región de residencia de la participación económica y la desocupación en 2010 en los hombres retornados son mayores en todas las regiones que en los no retornados. En las mujeres la participación económica según la región muestra un patrón muy irregular. En la región tradicional y en la centro es menor en las retornadas que en las no retornadas, en tanto que en las regiones norte y sur-sureste es mayor en las retornadas que en su contraparte (las no retornadas). En cuanto a la desocupación, las estimaciones muestran que en todas las regiones las mujeres migrantes de retorno tienen tasas mayores que las no retornadas (véase cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Tasa de participación económica y de desocupación de personas de 14 años o más según condición de migración, sexo y región de residencia, 2010

| Sexo/Región | | Migrantes de retorno | | No migrantes de retorno | |
|-------------|-------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| | | Tasa de participación económica | Tasa de desocupación | Tasa de participación económica | Tasa de desocupación |
| Hombres | | 85.7 | 8.6 | 75.7 | 5.6 |
| | Tradicional | 84.7 | 8.8 | 75.8 | 6 |
| | Norte | 84.4 | 9.9 | 75.5 | 6.4 |
| | Centro | 88.4 | 8.8 | 75.8 | 5.5 |
| | Sur-Sureste | 86 | 6.5 | 75.5 | 4.5 |
| Mujeres | | 34.6 | 4.7 | 36.2 | 2.7 |
| | Tradicional | 29.9 | 2.6 | 35.8 | 2.4 |
| | Norte | 39.3 | 5.8 | 38 | 3.1 |
| | Centro | 38.5 | 5.6 | 39.1 | 3.1 |
| | Sur-Sureste | 32.5 | 5.6 | 30.6 | 1.9 |

Fuente: CONAPO (2015), p. 109

La participación económica y la desocupación entre la población migrante de retorno de 14 años de edad o más en 2010, según la edad y el sexo revelan también diferencias importantes. La participación económica en los hombres jóvenes es mayor en los retornados que en los no retornados por casi 20 puntos porcentuales (77.8 contra 56.6). Pero en el resto de los grupos de

edad la participación es menor en los retornados que en los no retornados. Sin embargo, la desocupación en todos los grupos de edad es mayor en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno. En el caso de las mujeres, la participación económica de las retornadas es menor en todos los grupos de edad que en su contraparte y contrariamente a la participación económica, la tasa de desocupación es mayor en las mujeres migrantes de retorno que en las mujeres no retornadas en todos los grupos de edad excepto en las mujeres adultas mayores (60 años y más) (véase cuadro 4.2).

Cuadro 4.2. Tasa de participación económica y de desocupación de la población de 14 años o más, según condición de migración, sexo y grupo de edad, 2010

| Sexo/Grupo de edad | | Migrante de retorno | | No migrante de retorno | |
|--------------------|---------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| | | Tasa de participación económica | Tasa de desocupación | Tasa de participación económica | Tasa de desocupación |
| Hombres | | 86.2 | 8.6 | 77.6 | 5.5 |
| | 15 a 24 años | 77.8 | 11.2 | 56.6 | 9.2 |
| | 25 a 39 años | 90.8 | 7.8 | 94 | 4.8 |
| | 40 a 59 años | 87.1 | 8.8 | 91.5 | 4.4 |
| | 60 años y más | 44.8 | 11.4 | 51.3 | 4.7 |
| Mujeres | | 35 | 4.7 | 37 | 2.7 |
| | 15 a 24 años | 26.8 | 8.5 | 27.1 | 6.1 |
| | 25 a 39 años | 38.5 | 4.9 | 48.1 | 2.6 |
| | 40 a 59 años | 39.2 | 2.4 | 43.9 | 1.2 |
| | 60 años y más | 12.4 | 0.8 | 14.9 | 0.8 |

Fuente: CONAPO (2015), p. 111

En el cuadro (4.3), se pueden observar para 2010 las estimaciones de la escolaridad entre la población migrante de retorno y la no migrante de retorno según el sexo de las personas. Como se puede constatar, los hombres migrantes de retorno tienen menor escolaridad que los no migrantes de retorno, ya que, el porcentaje de bachillerato completo es de 15.5 por ciento en los retornados, mientras que en los no retornados es de 21.1 por ciento. Por su parte, la licenciatura completa o más también es más baja en la población migrante de retorno que en la población no migrante de retorno (2.4 contra 9.5). Con respecto a las mujeres, sucede lo contrario, las cifras muestran que las retornadas tienen una mayor escolaridad que las no retornadas. Los porcentajes de primaria, secundaria y bachillerato completos son de 26.2, 31.8

y 22.9, en tanto que en las mujeres no migrantes de retorno son de 21.8, 23.8 y 20.4 respectivamente (véase cuadro 4.3).

Cuadro 4.3. Distribución porcentual de la población de 24 años o más según condición de migración, sexo y nivel de escolaridad, 2010

| Nivel de escolaridad | Migrante de retorno | | No migrante de retorno | |
|-----------------------------|---------------------|---------|------------------------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Menos de primaria | 18.2 | 14.4 | 23.8 | 26.8 |
| Primaria completa | 29.8 | 26.2 | 20.7 | 21.8 |
| Secundaria completa | 34.1 | 31.8 | 24.9 | 23.8 |
| Bachillerato completo | 15.5 | 22.9 | 21.1 | 20.4 |
| Licenciatura completa o más | 2.4 | 4.8 | 9.5 | 7.1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: CONAPO (2015), p. 112

Cuadro 4.4 Tasa de participación económica y de desocupación de la población de 24 años o más, según condición de migración, sexo y nivel de escolaridad, 2010

| Sexo/Nivel de escolaridad | | Migrante de retorno | | No migrante de retorno | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| | | Tasa de participación económica | Tasa de desocupación | Tasa de participación económica | Tasa de desocupación |
| Hombres | | 87.6 | 8.2 | 85.5 | 4.7 |
| | Menos de primaria | 80.5 | 9 | 72.6 | 5.9 |
| | Primaria completa | 87.9 | 8.5 | 85 | 5.5 |
| | Secundaria completa | 89.9 | 8.3 | 92.3 | 4.5 |
| | Bachillerato completo | 90.3 | 7.1 | 90.2 | 3.9 |
| | Licenciatura completa o más | 88 | 5.5 | 90.4 | 3.2 |
| Mujeres | | 36.7 | 4.3 | 40.5 | 2 |
| | Menos de primaria | 23.8 | 3(*) | 21.7 | 1.3 |
| | Primaria completa | 29.5 | 4.4 | 32.6 | 1.4 |
| | Secundaria completa | 37.3 | 3.2 | 42.9 | 1.9 |
| | Bachillerato completo | 45.4 | 6.6 | 58.5 | 2.6 |
| | Licenciatura completa o más | 69.3 | 2(*) | 75 | 2.6 |

Fuente: CONAPO (2015), p. 113

*) Estimación con menos de 30 casos

En 2010 la participación económica según la escolaridad en general en los hombres no muestra diferencias importantes según la condición de migración. Solo resalta el nivel menos de primaria, donde el porcentaje en los migrantes de retorno es casi 8 puntos porcentuales más alto que en los no migrantes de retorno (80.5 contra 72.6). Sin embargo, en la desocupación sucede completamente al revés. En todos los niveles de escolaridad es más alta en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno. En cuanto a las mujeres, en general tanto la participación como la desocupación son más altas en las migrantes de retorno que en su contraparte. Resalta la participación en el bachillerato completo donde el porcentaje de las retornadas es más alto por 13 puntos porcentuales, 45.4 contra 58.5 (véase cuadro 4.4).

Cuadro 4.5 Distribución porcentual de la población de 14 años o más según condición de migración, sexo y tipo de ocupación, 2010

| Tipo de ocupación | Migrante de retorno | | No migrante de retorno | |
|--|---------------------|---------|------------------------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios, directores y jefes | 1.8 | 3.3 | 4.2 | 3.8 |
| Profesionistas y técnicos | 8.7 | 12.3 | 18.3 | 20.5 |
| Auxiliares y actividades administrativas | 2.2 | 10.1 | 3.9 | 11.1 |
| Comerciantes, empleados y agentes de ventas | 13.8 | 34.1 | 14.5 | 26.2 |
| Servicios personales y de vigilancia | 11 | 26.4 | 11.4 | 24.2 |
| Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca | 26.1 | 3.1 | 16.6 | 2.2 |
| Actividades artesanales | 23.3 | 5.8 | 17.3 | 6.1 |
| Operadores de maquinaria, ensambladores y transportistas | 13.1 | 4.7 | 13.9 | 5.8 |
| Total | 100 | 100 | 100.1 | 100 |

Fuente: CONAPO (2015), p. 112

Las cifras de ocupación según la condición de migración señalan en 2010 diferencias importantes entre el retorno y no retorno para algunas ocupaciones. Entre los profesionistas y técnicos, la diferencia es de más de ocho puntos porcentuales entre los hombres que son

migrantes de retorno (8.7) y los que son no migrantes de retorno (18.3). Las actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca entre la población masculina migrante de retorno es de 26.1 por ciento, mientras que entre la no migrante de retorno es 16.6 por ciento, es decir casi 10 puntos de diferencia también. Entre las mujeres, las grandes diferencias se observan también en las profesionistas y técnicas con 12.3 por ciento para las migrantes de retorno y 20.5 para las no migrantes de retorno. Las mujeres comerciantes, empleadas y agentes de ventas en las migrantes de retorno fueron 34.1 por ciento, en tanto que en las no migrantes de retorno fueron 26.2 por ciento (cuadro 4.5).

La ocupación laboral, según las cifras del cuadro (4.6) en 2010 tuvo grandes diferencias entre las poblaciones que se comparan. El porcentaje de obreros o empleados en los hombres retornados fue menor que en los no retornados por casi por diez puntos porcentuales, 44 por ciento contra 55.5 por ciento. Con respecto a los jornaleros o peones la situación se invierte (véase cuadro 4.6). Entre la población de mujeres las diferencias se observan también en las obreras o empleadas y en las trabajadoras por su cuenta. El porcentaje de mujeres retornadas que son obreras o empleadas es menor que las no retornadas por casi 13 puntos porcentuales, 52.6 por ciento en las primeras contra 65.1 en las segundas. Por el contrario, las trabajadoras retornadas por su cuenta son mayores porcentualmente que las trabajadoras por su cuenta no retornadas. Se estima que en la primera población fue de 32.4 por ciento y 24.6 en la segunda población (véase cuadro 4.6).

Cuadro 4.6 Distribución porcentual de la población ocupada de 14 años o más según condición de migración, sexo y posición laboral, 2010

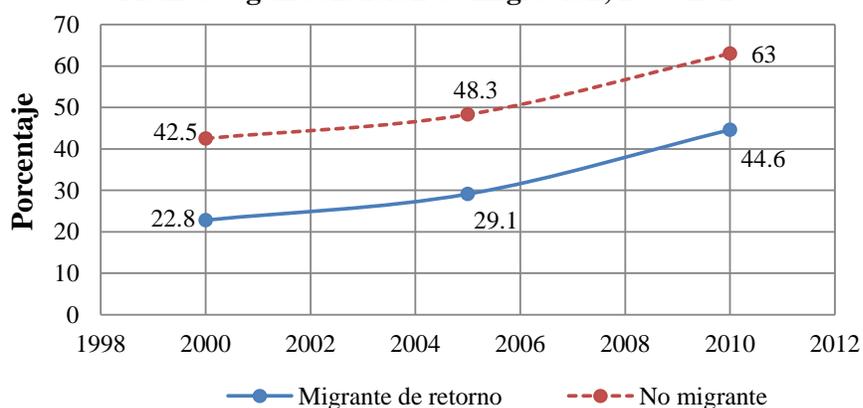
| Posición laboral | Migrante de retorno | | No migrante de retorno | |
|--------------------------|---------------------|---------|------------------------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Patrón | 3.6 | 3.7 | 3.3 | 2.1 |
| Obrero o empleado | 44 | 52.6 | 55.5 | 65.1 |
| Jornalero o peón | 20 | 6.6 | 13.2 | 5 |
| Trabajador por su cuenta | 27.5 | 32.4 | 24.7 | 24.6 |
| Trabajador sin pago | 4.8 | 4.7 | 3.2 | 3.2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: CONAPO (2015), p. 117

4.2 Antecedentes del acceso a los servicios de salud según condición de migración

De acuerdo con cifras de Banegas-González et. al. (2016), en los últimos años, el acceso a los servicios de salud entre los migrantes mexicanos de retorno ha ido a la alza. Según sus cifras, en 2000, la cobertura en salud en este segmento de la población mexicana fue de 22.8 por ciento, para 2005 fue de 29.1 y para 2010 fue de 44.6 por ciento, lo que representa un incremento de casi 22 puntos porcentuales en el periodo 2000-2010 (véase gráfica 4.2).

Gráfica 4.2. Porcentaje de cobertura en salud en México según condición de migración, 2000-2010



Fuente: Banegas-González et. al. (2016), p. 36

Sin embargo, a pesar del incremento observado, la cobertura entre los migrantes de retorno ha sido más baja en relación con los no migrantes de retorno, debido a que también en este segmento de la población se ha incrementado casi en la misma cantidad. En 2000, la cobertura en salud para los no migrantes de retorno fue de 42.5 por ciento, en 2005 fue de 48.3 y para 2010 de 63 por ciento, representando casi 21 puntos de incremento en el mismo periodo. Como se puede ver en la gráfica 4.2, la diferencia en el acceso a los servicios de salud se ha mantenido sin cambio y de continuar las tendencias observadas en los últimos años no se esperan cambios en la brecha de acceso a los servicios de salud.

Cuadro 4.7. Riesgo de acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno, 2000-2010

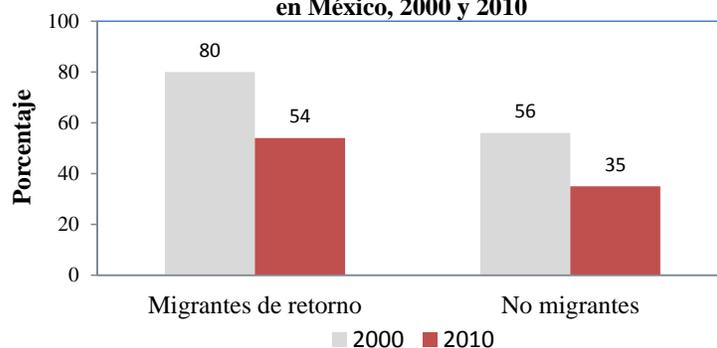
| Riesgo | 2000 | 2005 | 2010 |
|--------------------|--------|--------|--------|
| Riesgo relativo | 0.5365 | 0.6025 | 0.7079 |
| Cociente de momios | 0.3996 | 0.4393 | 0.4728 |

Fuente: cálculos propios con base en la gráfica 4.2

Con el fin de medir el grado de asociación entre los migrantes de retorno mayores de 5 años y el acceso a los servicios de salud, se calculó el riesgo relativo (RR) y el cociente de momios (CM). En el cuadro (4.7) se presentan los resultados para el periodo 2000-2010. En 2010, el RR se estimó en 0.7079, lo que quiere decir que el acceso a los servicios de salud es 1.41 veces menos frecuente en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno. El cociente de momios se estimó en 0.4728 lo que implica que la probabilidad de que los migrantes de retorno, tengan acceso a los servicios de salud es casi un tercio (1/2.6) de la probabilidad de acceso a los servicios de salud de los no migrantes de retorno.

En 2016, Wassink llevó a cabo un estudio en la población mexicana de 15 a 60 años de edad, con base en las muestras del 10 por ciento de los censos de población de México de 2000 y 2010. Sus resultados indican que en estos años la cobertura en salud es muy diferente según la condición de migración. En 2000, el porcentaje que no tuvo servicio médico en los migrantes de retorno fue del 80 por ciento, mientras que en los no migrantes de retorno fue de 56 por ciento. Para el año 2010, la cobertura se incrementó pero aún así, sigue siendo más baja en la población migrante de retorno, en donde se estimó que el porcentaje de los que no tuvieron servicio médico fue de 54 por ciento, contra 35 por ciento de la población no migrante de retorno, es decir todavía una diferencia de casi 20 puntos porcentuales (véase gráfica 4.3).

Gráfica 4.3. Porcentaje de población de edad 15 a 60 años sin servicio médico según condición de migración en México, 2000 y 2010



Con respecto al grado de asociación el análisis de los riesgos de 2000 y 2010, indica también que el ser migrante de retorno con edad 15 a 60 años es una condición desfavorable para acceder a los servicios de salud en ambos años. Las estimaciones se presentan en el cuadro (4.8).

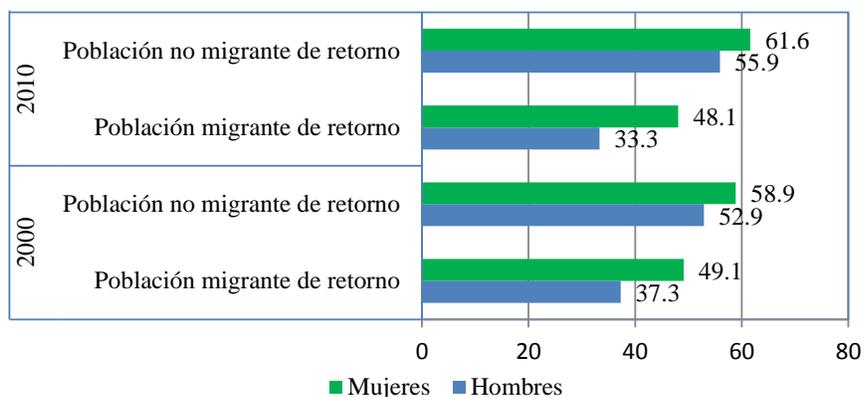
Cuadro 4.8. Riesgo de acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno entre 15-60 años de edad, 2000 y 2010

| Riesgo | 2000 | 2010 |
|--------------------|--------|--------|
| Riesgo relativo | 0.4546 | 0.7077 |
| Cociente de momios | 0.3182 | 0.4587 |

Fuente: cálculos propios con base en la gráfica 4.5

Como se puede ver, en el año 2000, el RR fue 0.4546, lo que quiere decir que el acceso a los servicios de salud es 2.2 veces menos frecuente en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno. La estimación del cociente de momios fue 0.3182, lo que implica que la probabilidad de que los migrantes de retorno tengan acceso a los servicios de salud es casi un tercio de la probabilidad de acceso de los no migrantes de retorno.

Gráfica 4.4. Porcentaje de población asalariada de 14 años o más con servicio médico según condición de migración y sexo en México, 2000 y 2010



Fuente: CONAPO (2015), p. 120

Para el año 2010, los datos del cuadro indican que las condiciones de acceso a los servicios de salud para los migrantes de retorno han cambiado. La estimación del RR= 0.7077, lo que implica que el acceso a los servicios de salud es 1.4 veces menos frecuente en los migrantes de

retorno que en los no migrantes de retorno. Por último, la estimación del cociente de momios fue 0.4587, por lo que la probabilidad de que los migrantes de retorno tengan acceso a los servicios de salud es casi un medio (1/2.2) de la probabilidad de acceso de los no migrantes de retorno.

En 2015, CONAPO también comparó la cobertura en salud según la condición migratoria para los años 2000 y 2010 pero entre la población asalariada mayor de 14 años y según el sexo de las personas. De acuerdo con sus estimaciones se tiene que el porcentaje de hombres migrantes de retorno que en 2000 tuvo servicio médico fue 37.3, en tanto que en su contraparte (hombres migrantes no retornados) fue de 52.9, es decir casi 15 puntos porcentuales por arriba. Para el año 2010, las estimaciones del CONAPO indican una caída en la cobertura masculina migrante de retorno y una alza en la no migrante de retorno. De acuerdo con las cifras, los hombres migrantes de retorno que tuvieron servicio médico en ese año bajaron de 37.3 a 33.3 por ciento, mientras que en los hombres no migrantes de retorno subió de 52.9 a 55.9 por ciento. En la población femenina se observa el mismo patrón. Una mayor cobertura en la población no migrante de retorno en ambos años y una caída en la cobertura migrante de retorno en el periodo analizado. El porcentaje de mujeres migrantes de retorno que tuvo servicio médico bajó ligeramente de 49.1 en 2000 a 48.1 en 2010. El porcentaje de mujeres no migrantes de retorno que tuvo servicio médico se incrementó de 58.9 en 2000 a 61.6 en 2010 (véase gráfica 4.4).

Cuadro 4.9. Riesgo de acceso a servicios de salud en los migrantes de retorno mayores de 14 años según sexo, 2000 y 2010

| Riesgo | Mujeres | | Hombres | |
|--------------------|---------|--------|---------|--------|
| | 2000 | 2010 | 2000 | 2010 |
| Riesgo relativo | 0.8636 | 0.7808 | 0.7051 | 0.5957 |
| Cociente de momios | 0.6731 | 0.5777 | 0.5297 | 0.3939 |

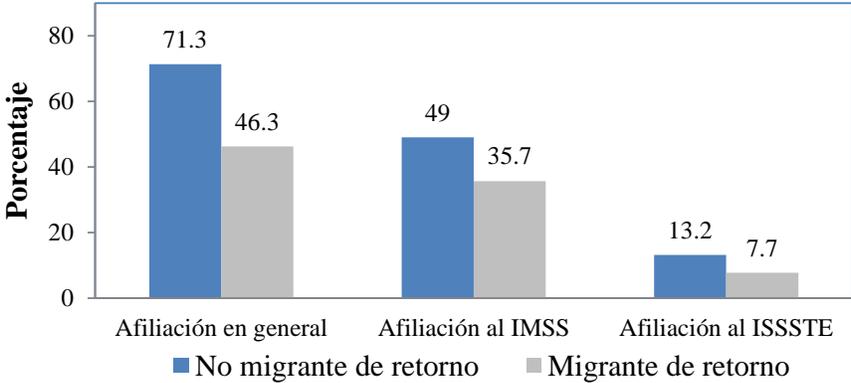
Fuente: cálculos propios con base en la gráfica 4.6

El análisis de los riesgos entre hombres y mujeres para los años 2000 y 2010, muestra que entre los migrantes de retorno, los hombres tienen una situación más desfavorable que las mujeres para acceder los servicios de salud (véase cuadro 4.9). En 2000, el riesgo relativo en

las mujeres fue de 0.8636 y en los hombres es 0.7051, lo que quiere decir que, en las mujeres el acceso a los servicios de salud es 1.2 veces menos frecuente en las migrantes de retorno que en las no migrantes de retorno. En los hombres, el acceso a los servicios de salud es 1.4 veces menos frecuente en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno. El cociente de momios en las mujeres fue de 0.6731 y en los hombres fue de 0.5297, lo que quiere decir que, la probabilidad de que las migrantes de retorno tengan acceso a los servicios de salud es casi 1.5 de la probabilidad de acceso de las no migrantes de retorno, en tanto que en los hombres la probabilidad de que los migrantes de retorno tengan acceso a los servicios de salud es casi la mitad (1/1.9) de la probabilidad de acceso de los no migrantes de retorno.

Para 2010, los datos del cuadro (4.9) indican que las condiciones de acceso a los servicios de salud cambiaron tanto en los hombres, como en las mujeres. Las cifras muestran otro panorama, ya que, en las mujeres el acceso a los servicios de salud es 1.3 veces menos frecuente en las migrantes de retorno que en las no migrantes de retorno, mientras que en los hombres es de 1.7. Por su parte, el riesgo de que las migrantes de retorno tengan acceso a servicios de salud es casi la mitad (1/1.7) de la probabilidad de las no migrantes, en tanto que en los hombres es de casi un tercio (1/2.5).

Gráfica 4.5. Porcentaje de afiliación a servicios de salud en adultos mayores según condición de migración en México, 2010



Fuente: Riosmena et. al. (2012)

En 2012, Riosmena analizó el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno adultos mayores en México. Sus resultados indican también que los migrantes de retorno de este segmento de la población tiene desventajas en el acceso a los servicios de salud con

respecto a los adultos mayores no migrantes de retorno. Según sus cifras, en 2010 el porcentaje de adultos mayores migrantes de retorno que estaban afiliados a alguna institución de salud fue de 46.3, mientras que en los adultos mayores no migrantes de retorno fue de 71.3, es decir una diferencia de 25 puntos porcentuales. También los porcentajes de afiliación a las dos instituciones de salud de mayor cobertura en el país muestran diferencias. En el IMSS la cobertura de afiliación entre los migrantes de retorno adultos mayores fue de 35.7 contra 49 de los adultos mayores no migrantes de retorno. En el ISSSTE la cifras fueron de 7.7 y 13.2 para los retornados y no retornados respectivamente (véase gráfica 4.5).

Cuadro 4.10. Riesgo de acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno adultos mayores, 2010

| Riesgo | General | IMSS | ISSSTE |
|--------------------|---------|--------|--------|
| Riesgo relativo | 0.6494 | 0.7286 | 0.5833 |
| Cociente de momios | 0.3471 | 0.5779 | 0.5486 |

Fuente: cálculos propios con base en la gráfica 4.5

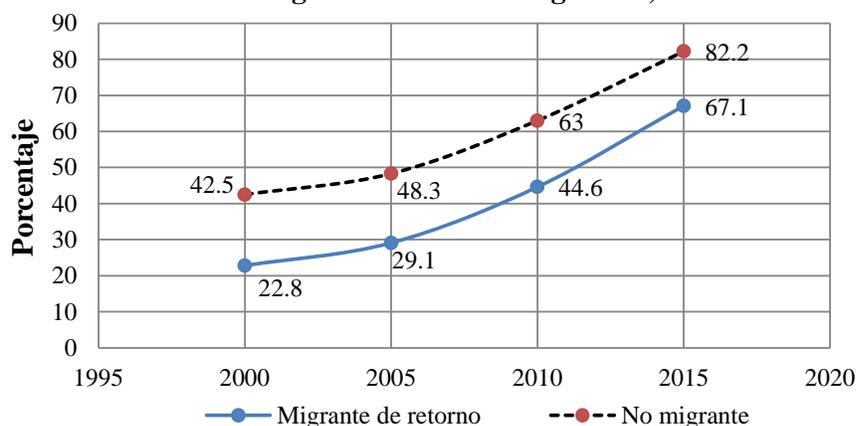
Por otro lado, la estimación del riesgo relativo en 2010 indica que el acceso a los servicios de salud es 1.5 veces menos frecuente en los migrantes de retorno adultos mayores que en los no migrantes de retorno adultos mayores. El cociente de momios señala que la probabilidad de que los migrantes de retorno adultos mayores tengan acceso a los servicios de salud es casi un tercio (1/2.9) de la probabilidad de acceso de los no migrantes de retorno adultos mayores (véase cuadro 4.10).

4.3. Situación actual del acceso a los servicios de salud según condición migratoria

La EIC 2015, es la fuente de información en México más reciente que captó en la población mexicana mayor de cinco años datos sobre migración de retorno y acceso a los servicios de salud a través de la afiliación a una institución de salud. En la gráfica 4.6, se puede observar la evolución de la cobertura en salud según la condición de migración en el periodo 2000-2015. Como se puede constatar, en 2015 la brecha en el acceso a los servicios de salud entre la población migrante de retorno y la no migrante de retorno se redujo. En 2000 la brecha fue de 19.7 puntos porcentuales, en 2005 de 19.2, en 2010 de 18.4 y para 2015 bajó a 15.1 puntos.

Además el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud medido por el cociente de momios bajó en el periodo analizado. En 2000 el CM fue 2.5 y para 2015 se estimó en 2.3, lo que implica que el acceso a servicios de salud de los migrantes de retorno mejoró en 2015.

Gráfica 4.6. Porcentaje de cobertura en salud en México según condición de migración, 2000-2015



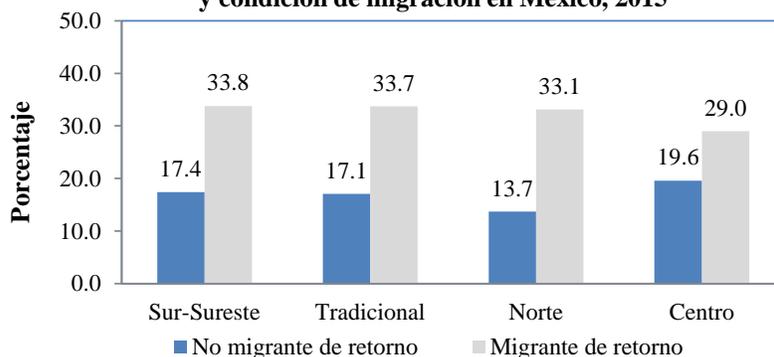
Fuente: Banegas-González et.al. (2016), p.36 y cálculos propios con base en la EIC, 2015

La EIC 2015, es representativa a nivel de entidad federativa y por lo tanto también lo es por región de residencia y por tamaño de localidad, por lo que resulta importante saber si el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno es diferente al desglosar los datos según estas variables.

Los datos por región para 2015 se presentan en la gráfica 4.7. Como se puede ver, el porcentaje sin afiliación a los servicios de salud es más alto en los migrantes de retorno que en los no migrantes en todas las regiones del país⁷. En la región *Sur-Sureste*, el porcentaje de los migrantes de retorno que no tiene acceso a los servicios de salud es 33.8 por ciento, mientras que en los no migrantes de retorno en la misma región es de 17.4 por ciento, es decir una diferencia de casi 16 puntos porcentuales.

⁷ El p-valor de la Chi-cuadrada en ambas poblaciones fue $p=0.001$

Gráfica 4.7. Porcentaje de población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según región de residencia y condición de migración en México, 2015



Fuente: Cálculos propios con base en la EIC 2015; $p=0.001$

En cuanto a las medidas de asociación, en esta región los datos muestran que el ser migrante de retorno o no y el acceso a los servicios de salud están asociados. Por su parte el cociente de momios implica que la probabilidad de no tener acceso a los servicios de salud en los migrantes de retorno es 2.4 veces mayor que en los no migrantes de retorno (véase cuadro 4.11).

En las regiones *Tradicional* y *Norte* las estimaciones indican que la situación en cuanto al acceso a los servicios de salud no es muy diferente con respecto a la región *Sur-Sureste*. Sin embargo en la región *Centro* si se observan diferencias con respecto a la región *Sur-Sureste*. En esta región los migrantes de retorno tienen un porcentaje sin acceso a servicios de salud de 29, en tanto que en los no migrantes de retorno es de 19.6 por ciento.

Cuadro 4.11. Riesgo de no acceso a servicios de salud en los migrantes de retorno según región de residencia, 2015

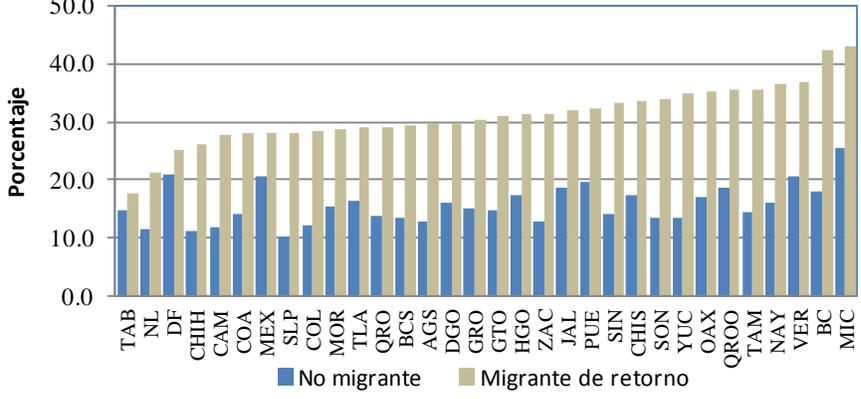
| Riesgo | Sur-Sureste | Tradicional | Norte | Centro |
|--------------------|-------------|-------------|-------|--------|
| Riesgo relativo | 1.9 | 2.0 | 2.4 | 1.5 |
| Cociente de momios | 2.4 | 2.5 | 3.1 | 1.7 |

Fuente: cálculos propios con base en la gráfica 4.7

La situación de riesgo es completamente análoga. En la región tradicional las medidas de riesgo son prácticamente las mismas que en la región *Sur-Sureste*. Pero en las regiones *Norte* y *Sur* se observan diferencias producto de los cambios en el porcentaje de personas sin afiliación

a servicios de salud. En la región *Norte*, el cociente de momios fue de 3.1, lo que quiere decir que la posibilidad de no tener acceso a los servicios de salud en los migrantes de retorno en esta región es 3.1 veces mayor que en los no migrantes de retorno. Sin embargo, En la región *Centro*, el valor fue de 1.7 veces (véase cuadro 4.11).

Gráfica 4.8. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según entidad federativa y condición de migración en México, 2015



Fuente: Cálculos propios con base en la EIC 2015; p=0.001

En la gráfica 4.8 se puede observar que el porcentaje de afiliación a los servicios de salud según la condición de migración es diferente en todas las entidades federativas del país⁸. También se observa que las cinco entidades federativas en las que los migrantes de retorno tienen los mayores porcentajes sin afiliación son Michoacán, Baja California, Veracruz, Nayarit y Tamaulipas. En estos estados los porcentajes sin afiliación son de 43.1, 42.3, 36.9, 36.6 y 35.7 respectivamente. Por el contrario, los estados de la República Mexicana donde los migrantes de retorno tienen los menores porcentajes sin afiliación son Tabasco cuyo porcentaje es 17.7, Nuevo León 21.1, Distrito Federal 25.0, Chihuahua 26.1, y Campeche con 27.8 por ciento.

En el cuadro 4.12, se tienen las estimaciones del grado de asociación entre ser migrante de retorno o no y el acceso a los servicios de salud en las cinco entidades federativas con el mayor y menor porcentaje de afiliación a una institución de salud. De acuerdo con los datos, en todas estas entidades federativas las variables condición de migración y acceso a los

⁸ El p-valor de la Chi-cuadrada tanto para los migrantes de retorno como para los no migrantes fue p=0.001.

servicios de salud están asociadas. Cabe resaltar a Chihuahua y Campeche entre los estados de menor porcentaje sin afiliación en donde según el CM el riesgo de no tener acceso a servicios de salud en los migrantes de retorno es 2.8 veces mayor que en los no retornados. También cabe resaltar entre los de mayor porcentaje sin afiliación a Baja California donde el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud en los retornados es 3.4 veces mayor que en su contraparte.

Cuadro 4.12. Riesgo de no acceso a los servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años en los 5 estados con mayor y menor porcentaje sin afiliación en México, 2015

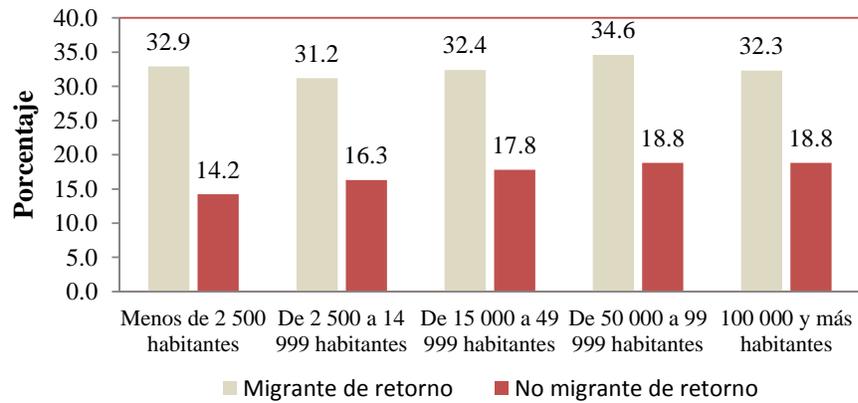
| | Entidad Federativa | Riesgo relativo | Cociente de momios |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Con menor porcentaje sin afiliación | Tabasco | 1.2 | 1.2 |
| | Nuevo León | 1.8 | 2.1 |
| | Distrito Federal | 1.2 | 1.3 |
| | Chihuahua | 2.3 | 2.8 |
| | Campeche | 2.3 | 2.8 |
| Con mayor porcentaje sin afiliación | Michoacán | 1.7 | 2.2 |
| | Baja California | 2.4 | 3.4 |
| | Veracruz | 1.8 | 2.2 |
| | Nayarit | 2.3 | 3.1 |
| | Tamaulipas | 2.5 | 3.3 |

Fuente: cálculos con base en la gráfica 4.7

El análisis de los datos del acceso a los servicios de salud según el tamaño de la localidad, muestra que en todos los tipos de localidad el porcentaje de afiliación a los servicios de salud es estadísticamente diferente⁹. Por ejemplo, en las áreas rurales el porcentaje sin afiliación a los servicios de salud entre los migrantes de retorno es de 32.4, mientras que en los no migrante de retorno es 14.2 por ciento. Pero en las áreas del país con más de 100 mil habitantes, el porcentaje sin afiliación entre los migrantes de retorno es casi igual que en las áreas rurales, sin embargo, entre los no retornados, el porcentaje se incrementó a 19.4 por ciento (véase gráfica 4.9). Este efecto hace que la brecha en el acceso a los servicios de salud entre las poblaciones se reduzca de 18.2 a 13.3 puntos porcentuales.

⁹ El p-valor de la Chi-cuadrada para ambas poblaciones fue de $p=0.001$

Gráfica 4.9. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según tamaño de la localidad y condición de migración en México, 2015



Fuente: Cálculos propios con base en la EIC 2015; p=0.001

Cuadro 4.13. Riesgo de no acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según tamaño de la localidad en México, 2015

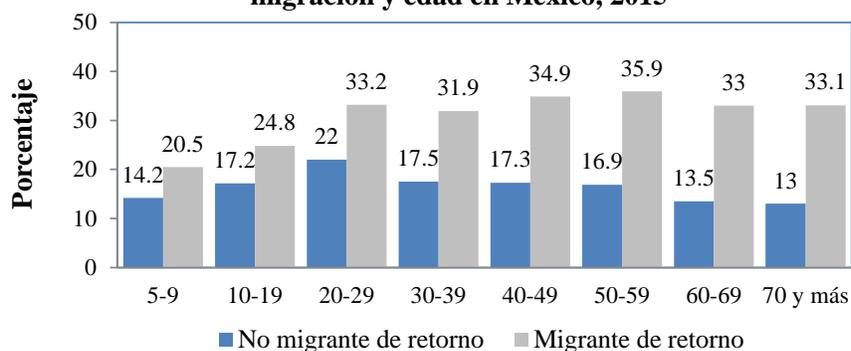
| Tamaño de la localidad | Riesgo relativo | Cociente de momios |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Menos de 2 500 habitantes | 2.3 | 2.9 |
| De 2 500 a 14 999 habitantes | 2.0 | 2.4 |
| De 15 000 a 49 999 habitantes | 1.8 | 2.2 |
| De 50 000 a 99 999 habitantes | 1.8 | 2.3 |
| 100 000 y más habitantes | 1.9 | 2.5 |

Fuente: Cálculos propios con base en la gráfica 4.10

En lo que respecta al grado de asociación según el tamaño de la localidad, las estimaciones del cuadro 4.13 indican que en cualquier tipo de localidad existe asociación entre ser migrante de retorno o no y el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con las cifras del CM se estima que el riesgo de no tener acceso a los servicios se incrementa dependiendo de si el área es rural o urbana. En las localidades de 100 mil y más habitantes, el riesgo de no acceder a los servicios de salud para la población migrante de retorno es 2.5 veces más grande que la no retornada, en tanto que en las áreas rurales este mismo riesgo es 2.9 veces mayor.

La EIC 2015, como toda encuesta sociodemográfica captó información de la edad, escolaridad y sexo, por lo que, también resulta importante analizar la asociación de la condición de migración y el acceso a los servicios de salud según estas variables. En la gráfica 4.10 se pueden observar las estimaciones con respecto a la edad. Como se puede constatar en todos los grupos de edad el porcentaje sin afiliación es más alto en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno¹⁰. También se observa que la edad tiene un efecto importante en el porcentaje sin afiliación a los servicios de salud sólo hasta la edad 20-29. En los migrantes de retorno el acceso fue de 21.3 por ciento para el grupo de 5-9 años de edad y de 34.1 en el grupo de 20-29 años. Las diferencias en el porcentaje sin afiliación de este grupo en adelante no son muy marcadas. En la población no migrante subió de 12.6 a 20.4 para los mismos grupos, sin embargo, a partir de este grupo en adelante la afiliación baja.

Gráfica 4.10. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin filiación a servicios de salud según condición de migración y edad en México, 2015



Los datos del grado de asociación según la edad se presentan en el cuadro 4.14. De acuerdo con las estimaciones se tiene que en todos los grupos de edad las variables que se analizan están asociadas y el riesgo de que los migrantes de retorno no tengan acceso a los servicios de salud según el CM se incrementa al aumentar la edad. En el grupo de 5-9 años de edad, el riesgo en los migrantes de retorno es 1.9 veces mayor que en los no migrantes y en el grupo de 70 años y más es 3.3 veces.

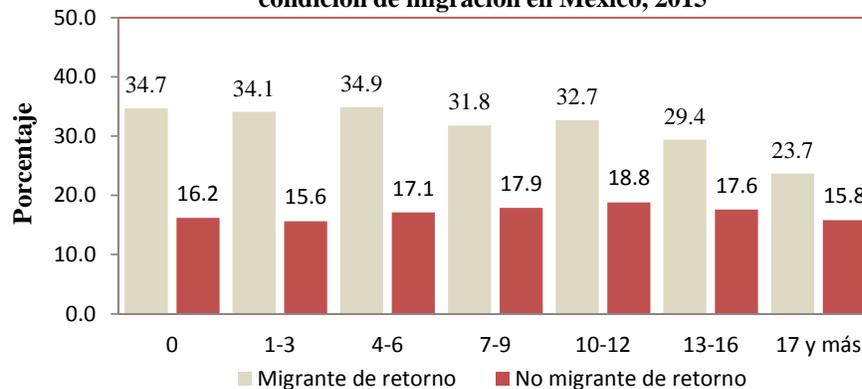
¹⁰ El p-valor de la Chi-cuadrada fue de $p=0.001$ tanto para la población migrante de retorno como para la no migrante de retorno.

Cuadro 4.14. Riesgo de no acceso a los servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según edad en México, 2015

| Grupo de edad | Riesgo relativo | Cociente de momios |
|---------------|-----------------|--------------------|
| 5-9 | 1.7 | 1.9 |
| 10-19 | 1.7 | 1.9 |
| 20-29 | 1.7 | 2.0 |
| 30-49 | 2.0 | 2.5 |
| 40-49 | 2.1 | 2.7 |
| 50-59 | 2.3 | 3.0 |
| 60-69 | 2.4 | 3.2 |
| 70 y más | 2.4 | 3.3 |

Fuente: cálculos propios con base en la gráfica 4.11

Gráfica 4.11. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según años de escolaridad y condición de migración en México, 2015



Fuente: Cálculos propios con base en la EIC 2915; p=0.001

En la gráfica 4.11 se presentan las estimaciones del acceso a los servicios de salud según los años de escolaridad y la condición de migración. Obsérvese que en todos los grupos de escolaridad el porcentaje sin afiliación a los servicios de salud es más alto en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno¹¹. También se observa que hay un efecto a la baja en los migrantes de retorno conforme aumentan los años de escolaridad. Los migrantes de retorno que no tienen escolaridad tienen un porcentaje sin afiliación a los servicios de salud de 34.7, mientras que en los que tienen 17 años y más de escolaridad el porcentaje es de 23.7, es

¹¹ El p-valor de la Chi-cuadrada para ambas poblaciones fue de p=0.001

decir, una reducción de 38.2 puntos porcentuales. En la población no migrante de retorno las diferencias en el porcentaje sin afiliación no son marcadamente diferentes.

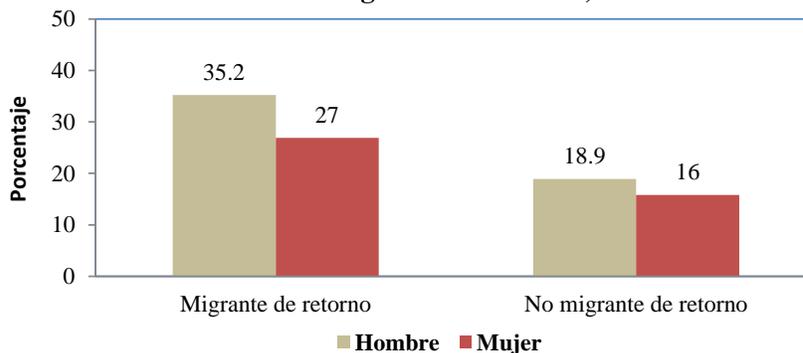
Los datos del grado de asociación según los años de escolaridad indican que el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud se incrementa a medida que la escolaridad del migrante de retorno baja. En los migrantes de retorno que tienen 17 y más años de escolaridad el riesgo es 3.2 veces mayor que en los no migrantes de retorno, pero en los que no tienen escolaridad el mismo riesgo se incrementa a 6.9, es decir más del doble.

Cuadro 4.15. Riesgo de no acceso a los servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según años de escolaridad en México, 2015

| Años de escolaridad | Riesgo relativo | Cociente de momios |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| 0 | 3.7 | 6.9 |
| 1-3 | 3.7 | 6.4 |
| 4-6 | 3.4 | 5.8 |
| 7-9 | 2.9 | 4.5 |
| 10-12 | 2.7 | 4.4 |
| 13-16 | 2.5 | 3.8 |
| 17 y más | 2.3 | 3.2 |

Fuente: Cálculos propios con base en la gráfica 4.12

Gráfica 4.12. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin afiliación a servicios de salud según sexo y condición de migración en México, 2015



Fuente: Cálculos propios con base en la EIC 2015; p=0.001

Los resultados de la afiliación a servicios de salud según el sexo de las personas muestran que los hombres tienen más problemas que las mujeres para acceder los servicios de salud¹². De acuerdo con las estimaciones de la gráfica 4.12, el porcentaje de hombres que no tiene acceso entre los migrantes de retorno es de 35.2 que resulta ser más alto que en las mujeres de retorno donde la estimación es de 27.

También las medidas de riesgo prueban que el riesgo entre los hombres migrantes es mayor que en las mujeres. De acuerdo con las cifras del CM del cuadro 4.16, el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud entre los hombres migrantes de retorno es 2.3 veces mayor que entre los hombres no migrantes, en tanto que en las mujeres retornadas es de 1.9.

Cuadro 4.16. Riesgo de no acceso a los servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años según sexo en México, 2015

| Sexo | Riesgo relativo | Cociente de momios |
|--------|-----------------|--------------------|
| Hombre | 1.9 | 2.3 |
| Mujer | 1.7 | 1.9 |

Fuente: Cálculos propios con base en la gráfica 4.13

El análisis descrito anteriormente prueba estadísticamente que las variables condición de migración y acceso a los servicios de salud están asociadas según las variables región de residencia, entidad federativa, tamaño de la localidad, sexo y escolaridad. Sin embargo, con este tipo de análisis sólo es posible saber si una variable influye en la ocurrencia del evento de interés, por lo que, para determinar el efecto simultáneo de todas las variables anteriores en la probabilidad de no tener acceso a los servicios de salud, fue necesario hacer el análisis con base en la teoría del modelo de regresión logística binaria.

Para aplicar la teoría del modelo se definió la variable dependiente dicotómica asignando los valores 0 (si afiliado) y 1 (no afiliado). En el Cuadro 4.17 se presentan todas las variables independientes que se propusieron para explicar la probabilidad de no tener acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno y en el Cuadro 4.18 se encuentran las variables que resultaron estadísticamente significativas en el modelo.

¹² El p-valor de la chi-cuadrada en ambas poblaciones fue p=0.001

Cuadro 4.17. Variables independientes para el modelo de regresión logística con variable dependiente probabilidad de no afiliación a una institución de salud en México

| Variable | Tipo | Códigos |
|------------------------|---------|---|
| Región Sur-Sureste | Nominal | 1=Sur-Sureste, 0=otra |
| Región Tradicional | Nominal | 1=Tradicional, 0=otra |
| Región Norte | Nominal | 1=Norte, 0=otra |
| Tamaño de la localidad | Ordinal | 1=menos de 2500, 2=2500-14999, 3=15000-49999, 4=50000-99999, 5=100000 y más |
| Edad | Ordinal | 1=5-9, 2=10-19, 3=20-24, 4=30-39, 5=40-49, 6=50-59, 7=60-69, 8=70-110 |
| Escolaridad | Ordinal | 1=0, 2=1-3, 3=4-6, 4=7-9, 5=10-12, 6=13-16, 7=17-24 |
| Condición de migración | Nominal | 1=migrante de retorno, 0=no migrante de retorno |
| Sexo | Nominal | 1=hombre, 0=mujer |

De acuerdo con las estimaciones del modelo de regresión logística binaria¹³, se encontró que todas las variables propuestas explican de manera significativa la probabilidad de interés (véase cuadro 4.18). Obsérvese que el coeficiente de las variables nominales de las tres regiones y el sexo es negativo, lo que quiere decir en primer lugar que, la probabilidad de que un migrante de retorno no esté afiliado a una institución de salud, es menor en las regiones *Sur-Sureste*, *Tradicional* y *Norte* que en la región *Centro*. En segundo lugar quiere decir que, la probabilidad de que una persona migrante de retorno no esté afiliada, es menor en los hombres que en las mujeres. En el caso de la región de residencia, el efecto coincide con el análisis bivariado sin controlar los factores de confusión. En el caso del sexo, la conclusión es diferente, esto quiere decir que, los factores de confusión no controlados, introducen un sesgo en el efecto del sexo en la probabilidad de afiliación de los migrantes de retorno. El único factor de confusión cuyo coeficiente es positivo es el tamaño de la localidad, lo que implica que la probabilidad de no estar afiliado en los migrantes de retorno se incrementa al incrementarse el tamaño de la localidad, resultado que coincide con el análisis univariado.

¹³ La validación del ajuste del modelo a los datos, indica que los p-valores de la estadística de Wald de las variables que resultaron significativas son todas igual a $p=0.001$ y que el p-valor de la Estadística de Hosmer y Lemeshow también es $p=0.001$. Estos resultados prueban que no existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar los resultados del modelo (Hosmer y Lemeshow, 1989).

Cuadro 4.18. Variables independientes significativas del modelo de regresión logística con variable dependiente probabilidad de no estar afiliado a una institución de salud en México, 2015

| Variable | Coefficiente | Error estándar | Estadística de Wald | Grados de libertad | p-valor | Cociente de momios |
|---|--------------|----------------|---------------------|--------------------|---------|--------------------|
| Condición de migración (Referencia: no migrante de retorno) | .981 | .007 | 22462.4 | 1 | 0.000 | 2.7 |
| Grupo de edad | -.130 | .000 | 245978.9 | 1 | 0.000 | .878 |
| Sexo (Referencia: mujer) | -.009 | .001 | 61.5 | 1 | .000 | .991 |
| Años de escolaridad | -.188 | .000 | 282858.5 | 1 | 0.000 | .829 |
| Región Sur-Sureste | -.698 | .001 | 287100.9 | 1 | 0.000 | .498 |
| Región Tradicional | -.535 | .002 | 121788.9 | 1 | 0.000 | .586 |
| Región Norte (Referencia: región centro) | -.807 | .002 | 145254.9 | 1 | 0.000 | .446 |
| Tamaño de la localidad | .003 | .000 | 37.2 | 1 | .000 | 1.003 |

Fuente: estimaciones propias con base en el modelo de regresión logística binaria

También el coeficiente de las variables ordinales escolaridad y grupo de edad es negativo, lo que implica que cuando se incrementa el número de años de escolaridad o la edad, la probabilidad de no estar afiliado a una institución de salud se reduce. Esto quiere decir que, la probabilidad de que una persona migrante de retorno no esté afiliada a una institución de salud es menor a medida que su escolaridad y edad se incrementan. En el caso de la escolaridad, el efecto coincide con el análisis bivariado, sin embargo en el caso de la edad la conclusión cambia, nuevamente esto se debe a que, al analizar el efecto de la edad en la probabilidad de no estar afiliado no se controlan los factores de confusión.

Pero el resultado más importante del modelo es que, al mantener constantes todos los factores de confusión, es decir, vivir en una misma región, en un mismo tamaño de la localidad, ser hombre o mujer, tener la misma escolaridad y edad, el coeficiente de la variable condición de migración es positivo, lo que quiere decir que, el ser migrante de retorno de una misma región, tamaño de localidad, sexo, escolaridad y edad incrementa la probabilidad de no estar afiliado a una institución de salud. Pero además, el análisis del cociente de momios entre la condición de

migración y la condición de afiliación a una institución de salud, controlando los factores de confusión, prueba que el riesgo de no estar afiliado en los migrantes de retorno es 2.7 veces mayor que en los no migrantes.

El cociente de momios en el análisis bivariado, es decir, sin controlar el efecto de las variables de confusión fue 2.4, lo que quiere decir que, la estimación del riesgo sin tomar en cuenta que los migrantes de retorno son diferentes en cuanto a región de residencia, sexo, escolaridad y edad, tenía un sesgo de 3 décimas, es decir, una subestimación de 11.1 por ciento con respecto al CM estimado controlando los factores de confusión. Este resultado prueba el objetivo fundamental de la tesis, los migrantes de retorno tienen menor acceso a los servicios de salud que otros mexicanos.

Conclusiones

La evolución del acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno para el periodo 2000-2015, medido a través de la afiliación del migrante de retorno a una institución de salud, indica que la brecha en el porcentaje de filiación a una institución de salud se ha reducido en 2015, lo que implica que el acceso a los servicios de salud ha mejorado, por lo tanto, el reto para los siguientes años es seguir reduciendo la brecha.

Aunque el marco normativo que garantiza el acceso a servicios de salud es cuantioso tanto a nivel internacional como nacional, todavía existe un porcentaje de la población migrante de retorno que no tiene acceso a los servicios de salud, por lo que, se puede decir que el marco normativo en salud, no es suficiente para garantizar el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno, y que es necesario además fortalecer la inserción de los retornados al mercado laboral.

Dado que el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud es mayor en los migrantes de retorno que en los no migrantes de retorno, se puede concluir entonces que la población migrante de retorno en México tiene un menor acceso a los servicios de salud que otros mexicanos.

Los datos aquí analizados muestran que en los migrantes de retorno en comparación con los no migrantes de retorno, existe una mayor desocupación y en algunas edades se encuentran sin trabajo. También tienen una menor escolaridad y se dedican más a las actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, trabajan sin recibir pago y son jornaleros o peones.

Este perfil socioeconómico de los migrantes de retorno puede explicar la menor afiliación a los servicios de salud. La mayor desocupación y no tener trabajo, así como ser trabajadores sin pago y no ser obreros o empleados, los excluyen de la economía formal del país, lo cual representa una opción para afiliarse a una institución de salud.

Los no migrantes de retorno tienen una mayor escolaridad, por lo tanto, en cualquier análisis bivariado donde no se controle esta variable, el porcentaje de no afiliación va a ser más bajo en la población no migrante de retorno que en la migrante de retorno, debido a que las personas que tienen una mayor escolaridad tienen en general un mayor acceso a trabajos formales.

Las actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca son más comunes en las localidades rurales del país, lugares con menor desarrollo económico y social, que implican mayores gastos para transportarse a localidades en donde hay una mayor infraestructura en salud institucional y otros servicios, lo que puede representar una barrera para que los migrantes de retorno tengan acceso a los servicios de salud.

La menor afiliación al IMSS y al ISSSTE, las dos instituciones de mayor importancia en cuanto a cobertura de población, además de excluir a un número importante de migrantes de retorno de servicios de salud, los excluye también de otros beneficios sociales que brindan estas instituciones.

El Seguro Popular provee los servicios sólo a los afiliados y a los que solicitan los servicios en la unidad que indica la póliza. Si la persona no está afiliada no puede tener acceso a los servicios que especifica la póliza, y si está afiliada pero no se encuentra en el lugar que indica la póliza tampoco puede acceder a ellos. Estas condiciones son muy comunes en los migrantes de retorno, por lo que es necesario dotar al Seguro Popular de una mayor flexibilidad en estos rubros para que los migrantes de retorno, puedan acceder a los servicios de salud que otorga este programa.

La región migratoria en donde residen los migrantes de retorno, tiene un efecto estadísticamente significativo en el acceso a los servicios de salud. También lo tienen las variables intrínsecas de los retornados como la edad, la escolaridad y el sexo. Sin embargo, la única variable donde el gobierno puede incidir con políticas públicas es la escolaridad, por lo tanto no hay que perder de vista que al aumentar la escolaridad de los migrantes de retorno se

reducirá el porcentaje sin afiliación y por lo tanto se incrementará el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, es muy importante reconocer que esta investigación tiene limitaciones, la principal, es que no es del todo concluyente, porque para poder asegurar que el ser migrante de retorno es una condición desfavorable para acceder a los servicios de salud, es necesario diseñar un estudio prospectivo que permita controlar todas las variables que afectan el acceso a los servicios de salud. Solo haciéndolo así, se puede determinar una relación de causa-efecto entre los migrantes de retorno y el acceso a los servicios de salud.

Bibliografía

- Aguila E. and Zissimopoulos J. (2016, noviembre 20). Retirement and health benefits for Mexican migrant workers returning from the United States. En *PubMed Central*; 2013 April-June; 66(2): 101-125. Published online 2013 Apr 9. doi: [10.1111/issr.12014](https://doi.org/10.1111/issr.12014). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673727/>
- Anderson, S, Auquier, A, Hauck, WW, Oakes, D, Vandale HI, y Weisberg, HI. (1980). *Statistical Methods for Comparative Studies*. JohnWiley & Sons. New York.
- Banegas-González, I, Tereuel-Belismelis, G. y Escobar-Latapí, A. (2016, febrero14). Migration, return migration and access to social programs. En Binational Dialogue on Mexican Migrants in the US and in Mexico. Final report. Recuperado de <http://www.cisan.unam.mx/migracionRetorno/April%202026-%20BINATIONAL%20DIALOGUE%20FINAL%20REPORT%20ENG2.pdf>
- Bostean, G. (2014, febrero 14). *Does Selective Migration Explain the Hispanic Paradox?: A Comparative Analysis of Mexicans in the U.S. and Mexico*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3901783/>
- Borges G., Rafful C., Daniel J. Tancredi D.J., Saito N., Aguilar-Gaxiola S., Maria-Elena Medina-Mora M.A., and Breslau J. (2013). Mexican immigration to the US, the occurrence of violence and the impact of mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164962/>
- CONAPO, Unidad de Política Migratoria y Universidad de California (2014). *Migración y Salud: Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: 10 años de perspectiva*. México. Recuperado el 13 de enero de 2017 de <http://omi.gob.mx/work/models/OMI/Publicaciones/MigracionYSalud/HTML/index.html#4>
- CONAPO (2014). *Programa Nacional de Población 2014-2018*. Primera Edición. México.
- _____(2015). *El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos*. México. Recuperado el 13 de febrero de 2016 de http://omi.gob.mx/work/models/OMI/Seccion_Publicaciones/TemasDeMigracion/Mi gra_Retorno/index.html#4/z
- CONAPO y UPM (2016). *Prontuario sobre movilidad y migración internacional. Dimensiones del fenómeno*. Primer Edición. México.
- CONEVAL (2016). *Medición de la pobreza*. (2016, mayo 20). Recuperado de www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/mapa_interactivo_Medicionpobreza2014.aspx.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2016, septiembre 23). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150816.pdf
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (2016, septiembre 23). Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018M.pdf>
- Donis, J.H. (2013). *Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos*. En *Avances en Biomedicina*. Recuperado el 14 de febrero de 2017 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331327989005>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, JP. y García-Salsó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud [versión electrónica]. Recuperado el 24 de enero de 2017 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
- González-Block M.A. y Sierra-de la Vega L.A. (2011). Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs. En *BMC Public Health*: 2011: 11:241; DOI: 10.1186/1471-2458-11-241: Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/241>
- [Guerrero N](#), [Zhang X](#), [Rangel G](#), [Gonzalez-Fagoaga JE](#), y [Martinez-Donate A](#). (2016). Cervical and Breast Cancer Screening Among Mexican Migrant Women. En *PubMed Central* 2016: Aug 11;13:E104. doi: 10.5888/pcd13.160036. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27513995>
- Hosmer, D. y Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, Massachussets, USA.
- INEGI (2016a, enero 2). *Resultados de la Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
- INEGI (2016b, octubre 25). *Metodología de Indicadores de la serie histórica censal*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpvsh/doc/metodologia_indicadores.pdf
- INSP (2016, octubre 3). *Retorno y hospitalización de migrantes enfermos: La respuesta del sistema de salud mexicano ante los retos de la atención médica en Estados Unidos*. Recuperado de http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Programamigrantes/Retorno_y_hospitalizacion_de_migrantes_Final_15Jun11.pdf
- Ley General de Salud (2016, septiembre 24). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf

- Moya, J. y Uribe, M. (2007). *Migración y Salud en México: Una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006*. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de marzo de 2017 de <http://docplayer.es/13540451-Migracion-y-salud-en-mexico-una-aproximacion-a-las-perspectivas-de-investigacion-1996-2006.html>
- Naciones Unidas. (2017, enero 24). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>
- Noticias OPS (2017, febrero 10). Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11898&Itemid=135&lang=es
- OIM (2016, enero 2). *Migración y Salud*. Recuperado de http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf
- OMS (2017, enero 28). *Factores de Riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- PEM 2014-2018 (2016, diciembre 15). Recuperado de http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Programa_Especial_de_Migracion_2014-2018_PEM
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2016, septiembre 23). Recuperado de http://www.sev.gob.mx/educacion-tecnologica/files/2013/05/PND_2013_2018.pdf
- PAEVSRS 2007-2012 (2016, septiembre 26). Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/vete_sano_regresa_sano.pdf
- PRCEG (2017, febrero 10). Recuperado de <http://www.dgri.salud.gob.mx/interior/migrante.html>
- Programa Nacional de Población 2013-2018 (2014). Consejo Nacional de Población. México. Pp. 115.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2016, 23 de septiembre). Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Riosmena F., González-González, C. y Wong, R. (2012). *El retorno reciente de Estados Unidos: salud, bienestar y vulnerabilidad de los adultos mayores*. HHS Public Access. Recuperado el 13 de enero de 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578737/>
- Salgado de Snyder, N., Ríosmena F., González-Block M.A., y Wong R. (2016, noviembre 20). Salud y Atención Médica. En *Diálogo Binacional sobre Migrantes Mexicanos en Estados Unidos y México*. Recuperado de

<http://www.cisan.unam.mx/migracionRetorno/ABRIL%2026-%20INFORME%20FINAL%20dialogo%20binacional%20ESP2.pdf>

Salgado de Snyder, V.N., González-Vazquez, T.T., Bojórquez-Chapela, I. e Infante-Cibille, C. (2007). *Migración México Estados Unidos: Consecuencias para la salud*. Recuperado el 2 de enero de 2017 de

https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp34.pdf

SEMARNAT (2007). La Carta de la Tierra. México. Recuperado el día 25 de septiembre de 2016, de

<http://biblioteca.semarnat.gob.mx/janium/Documentos/Cecadesu/Libros/202455.pdf>

Sócrates, A., Pavlov, S.D. y Clavero, A. (2010). Riesgo Relativo y Odds ratio ¿Qué son y cómo se interpretan? En *Rev. Obstet. Ginecol*. Recuperado el 6 de febrero de 2017 de https://www.researchgate.net/publication/251573463_Riesgo_relativo_y_Odds_ratio_Que_son_y_como_se_interpretan

Tafari, R., Chiesa, G., Taminati, R., y Gaspio, N. (2013). Factores de Riesgo y Determinantes de la Salud. *Revista de Salud Pública*. Recuperado el 28 de enero de 2017 de

http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_art%206.pdf

Texas Heart Institute (2017, enero 28). Recuperado de

http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/bmi_calculator_span.cfm

UNESCO (2017, enero 24). Recuperado de

<http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>

Valdés, M. (2017, enero 30). *La vigencia del concepto de la Aculturación: alcances y limitaciones*. Recuperado de

<https://www.mapunet.org/documentos/mapuches/aculturacion.pdf>

Wassink, J.T. (2016, diciembre 20). Implications of Mexican Health Care Reform on the Health Coverage of Nonmigrants and Returning Migrants. En *PubMed Central*; 2016 May; 106(5): 848–850. doi:10.2105/AJPH.2016.303094. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851337/>

Welti, C. (ed.), (1997). *Demografía I*. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. CELADE, IISUNAM, pp. 123-147.

Wong, R. and Gonzalez-Gonzalez C. (2016, noviembre 20). Old-Age Disability and Wealth among Return Mexican Migrants from the United States. En *PubMed Central*; 2010 Oct: 22(7): 932-954: doi: [10.1177/0898264310380742](https://doi.org/10.1177/0898264310380742). Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286877/>